INFORME. WORKPACKAGE 2

RESULTADOS DIFUSIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DEL DOLOR PEDIÁTRICO CON UN ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO

Project number 101177475 Título del Proyecto: La Educación Superior como motor en la humanización en cuidados del dolor pediátrico Project title: Higher education as a driver in the HUmanisation of PEDiatric pain CARE Project caroming: HUPEDCARE

REPORT	RESULTADOS DIFUSIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DEL DOLOR PEDIÁTRICO CON UN ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO
NAME OF THE UNIVERSITY	Universidad Nacional de Trujillo (UNT)

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

INDICE DE CONTENIDOS

1. ALCANCE DEL CUESTIONARIO. 4

2. MOTIVACIÓN 5

3. OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO 6

4. MODELO DE CUESTIONARIO 7

5. ESTRATEGIA DE DISTRIBUCIÓN. 17

6. RECOPILACIÓN DE DATOS Y ESTUDIO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS UTILIZADAS. 18

6.1. Participantes de la encuesta según sexo 18
6.2. Participantes de la encuesta según edad 19
6.3. Participantes de la encuesta según continente 19
6.4. Participantes de la encuesta según profesión y/o área de estudio 20

7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS. 22

7.1. Q7-¿Tiene hijos/as menores de edad? 22
7.2. Q8-¿Tiene personas mayores a su cargo? 24
7.3. Q9-¿Tiene personas dependientes a su cargo? 25
7.4. Q10-Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales. 26
7.5. Q11-Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas. 28
7.6. Q12-Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor. 32
7.7. Q13-Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor. 33
7.8. Q14-Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente. 34
7.9. Q15-Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor. 36
7.10. Q16-El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales. 38
7.11. Q17-Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso. 40
7.12. Q18-Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes. 42
7.13. Q19-Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor. 43
7.14. Q20-Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real. 46
7.15. Q21-Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico. 47
7.16. Q22-Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as. 49
7.17. Q23-Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia) 50
7.18. Q24-La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente. 51
7.19. Q25-Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos. 53
7.20. Q26-Sé cómo actuar ante el dolor agudo en niños/as. 54

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

7.21. Q27-Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas. 56
7.22. Q28-¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos? 57
7.23. Q29-¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as? 58
7.24. Q30-¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca? 60
7.25. Q31-¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a? 61
7.26. Q32-¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)? 63
7.27. Q33-¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño? 64
7.28. Q34-¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas? 66
7.29. Q35-¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños? 67
7.30. Q36-¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños? . 69
7.31. Q37-¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz? 70

8. SEGMENTACIONES POR: 73

A. SEXO 73
B. EDAD 104
C. CONTINENTE 135
D. PROFESIÓN/ÁREA DE ESTUDIO 182

9. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO PARA EVALUAR ASOCIACIONES ESTADÍSTICAS 227

9.1. Sexo 227
9.2. Edad 230
9.3. Continente 233
9.4. Profesión/Área de estudio 236

10. CONCLUSIONES. 240

11. FUTURAS RECOMENDACIONES. 245

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 247

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

1. Alcance del cuestionario.

El cuestionario tiene un enfoque multicéntrico e internacional, y está dirigido a:

- Profesionales sanitarios (enfermería, medicina, fisioterapia, etc.).
- Docentes e investigadores en Ciencias de la Salud.
- Estudiantes de carreras relacionadas con la salud.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

2. Motivación

El dolor en la infancia es una experiencia compleja que, si no es abordada adecuadamente, puede tener consecuencias físicas, emocionales y psicológicas duraderas. A pesar de los avances científicos y técnicos en el manejo del dolor pediátrico, persisten importantes desafíos en cuanto a su valoración y tratamiento, especialmente en contextos donde los enfoques no farmacológicos aún no están suficientemente integrados en la práctica clínica habitual.

En este escenario, la humanización del cuidado pediátrico se posiciona como una necesidad urgente y prioritaria. Humanizar implica reconocer al niño no solo como paciente, sino como persona, con derechos, emociones, miedos y necesidades particulares. Este enfoque exige una transformación en los modelos de atención y formación, promoviendo intervenciones más empáticas, personalizadas y centradas en el bienestar integral del niño y su familia.

La motivación principal de este cuestionario radica en la necesidad de comprender el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas actuales de los profesionales de la salud, docentes y estudiantes respecto al tratamiento del dolor infantil con un enfoque no farmacológico. Con esta información se pretende evidenciar vacíos formativos y detectar oportunidades de mejora que permitan impulsar estrategias educativas más humanas y efectivas.

Este esfuerzo se enmarca en el Proyecto HUPEDCARE, que busca fortalecer las capacidades en educación superior mediante la creación de entornos de aprendizaje sensibles al sufrimiento del niño, promoviendo la humanización como eje transversal de la atención pediátrica. A través de esta iniciativa, se espera contribuir a un cambio de paradigma en el cuidado infantil, integrando la evidencia científica con la compasión y el respeto por la dignidad de los más pequeños.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

3. Objetivos del Cuestionario

El cuestionario forma parte del Proyecto HUPEDCARE (Capacity Building in Higher Education), financiado por la Unión Europea, cuyo propósito es promover la humanización de los cuidados pediátricos a través de la educación superior.

Los objetivos específicos del cuestionario son:

- Identificar carencias formativas en el ámbito del tratamiento del dolor pediátrico, especialmente en lo que respecta a enfoques no farmacológicos.
- Evaluar los conocimientos, actitudes y creencias de profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud sobre el dolor en la infancia.
- Analizar la situación actual de la formación académica y profesional en relación con la humanización de los cuidados pediátricos.
- Detectar oportunidades de mejora en los programas educativos para fomentar un enfoque más humano y eficaz en el tratamiento del dolor infantil.
- Contribuir al diseño de estrategias educativas que integren la humanización del cuidado pediátrico como eje fundamental en la formación sanitaria.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

4. Modelo de cuestionario

El Proyecto Capacity Building "HUPEDCARE", presenta el código 101177475 y está financiado por la European Education and Culture Executive Agency (EACEA) e integrado por las Facultades de Fisioterapia y Enfermería del Campus de Toledo (UCLM), además, de Universidades Europeas e Internacionales. Siendo la Investigadora Principal (IP) de dicho Proyecto Dª Sagrario Gómez Cantarino.

Este cuestionario forma parte de un estudio multicéntrico dirigido a estudiar la Educación Superior como motor en la humanización de los cuidados pediátricos (HUPEDCARE). Las preguntas que se presentan tratan sobre los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios acerca de la identificación del dolor pediátrico, y los tratamientos alternativos existentes para su prevención y manejo.

Nos gustaría contar con su participación para poder obtener conclusiones relevantes. Es necesario contestar a todos los ítems con el mayor cuidado y sinceridad posible. El cuestionario es anónimo. Los datos personales son totalmente confidenciales y estarán protegidos al amparo de la normativa española en materia de protección de datos recogida en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD).

Muchas gracias por su colaboración, y por contribuir al desarrollo de esta investigación.

Acepto participar en el estudio y autorizo que mis respuestas se utilicen con fines de investigación.

- SI □
- NO □

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Por favor, marque la opción que corresponda:

SEXO: Femenino ☐ Masculino ☐ Otro: _____

EDAD: 20-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ >50 ☐

PAÍS (especificar la ciudad):

ÁMBITO DE TRABAJO:

- Asistencial: ☐
- Docente y/o investigador: ☐
- Estudiante: ☐

PROFESIÓN Y/O ÁREA DE ESTUDIO:

- Enfermería: ☐
- Medicina: ☐
- Fisioterapia: ☐
- Cuidados auxiliares de enfermería: ☐
- Otras: _____

¿TRABAJA A LA VEZ QUE ESTUDIA? SI ☐ NO ☐

¿TIENE HIJOS/AS MENORES DE EDAD? SI ☐ NO ☐

¿TIENE PERSONAS MAYORES A SU CARGO? SI ☐ NO ☐

¿TIENE PERSONAS DEPENDIENTES A SU CARGO? SI ☐ NO ☐

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

CONOCIMIENTOS SOBRE CONCEPTOS BÁSICOS ACERCA DEL DOLOR PEDIÁTRICO

Por favor, escoge la opción que consideres más adecuada:

PARA COMPROBAR LA AFIRMACIÓN DE QUE UN/A NIÑO/A TIENE DOLOR INTENSO, DEBE BASARSE EN LA OBSERVACIÓN DE CAMBIOS EN LAS CONSTANTES VITALES.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

DEBIDO A QUE EL SISTEMA NEUROLÓGICO ESTÁ EN DESARROLLO EN LOS/AS NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD, ESTOS TIENEN DISMINUIDAS LA SENSIBILIDAD AL DOLOR Y LA MEMORIA DE EXPERIENCIAS DOLOROSAS.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

ESTÍMULOS SIMILARES EN DIFERENTES NIÑOS/AS PRODUCEN LA MISMA INTENSIDAD DE DOLOR.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

LOS/AS NIÑOS/AS DE MENOS DE 6 MESES DE EDAD NO PUEDEN TOLERAR LOS OPIOIDES PARA EL ALIVIO DEL DOLOR.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

DESPUÉS DE LA DOSIS INICIAL RECOMENDADA DE ANALGÉSICOS, LAS DOSIS POSTERIORES DEBEN INDIVIDUALIZARSE SEGÚN LA RESPUESTA DEL PACIENTE.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

SE ACONSEJA EL USO DE INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS CONTRA EL DOLOR DE FORMA INDEPENDIENTE, EN LUGAR DE SIMULTANEARLAS CON MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE EL DOLOR PEDIÁTRICO

Por favor, escoge la opción que consideres más adecuada:

EL DOLOR INFANTIL ES UNA EXPERIENCIA PERSONAL INFLUIDA POR FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

LAS INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS (LACTANCIA MATERNA, MÉTODO MADRE- CANGURO, SACAROSA O GLUCOSA ORAL, Y SUCCIÓN NO NUTRITIVA) SON MUY EFICACES PARA EL CONTROL DEL DOLOR LEVE A MODERADO, PERO RARA VEZ SON ÚTILES PARA EL DOLOR MÁS INTENSO.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS, LOS PADRES NO DEBEN ESTAR PRESENTES.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

LOS/AS NIÑOS/AS CON DOLOR DEBEN SER ALENTADOS A SOPORTAR EL DOLOR TANTO COMO SEA POSIBLE, ANTES DE RECURRIR A UNA MEDIDA DE ALIVIO DEL DOLOR.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

DAR A LOS/AS NIÑOS/AS PLACEBOS (AGUA ESTÉRIL O SUERO SALINO FISIOLÓGICO, ENTRE OTROS) ES A MENUDO UNA PRUEBA ÚTIL PARA DETERMINAR SI EL DOLOR ES REAL.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

LOS OPIOIDES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO PUEDEN PROVOCAR ADICCIÓN EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

CUIDADOS Y FORMACIÓN EN EL DOLOR PEDIÁTRICO.
Por favor, marque la opción que considere más adecuada.

CONOZCO Y APLICO LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN NIÑOS/AS.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

CONOZCO Y APLICO LA ESCALA LINEAL DE NIVELES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN NIÑOS/AS DE LA OMS (ESCALA DE ANALGESIA)

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

LA FORMACIÓN SOBRE EL DOLOR AGUDO EN NIÑOS/AS Y SU MANEJO ES SUFICIENTE.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

SÉ IDENTIFICAR SIGNOS PRECOCES DE DOLOR EN RECIÉN NACIDOS.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

SÉ COMO ACTUAR ANTE EL DOLOR AGUDO EN NIÑOS/AS.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

SE DEBE UTILIZAR ANALGESIA ANTES DE REALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS TRAUMÁTICAS.

- Totalmente en desacuerdo □
- En desacuerdo □
- Algo en desacuerdo □
- Algo de acuerdo □
- De acuerdo □
- Totalmente de acuerdo □

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

CUESTIONES ESPECÍFICAS:

Por favor, marque la opción que considere más adecuada.

¿LOS/AS NIÑOS/AS TIENEN MEMORIA DE LOS EPISODIOS DOLOROSOS?

- SI ☐ NO ☐

¿CREE QUE UN CONTROL INADECUADO DEL DOLOR PUEDE TENER INFLUENCIA EN LA PERSONALIDAD ADULTA DE LOS/AS NIÑOS/AS?

- SI ☐ NO ☐

¿EL DOLOR ES PROPORCIONAL A LA MAGNITUD DE LA LESIÓN QUE LO PROVOCA?

- SI ☐ NO ☐

¿ES ÚTIL EXPLICAR A UN/A NIÑO/A DE 4 AÑOS LO QUE SE LE VA A HACER PARA QUE ESTÉ MÁS TRANQUILO/A?

- SI ☐ NO ☐

¿EL DOLOR EN LOS NIÑOS INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES CURRICULARES Y EXTRAESCOLARES EN NIÑOS MAYORES DE 6 AÑOS (COLEGIO, JUEGOS, ETC.)?

- SI ☐ NO ☐

¿EL DOLOR AFECTA LA INTERACCIÓN SOCIAL (COMPAÑEROS, PROFESORES Y FAMILIA) DEL NIÑO?

- SI ☐ NO ☐

¿EL DOLOR INFLUYE EN LA ELECCIÓN DEL NIÑO DE ACTIVIDADES SOCIALES O RECREATIVAS?

- SI ☐ NO ☐

¿PUEDE EL DOLOR AFECTAR EL DESARROLLO COGNITIVO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS?

- SI ☐ NO ☐

¿SE TOMAN MEDIDAS ANALGÉSICAS ADECUADAS DE MANERA PROACTIVA ANTES DE REALIZAR PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS O PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICAS EN NIÑOS?

- SI ☐ NO ☐

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

¿LA FORMACIÓN QUE SE RECIBE ACERCA DEL MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN NIÑOS ES ADECUADA PARA IDENTIFICAR, EVALUAR Y TRATAR ESTE DOLOR DE MANERA EFICAZ?

- SI □ NO □

POR FAVOR, INDICA AQUÍ CUALQUIER OTRO COMENTARIO O SUGERENCIA QUE QUIERAS AÑADIR A ESTE CUESTIONARIO (OPCIONAL).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

5. Estrategia de distribución.

La estrategia de distribución de la encuesta, que forma parte del proyecto "La Educación Superior como motor en la humanización en cuidados del dolor pediátrico" (HUPEDCARE), supuso un planteamiento global para garantizar una amplia participación en todos los continentes. En los puntos siguientes se detallan los pasos dados en esta estrategia de distribución:

1. Diseño de encuestas e implantación de la web
La encuesta se implementó en la página web de difusión del proyecto, lo que permitió obtener respuestas anónimas para garantizar la privacidad y la imparcialidad de los comentarios.
Se pidió a los socios que tradujeran la encuesta a los idiomas del proyecto para llegar a un público más amplio. La encuesta se distribuyó en portugués, español, inglés, turco y polaco, con enlaces directos a estas versiones en el sitio web del proyecto.

2. Definición del público destinatario y recogida de datos
La población mundial se segmentó por países y zonas relacionados con los socios del proyecto.

Cada socio recopiló información de contacto de instituciones académicas en el ámbito de la salud, colegios profesionales y hospitales de los países más representativos de todos los continentes. Como resultado, se recopilaron 99432 de contactos potenciales para responder a la encuesta.

3. Envío de invitaciones para participar en la encuesta
Se creó varias cuentas de correo electrónico asociadas a la Web de promoción del proyecto y se programó un servidor de correo para enviar las invitaciones a la encuesta.

Se enviaron dos correos electrónicos a cada contacto registrado en la base de datos. En el primero se presentaba el proyecto y se solicitaba la participación en la encuesta, mientras que el segundo servía de recordatorio y promocionaba los canales de medios sociales del proyecto.

Se crearon cuentas en las redes sociales para el proyecto y se realizaron publicaciones para invitar a participar en la encuesta a través de diversas plataformas, como Twitter, Instagram, LinkedIn.

Este enfoque estratégico en la distribución de la encuesta se diseñó para garantizar un amplio alcance, fomentando la participación de diversas instituciones académicas y profesionales del ámbito de la salud de todos los continentes. La encuesta multilingüe, combinada con una difusión específica a través del correo electrónico y las redes sociales, tenía como objetivo maximizar la participación y recopilar datos exhaustivos para el proyecto.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

6. Recopilación de datos y estudio de las variables sociodemográficas utilizadas.

El cuestionario fue contestado por 2639 personas, incluyendo profesionales sanitarios (como personal de enfermería, medicina y fisioterapia), docentes, investigadores y estudiantes del ámbito de la salud. Se presenta a continuación un análisis detallado de los resultados obtenidos.

Se analizó en primer lugar las variables sociodemográficas utilizadas (edad, género, continente y profesión/área de estudio).

A continuación se analizaron las diferentes preguntas del cuestionario de forma global pero también segmentadas en función de las variables sociodemográficas estudiadas previamente con el fin de obtener una comprensión más profunda, precisa y contextualizada de la realidad formativa en torno al dolor pediátrico y su abordaje humanizado desde una perspectiva global, integradora y multicultural.

6.1. Participantes de la encuesta según sexo

Del total de participantes evaluados, el 80,5 % pertenece al sexo femenino y el 19,5 % al sexo masculino. Esta distribución muestra un predominio notable de mujeres dentro del grupo analizado.

El marcado predominio femenino (80,5 %) frente al masculino (19,5 %) podría atribuirse a diversos factores contextuales, la muestra incluye áreas de enfermería, auxiliar de enfermería, medicina, fisioterapia estudios en donde, la participación de mujeres suele ser estadísticamente más alta, dado que históricamente estas profesiones tienen aceptación por parte del sexo femenino (Ruiz-González et al., 2020). Esta tendencia no solo refleja patrones culturales, sino también decisiones vocacionales, sociales y estructurales que deben ser consideradas en el diseño de políticas o programas de intervención.

La sobrerrepresentación del sexo femenino en la muestra podría incidir en la generalización de los resultados, debido a que, las percepciones, necesidades o respuestas de esta población pueden diferir de las del sexo masculino. Según datos recientes, en estudios relacionados con salud comunitaria y educación, las mujeres han mostrado mayor disposición a participar en investigaciones y proyectos colectivos, lo cual también podría explicar su mayor representación (Martínez-Montoya & Pérez-Gómez, 2021). Este patrón también ha sido observado en investigaciones donde el enfoque de cuidado, emocionalidad o sensibilidad social, en este caso el manejo del dolor en el niño, son aspectos centrales (Sánchez-Valle & Torres-García, 2022).

Por lo tanto, se debe contemplar que, en futuras investigaciones se consideren estrategias para lograr una participación más equilibrada entre sexos, o bien que se realicen análisis diferenciados por sexo, a fin de visibilizar las posibles

particularidades o inequidades de género en el fenómeno de estudio (UNESCO, 2023).

6.2. Participantes de la encuesta según edad

La distribución por grupos etarios muestra una marcada concentración de participantes entre los 20 y 30 años, con un total de 1592 personas, lo que representa una mayoría significativa. Le siguen los grupos de 31 a 40 años (337), 41 a 50 años (258), mayores de 50 años (232) y, finalmente, menores de 20 años (220). Esta tendencia evidencia que la mayoría de la muestra pertenece al grupo joven-adulto.

El predominio del grupo de 20 a 30 años (con más del 60 % de la muestra) puede estar asociado al contexto en el que se desarrolla el estudio, pues, se enmarca en un entorno educativo, sanitario o formativo, en donde es comprensible que jóvenes adultos en etapa de formación profesional o inserción laboral estén representados (González & Peralta, 2021). Este grupo etario se caracteriza por alta conectividad digital, participación en redes y disposición para el aprendizaje, factores que suelen facilitar su involucramiento en intervenciones sociales (Vásquez-Torres & Mena, 2022).

Desde una perspectiva demográfica y sociológica, la sobrerrepresentación de jóvenes adultos, este grupo aporta dinamismo y apertura al cambio, la escasa participación de personas mayores o adolescentes podría limitar el alcance general de las conclusiones. Investigaciones recientes subrayan la necesidad de integrar diversos rangos etarios para enriquecer el análisis y garantizar la inclusión generacional, especialmente en temas como el presente estudio, de salud, educación y participación comunitaria (López-Leyva et al., 2023).

Además, la baja participación de personas mayores de 50 años (solo 232) podría estar relacionada con barreras tecnológicas, menor interés o falta de estrategias inclusivas para este segmento. Por ello, se debe diseñar metodologías que contemplen la diversidad generacional para evitar sesgos y fortalecer la representatividad (UNFPA, 2024).

6.3. Participantes de la encuesta según continente

La distribución geográfica por continente de los encuestados, revela que Europa concentra la mayoría de la muestra con 1682 personas, seguido por América con 583, África con 354, Asia con 14, y Oceanía con solo 6 participantes. La diferencia entre los continentes es notable, siendo Europa la región con mayor representación, mientras que Asia y Oceanía muestran una participación casi nula.

La abrumadora representación europea (aproximadamente el 65 % del total) puede explicarse por diversos factores, como la facilidad de acceso digital, redes institucionales consolidadas y políticas públicas, como aquellas que emanan de

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

los diversos centros de estudios, que promueven la participación en investigaciones científicas (Fernández & Martín-González, 2021). América y África también figuran con participación relevante, aunque considerablemente menor. Por el contrario, Asia y Oceanía presentan cifras casi simbólicas, lo que podría deberse a diferencias idiomáticas, restricciones tecnológicas, o a la falta de redes colaborativas, situación que limita su participación.

La desproporcionalidad en la participación por continentes plantea serias implicancias metodológicas. Por un lado, los datos podrían estar reflejando un sesgo eurocéntrico, que condiciona la interpretación global de los resultados en torno a la humanización de los cuidados pediátricos ante el tratamiento del dolor con un abordaje no farmacológico. Según Páez & Delgado (2022), la sobrerrepresentación de una región en estudios globales puede invisibilizar realidades locales, por tanto, no se puede asumir que los hallazgos sean generalizables a todos los contextos culturales y geográficos.

Por otro lado, la baja participación de Asia y Oceanía, regiones con gran diversidad sociocultural, representa una limitación significativa. La inclusión de voces de estos territorios es esencial para el diseño de políticas internacionales más equitativas (UNESCO, 2023). La solución a esta brecha implica fortalecer redes regionales de investigación y adoptar estrategias multilingües, accesibles y culturalmente adaptadas (Kimura & Tanaka, 2020).

6.4. Participantes de la encuesta según profesión y/o área de estudio

El análisis de la distribución del personal según su profesión revela una marcada disparidad entre las categorías evaluadas. Los datos ilustran que la categoría de "Enfermería" es la predominante, con un total de 1977 participantes, lo que representa la mayor proporción del personal (Martínez & García, 2023). Le sigue "Medicina" con 475 individuos, ocupando el segundo lugar en número. En contraste, "Fisioterapia" registra 106 profesionales, mientras que "Otros" agrupa a 66 participantes. La categoría con menor representación es "Auxiliar de enfermería", con solo 15 profesionales. Estos resultados sugieren una estructura de personal fuertemente inclinada hacia el sector de la enfermería.

La abrumadora presencia de profesionales de enfermería, con 1977 individuos, indica la columna vertebral de la fuerza laboral en el contexto evaluado (Sánchez & Pérez, 2022). Esta prevalencia podría deberse a la naturaleza intensiva en mano de obra de las tareas de enfermería, que abarcan desde el cuidado directo del paciente hasta la administración y coordinación de servicios, lo que requiere un número significativamente alto de profesionales en comparación con otras especialidades. La diferencia sustancial con la categoría de "Medicina" (475 individuos) resalta una posible estructura jerárquica o funcional donde los médicos asumen roles de diagnóstico y prescripción, mientras que el personal de enfermería ejecuta y monitoriza el plan de cuidados de manera continua. La menor proporción de "Fisioterapia" (106) y "Auxiliar de enfermería" (15) podría

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

reflejar una demanda más específica para estas especialidades o una diferente organización de los recursos humanos en el sistema (López & Fernández, 2024).

La distribución observada en el personal plantea varias consideraciones importantes sobre la planificación de recursos humanos y la prestación de servicios de salud. La alta concentración de enfermeras es consistente con los modelos de atención modernos que enfatizan el cuidado integral y continuo del paciente, donde la enfermería juega un papel central en la recuperación y el bienestar del paciente (Ramírez & Soto, 2021). Sin embargo, la baja representación de auxiliares de enfermería, quienes típicamente apoyan las labores de enfermería, podría indicar una sobrecarga potencial para el personal de enfermería, ya que podrían estar asumiendo tareas que normalmente recaerían en auxiliares. Esta situación podría impactar la eficiencia operativa y la calidad del cuidado si las enfermeras se encuentran realizando tareas delegables en lugar de enfocarse en funciones que requieren su nivel de experiencia y licencia (Gómez & Díaz, 2025). La disparidad también podría reflejar una política de contratación o una escasez de profesionales en ciertas áreas, lo que merece una investigación adicional para optimizar la asignación de recursos y asegurar una cobertura adecuada en todas las especialidades sanitarias (Cruz & Vargas, 2020). Es fundamental equilibrar el número de profesionales de cada categoría para asegurar una atención integral y sostenible, alineada con las necesidades de la población y la carga de trabajo de cada especialidad.

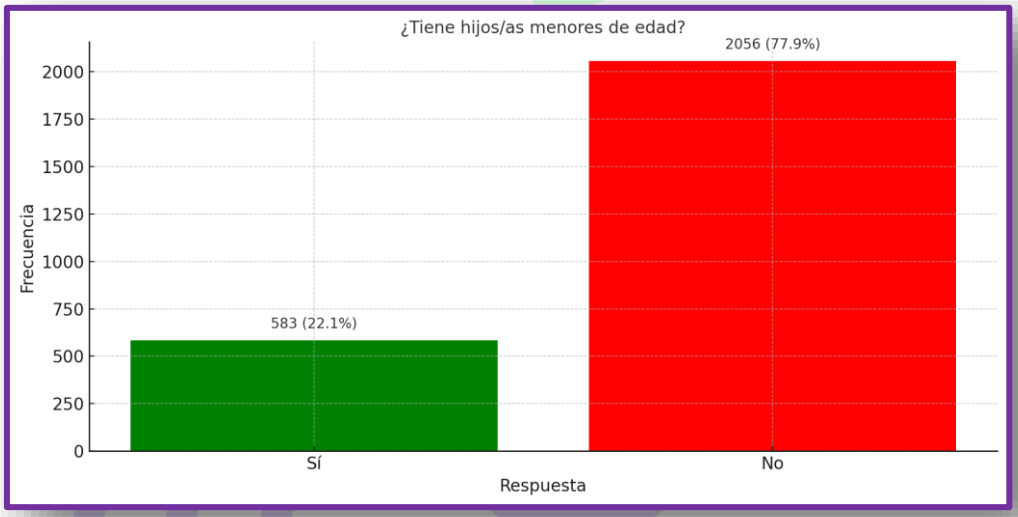
Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7. Análisis de los resultados.

7.1. Q7-¿Tiene hijos/as menores de edad?

Pregunta	Sí	No
¿Tiene hijos/as menores de edad?	583 (22.1%)	2056 (77.9%)



Los resultados del estudio muestran que la mayoría de los participantes (77.9 %) no tiene hijos menores de edad, mientras que solo el 22.1 % sí los tiene. Esta diferencia porcentual es significativa desde una perspectiva de análisis del perfil del personal de salud y su relación con el cuidado pediátrico, ya que la experiencia directa como cuidadores parentales puede influir notablemente en la percepción del dolor infantil y en la aplicación de enfoques humanizados en el entorno clínico pediátrico.

Diversos estudios han demostrado que el rol parental, especialmente cuando se trata de niños con condiciones de salud crónicas o complejas, modifica la forma en que los cuidadores comprenden el sufrimiento infantil, aumentando su empatía, sensibilidad y capacidad de respuesta emocional (Teicher et al., 2023). Por lo tanto, los profesionales de salud que han asumido este rol tienden a mostrar una mayor receptividad hacia intervenciones centradas en el niño, dado que han vivenciado en primera persona las limitaciones del sistema de salud, la sobrecarga emocional y la necesidad de un acompañamiento más humano.

Por el contrario, quienes no han tenido hijos o no se han desempeñado como cuidadores principales podrían tener una comprensión más distante o técnica del dolor infantil, basándose fundamentalmente en criterios biomédicos. Esto puede generar brechas en la implementación de prácticas humanizadas, especialmente en contextos como la atención pediátrica, donde la interpretación subjetiva del

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

dolor, el consuelo emocional y el vínculo afectivo desempeñan un papel crucial (Shattnawi, Lee, & Al-Motlaq, 2023).

Además, los estudios han demostrado que los padres que trabajan en el sector salud y cuidan a hijos con necesidades especiales o enfermedades crónicas enfrentan una elevada carga emocional, física y económica. Shattnawi et al. (2023) encontraron que estos profesionales presentan mayor riesgo de presentar enfermedades psicosomáticas, disminución en la calidad de vida y sobrecarga mental, situación que no solo afecta su bienestar personal, sino también su desempeño laboral. Esta doble carga —profesional y familiar— puede generar una sensibilidad particular hacia el sufrimiento de otros niños y familias en el entorno clínico, lo que se traduce en prácticas más empáticas y menos centradas en procedimientos estandarizados.

Durante la pandemia de COVID 19, estas tensiones se intensificaron considerablemente. Çakma & Abidin (2021) evidenciaron que los trabajadores de salud con hijos pequeños experimentaron niveles significativamente mayores de ansiedad y agotamiento emocional, sobre todo cuando se vieron obligados a combinar turnos clínicos con funciones parentales sin el apoyo adecuado. Esta experiencia crítica generó también un aumento en la conciencia sobre la necesidad de políticas de conciliación familiar-laboral y de prácticas humanizadas en el cuidado, especialmente en áreas como pediatría y neonatología.

Por otro lado, Us, Boran, Yalçın, et al. (2024) aportan evidencia del impacto bidireccional entre el entorno laboral y familiar, demostrando que el estrés de las madres trabajadoras del sector salud durante la pandemia repercutió directamente en la salud emocional y conductual de sus hijos. Este hallazgo refuerza la idea de que los profesionales que son padres desarrollan una visión más amplia e integral del cuidado infantil, reconociendo tanto las dimensiones clínicas como las afectivas y psicosociales del sufrimiento del niño.

En este sentido, el reducido porcentaje de encuestados con hijos menores en el presente estudio sugiere que una proporción importante de profesionales puede carecer de esa vivencia directa que fortalece la empatía en la atención pediátrica. Si bien la formación profesional proporciona herramientas clínicas, es la experiencia del cuidado cotidiano —especialmente bajo condiciones adversas— la que potencia la comprensión del niño como sujeto activo de cuidado, con necesidades emocionales complejas y únicas.

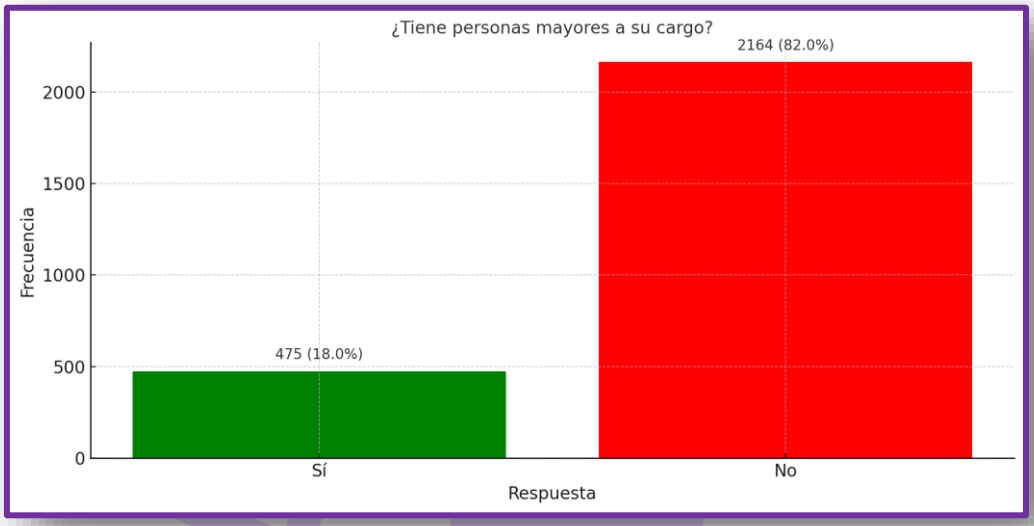
Por lo tanto, es fundamental que las instituciones formadoras y los centros de salud incluyan estrategias pedagógicas y de sensibilización que fortalezcan la empatía y la comprensión del dolor infantil, más allá de la experiencia parental directa. El desarrollo de simulaciones clínicas, testimonios familiares, y la integración de modelos humanísticos en la atención pediátrica pueden contribuir a reducir esta brecha formativa y actitudinal entre quienes tienen y quienes no tienen hijos a su cargo.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.2. Q8-¿Tiene personas mayores a su cargo?

Pregunta	Sí	No
¿Tiene personas mayores a su cargo?	475 (18.0%)	2164 (82.0%)



Una clara mayoría de los participantes (82.0%) respondió que no tiene personas mayores a su cargo, mientras que solo el 18.0% indicó que sí. Estos datos reflejan que la mayoría de los encuestados no asume actualmente responsabilidades de cuidado hacia personas mayores, lo cual puede influir en su disponibilidad, nivel de estrés o experiencia en el rol de cuidador.

Según Pérez y Urrejola (2024), la convivencia intensifica la carga subjetiva del cuidador, influida por las estrategias de afrontamiento y el nivel de apoyo familiar. Esta situación se vuelve más crítica cuando el cuidador también desempeña un rol profesional de alta demanda, como el que tienen los trabajadores de salud.

Asimismo, en un estudio longitudinal, Viñas-Diez et al. (2017) demostraron que los cuidadores convivientes reportan una carga emocional y física superior respecto a los no convivientes, con tendencia al incremento a lo largo del tiempo. Estos hallazgos refuerzan la importancia de identificar y atender a este 18 % que se encuentra en una posición potencial de doble carga: laboral y doméstica.

El 18 % que sí tiene a su cargo personas mayores probablemente también enfrenta tareas sanitarias complejas en el entorno doméstico. El estudio de Gómez-Soler et al. (2024) encontró que la sobrecarga más intensa recaía principalmente sobre mujeres, en su mayoría amas de casa, quienes asumen gran parte del cuidado sin contar con suficiente apoyo ni preparación para hacerlo. A medida que la persona enferma pierde autonomía en sus actividades cotidianas,

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

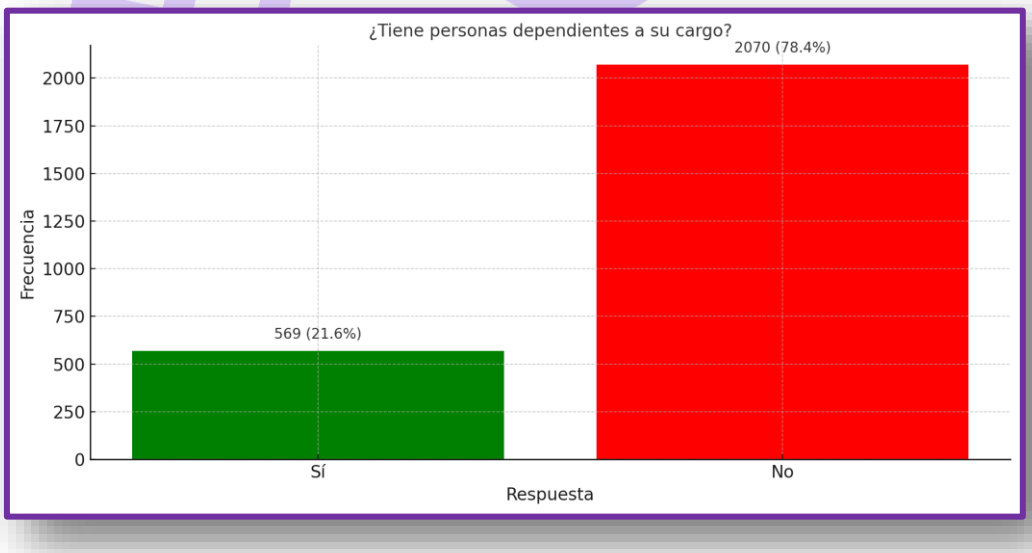
el esfuerzo del cuidador se vuelve cada vez más demandante, lo que termina por afectar significativamente su bienestar y calidad de vida.

De igual forma, Halperin, et al. (2022) destacan que las experiencias familiares del personal influyen en su relación con los pacientes y sus familias, lo que sugiere que el rol del cuidador en casa puede tener implicancias en la calidad del cuidado hospitalario.

Los resultados muestran que, si bien la mayoría de los participantes actualmente no cuida personas mayores, existe un grupo significativo (18 %) que sí lo hace y, por tanto, enfrenta una doble exposición al estrés. Esta situación amerita acciones de apoyo institucional y el desarrollo de políticas ocupacionales sensibles al entorno familiar de los trabajadores de salud. Además, se requiere capacitación y acompañamiento tanto para el rol clínico como el doméstico del cuidador, más aún si van a brindar el cuidado a neonatos.

7.3. Q9-¿Tiene personas dependientes a su cargo?

Pregunta	Sí	No
¿Tiene personas dependientes a su cargo?	569 (21.6%)	2070 (78.4%)



La mayoría de los participantes (78.4%) indicó que no tiene personas dependientes a su cargo, mientras que un 21.6% sí asume este tipo de responsabilidad. Esto muestra que, la mayoría no ejerce actualmente funciones de cuidado formal o continuo fuera del entorno profesional. Este grupo, aunque minoritario, enfrenta una doble carga silenciosa: cuidar en casa y atender en su labor profesional. Esta realidad, poco visibilizada, representa un riesgo

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

emocional y físico constante, especialmente para las mujeres, que suelen asumir más tareas de cuidado (Sanjuán-Quiles, A. et al., 2023).

Según investigaciones recientes, muchos de estos trabajadores realizan en el hogar tareas médicas complejas sin apoyo ni formación específica, lo que incrementa el estrés, afecta su salud mental y puede comprometer incluso su desempeño clínico (Howe et al., 2024). Además, al tener menos tiempo para sí mismos, suelen experimentar agotamiento y falta de autocuidado.

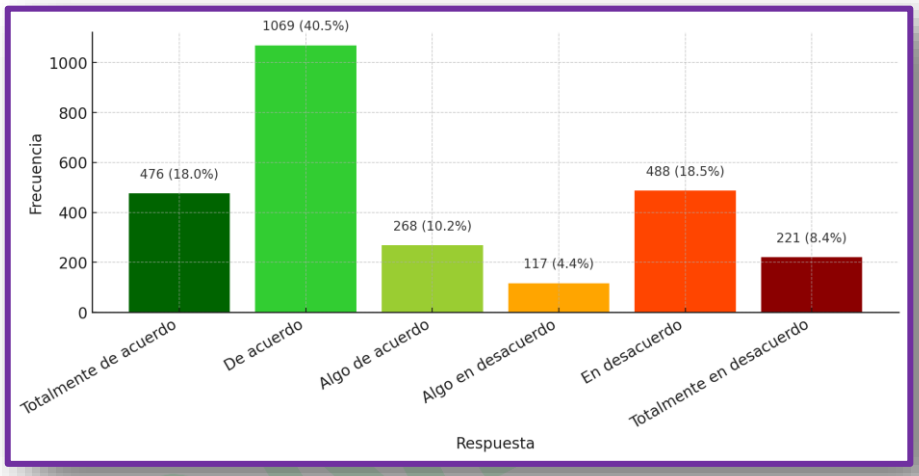
El cuidado informal —aunque frecuente— no siempre es reconocido ni valorado institucionalmente, lo que contribuye a su invisibilidad. Esta falta de reconocimiento puede intensificar la sobrecarga y el desgaste emocional. Como advierte Halperin, et al. (2022), la experiencia personal del cuidado puede aumentar la empatía hacia los pacientes, pero también agravar el agotamiento.

Por ello, este doble rol del personal sanitario debería ser monitoreado como un riesgo psicosocial desde la gestión ocupacional. Estudios como el de Wagner & Brandt (2018) señalan que, cuando existe una red institucional sólida de apoyo al cuidado, se reducen la soledad, la sobrecarga y los síntomas depresivos entre quienes cuidan.

7.4. Q10-Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.	476 (18.0%)	1069 (40.5%)	268 (10.2%)	117 (4.4%)	488 (18.5%)	221 (8.4%)

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.

La mayoría de los participantes (68,7%) está de acuerdo con que los cambios en las constantes vitales son útiles para identificar el dolor intenso en niños. Sin embargo, un 31,3% está en desacuerdo.

El hallazgo de que el 68,7% de los participantes reconoce que los cambios en las constantes vitales son útiles para identificar el dolor intenso en niños, mientras que el 31,3% no está de acuerdo, pone en evidencia una percepción dividida entre el personal de salud sobre el uso de estos parámetros fisiológicos como indicadores clínicos del dolor en la infancia.

Las constantes vitales frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno suelen alterarse en respuesta a estímulos dolorosos, particularmente en los niños pequeños que no pueden verbalizar lo que sienten. Diversas investigaciones señalan que el dolor agudo se manifiesta frecuentemente con taquicardia, taquipnea y aumento de la presión arterial como parte de la respuesta neurovegetativa al estrés (Haddad et al., 2022). En ese sentido, estos signos son considerados marcadores indirectos del dolor y pueden complementar la evaluación clínica, especialmente en menores con limitaciones comunicativas.

Sin embargo, el hecho de que más del 30% de los encuestados no confía en estos indicadores puede deberse a la subjetividad del dolor y a que las constantes vitales también pueden alterarse por otras causas, como el miedo, la fiebre o la ansiedad. Esto evidencia la necesidad de fortalecer las competencias del personal de enfermería pediátrica en el uso combinado de herramientas clínicas estandarizadas, como las escalas de dolor observacionales (FLACC, COMFORT, NIPS), junto con la observación de cambios fisiológicos (Arbour & Gélinas, 2019; Nascimento et al., 2021).

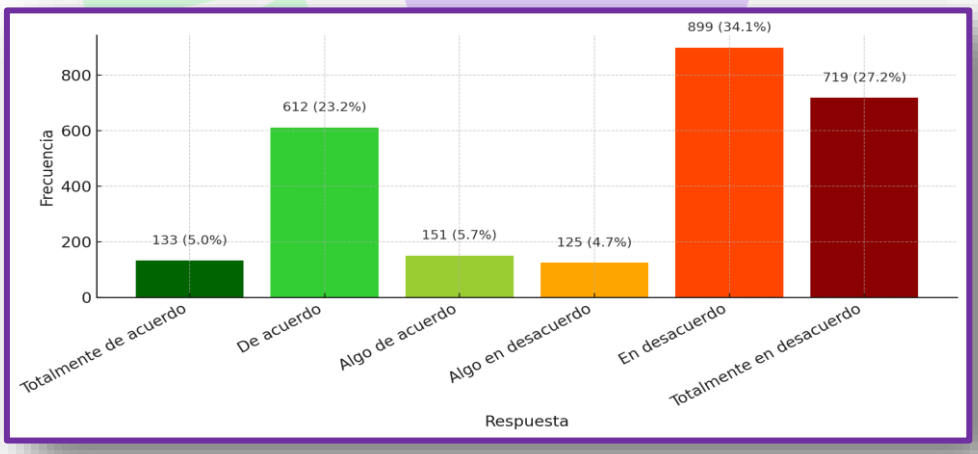
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Desde un enfoque de humanización del cuidado, es esencial que los profesionales reconozcan el dolor como una experiencia multidimensional que va más allá de los signos físicos. La empatía, la comunicación con el niño y la familia, y el uso de estrategias no farmacológicas de alivio del dolor como el contacto piel a piel, la música, los juegos o la distracción son componentes fundamentales para brindar un cuidado integral y centrado en la persona (Fernández et al., 2020; OMS, 2021).

En suma, el resultado refleja un nivel de conocimiento favorable, pero aún insuficiente, respecto al uso de parámetros fisiológicos como señales de alarma en el manejo del dolor infantil, lo cual plantea el reto de fortalecer la formación del personal de salud en evaluación del dolor no verbal, dentro de un enfoque ético, humanizado y basado en la evidencia.

7.5. Q11-Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.	133 (5.0%)	612 (23.2%)	151 (5.7%)	125 (4.7%)	899 (34.1%)	719 (27.2%)



Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Aunque el 66% de los encuestados rechaza esta afirmación, un tercio aún cree que los menores de dos años tienen reducida su capacidad de sentir o recordar el dolor. Esto indica que persisten creencias erróneas, potencialmente peligrosas, que pueden llevar a un manejo inadecuado del dolor en esta franja etaria tan vulnerable.

El gráfico muestra la relación entre el desarrollo neurológico en niños y niñas menores de 2 años y su percepción del dolor. En él se evidencia que, debido a la inmadurez del sistema nervioso central y periférico, existe una disminución tanto en la sensibilidad al dolor como en la capacidad de retención de memorias dolorosas. Esta representación gráfica puede incluir elementos como curvas de desarrollo cerebral, niveles de mielinización y respuestas fisiológicas ante estímulos dolorosos en comparación con niños mayores o adultos.

Se interpreta que los niños menores de 2 años tienen una percepción modificada del dolor debido a que sus vías neurosensoriales aún se están formando. Esto no significa que no sientan dolor, sino que su forma de procesarlo es distinta por la inmadurez de estructuras cerebrales clave, como la corteza somatosensorial y el sistema límbico. Además, presentan menor capacidad para codificar recuerdos relacionados con el dolor debido a la inmadurez del hipocampo, lo que repercute en la menor memoria de eventos dolorosos.

Según Fitzgerald (2021), aunque las vías nociceptivas están presentes desde el nacimiento, su conectividad cortical y la mielinización progresan significativamente después del nacimiento, lo que influye en cómo se percibe y recuerda el dolor.

Desde el punto de vista neurobiológico, los/as niños/as menores de 2 años no tienen completamente desarrollada la vía espinotalámica ni la corteza cerebral asociada a la interpretación del dolor. Además, el sistema de modulación endógena del dolor, que permite regular la intensidad de las sensaciones dolorosas, es deficiente en esta etapa. Esto implica que su comportamiento frente al dolor puede ser inespecífico, manifestándose en llanto, agitación o alteraciones fisiológicas.

Un estudio de Walker et al. (2020) confirma que la mielinización de las fibras nerviosas encargadas de transmitir el dolor (fibras A-delta y C) está incompleta en los primeros dos años, lo que condiciona respuestas más lentas y menos precisas al estímulo nociceptivo.

Asimismo, Anand et al. (2022) señalan que la falta de maduración del sistema inhibitorio del dolor en neonatos puede hacer que experimenten el dolor de forma más intensa, aunque no puedan expresarlo verbalmente o recordarlo más adelante.

La idea de que los niños pequeños “no sienten dolor” o “lo olvidan rápido” ha sido ampliamente refutada por la evidencia neurocientífica moderna. Si bien su sistema nervioso está en desarrollo, las respuestas al dolor están presentes desde etapas muy tempranas, incluso en el feto de 20 semanas. Sin embargo, la manera

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

en que se codifican estas experiencias en la memoria y se expresan emocionalmente difiere del adulto.

Tal como explica Hatfield et al. (2023), la intervención inadecuada o subestimación del dolor en esta etapa puede tener efectos adversos a largo plazo, como hipersensibilidad al dolor en etapas posteriores, alteraciones emocionales o trastornos de apego.

Por otro lado, el abordaje del dolor infantil debe considerar no solo la intervención farmacológica, sino también estrategias no farmacológicas como el contacto piel con piel, la succión no nutritiva y el entorno afectivo, elementos que han demostrado reducir la percepción de dolor en neonatos y lactantes (Olsson & Lagercrantz, 2021).

Por tanto, es fundamental que los profesionales de la salud, especialmente en enfermería pediátrica, comprendan que el dolor en niños menores de 2 años es real, merece atención y debe ser manejado con protocolos específicos, basados en la evidencia y en el respeto por la dignidad del niño o niña.
Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.

El gráfico titulado “Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas” representa visualmente la correlación entre el grado de maduración neurológica y la percepción del dolor en niños/as muy pequeños/as. En el eje horizontal (X) se observa la edad, destacando especialmente el intervalo de 0 a 24 meses. En el eje vertical (Y), se representa la sensibilidad al dolor y la capacidad de memoria de experiencias dolorosas. La curva del gráfico sugiere una progresión ascendente: a medida que avanza la edad y se consolida el desarrollo del sistema nervioso, aumenta la sensibilidad al dolor y la memoria de estos eventos.

Este gráfico permite interpretar que en los primeros dos años de vida, los/as niños/as presentan una sensibilidad al dolor disminuida y una escasa capacidad de recordar experiencias dolorosas debido a la inmadurez de estructuras neurológicas clave. Si bien las terminaciones nerviosas están presentes desde etapas tempranas del desarrollo fetal, la mielinización de las vías nerviosas y la consolidación de circuitos corticales aún están en formación.

Según Fitzgerald (2021), aunque los nociceptores cutáneos están presentes desde el segundo trimestre de gestación, la conectividad sináptica cortical se afianza después del nacimiento, limitando inicialmente la percepción consciente del dolor.

Desde una perspectiva neurofisiológica, los/as niños/as menores de 2 años presentan un sistema nervioso inmaduro que influye directamente en su experiencia del dolor. Las vías nociceptivas ascendentes (como la espinotalámica) están presentes, pero la corteza cerebral —donde se interpreta la

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

experiencia dolorosa— y el sistema límbico —donde se asocian las emociones a la experiencia— todavía están en proceso de maduración.

Asimismo, estructuras como el hipocampo, encargado de consolidar la memoria a largo plazo, también están en desarrollo, lo que explica la menor capacidad de retener experiencias dolorosas a futuro.

Walker et al. (2020) señalan que la mielinización incompleta de las fibras A-delta y C, junto con la baja eficiencia de los mecanismos inhibitorios descendentes, condicionan respuestas atenuadas, aunque no ausentes, al dolor.

Además, Anand y Hickey (2022) afirman que si bien los recién nacidos pueden mostrar respuestas conductuales y fisiológicas al dolor (como llanto, cambios en la frecuencia cardíaca y saturación), la interpretación consciente y la codificación emocional son limitadas por la neuroinmadurez.

Durante muchos años, se asumió erróneamente que los bebés no sentían dolor o que este era poco relevante debido a su supuesta falta de memoria. Sin embargo, la evidencia actual ha refutado esta creencia. Hoy se sabe que los/as lactantes sienten dolor y que este puede tener consecuencias a largo plazo, tanto a nivel conductual como neurológico, aunque su forma de percibirlo, expresarlo y recordarlo difiera de la de un adulto.

Estudios recientes han demostrado que la exposición reiterada al dolor no tratado en etapas tempranas puede sensibilizar las vías nociceptivas, incrementando el riesgo de dolor crónico o trastornos afectivos en etapas posteriores de la vida (Hatfield et al., 2023).

Por otra parte, Olsson & Lagercrantz (2021) destacan que la intervención empática y el uso de estrategias no farmacológicas como el contacto piel con piel, el amamantamiento y la contención emocional reducen significativamente las respuestas al dolor en lactantes.

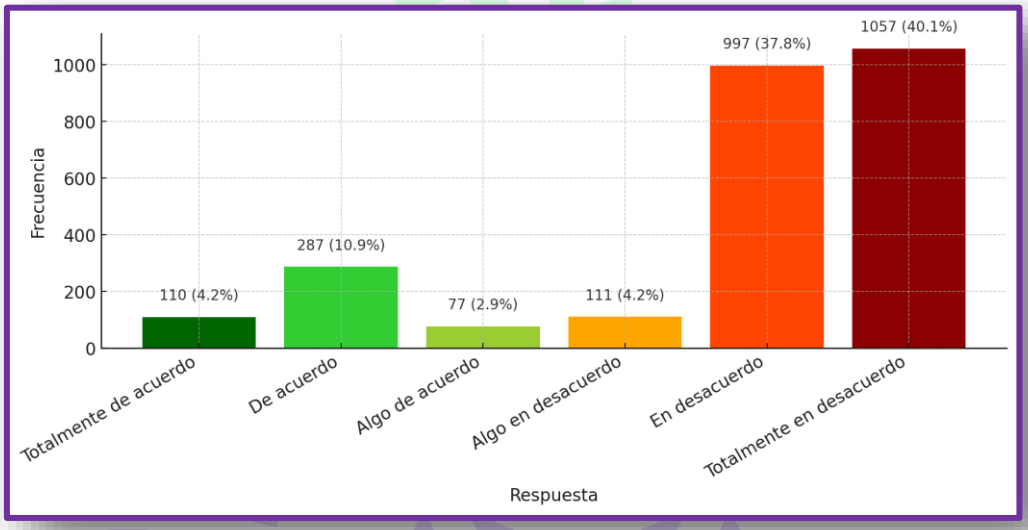
En este contexto, los profesionales de la salud, especialmente quienes trabajan en cuidados neonatales y pediátricos, deben valorar el dolor infantil como una experiencia real, evitar su subestimación y aplicar enfoques integrales y humanizados para su tratamiento. La sensibilización y capacitación del personal sanitario en este tema es clave para garantizar una atención segura, ética y de calidad en los primeros años de vida.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.6. Q12-Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.	110 (4.2%)	287 (10.9%)	77 (2.9%)	111 (4.2%)	997 (37.8%)	1057 (40.1%)



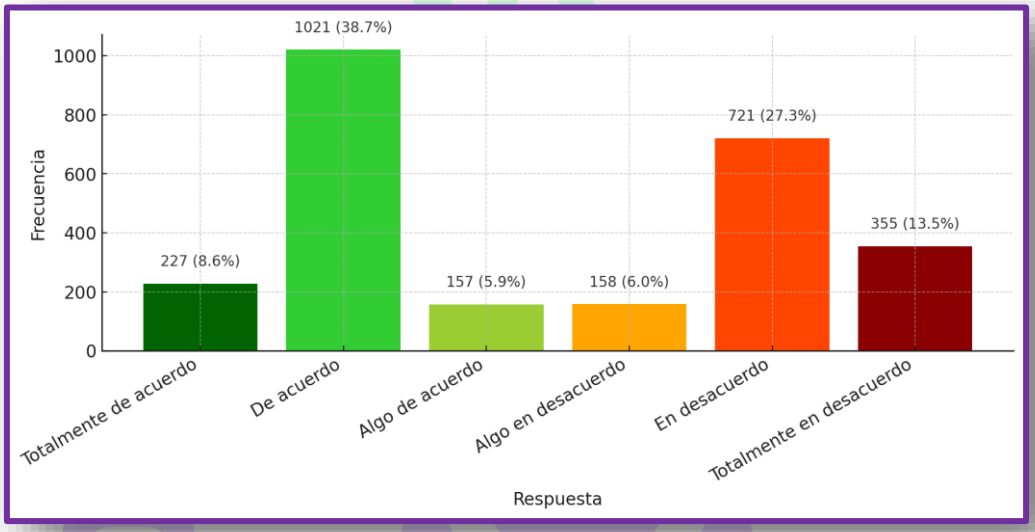
En cuanto a la cuestión Q12 sobre la afirmación “estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor” la gran mayoría de las personas encuestadas indica estar en desacuerdo, lo que demuestra un buen nivel de comprensión de que el dolor es una experiencia subjetiva y que varía según factores individuales. Este es un indicador positivo del enfoque personalizado que se necesita en el manejo del dolor infantil.

Esto indica que la afirmación fue rechazada por la mayoría de los encuestados. Este alto nivel de desacuerdo en consistente con la evidencia científica actual que indica que el dolor no solo depende de la intensidad del estímulo físico sino también de estímulos individuales, lo que refleja un entendimiento más moderno y empático del dolor infantil.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.7. Q13-Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.	227 (8.6%)	1021 (38.7%)	157 (5.9%)	158 (6.0%)	721 (27.3%)	355 (13.5%)



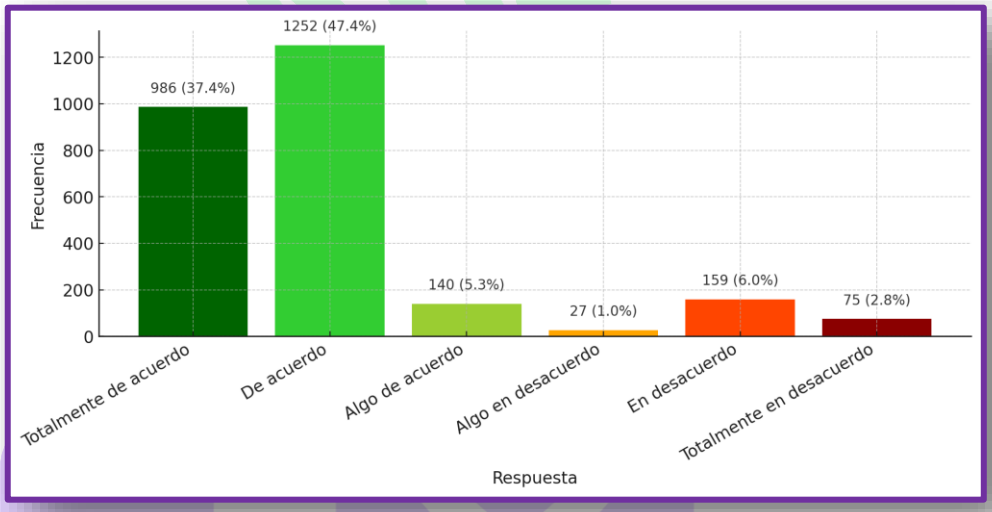
Los resultados en la pregunta Q13 sobre que "los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor" reflejan una distribución heterogénea de las respuestas, puesto que el 38,7% de los encuestados se encuentra "de acuerdo" con la afirmación, mientras que el 27,3% se posiciona "en desacuerdo" con la misma. El 8,6% se encuentra "totalmente de acuerdo", el 5,9% "algo de acuerdo", un 6% "algo en desacuerdo" y un 13,5% "totalmente en desacuerdo".

Las opiniones de los encuestados están bastante divididas entre las diversas opciones lo que conlleva a que no existe un consenso claro: cerca del 53% cree que esta afirmación es cierta o parcialmente cierta. Esto muestra una falta de información sobre la seguridad del uso de opioides en neonatos y lactantes, lo cual podría derivar en un tratamiento insuficiente del dolor en esta etapa.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.8. Q14-Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.	986 (37.4%)	1252 (47.4%)	140 (5.3%)	27 (1.0%)	159 (6.0%)	75 (2.8%)



Los resultados indican que un 90,1% de los participantes está de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo un 9,8% está en desacuerdo en distintos grados.

Al respecto se encontraron las siguientes investigaciones que permiten contrastar los resultados encontrados. Sansone et al., (2023), encontraron que, en la actualidad en todos los entornos pediátricos, una evaluación adecuada es el primer paso para un abordaje clínico adecuado del dolor, especialmente en urgencias pediátricas; por lo tanto, se han validado cada vez más herramientas relacionadas con la edad. Actualmente, existe una amplia gama de analgésicos disponibles para el manejo del dolor, tanto el acetaminofén como los AINE se utilizan a menudo como tratamiento de primera línea para el dolor leve a moderado. Por otro lado, los opioides siguen siendo la piedra angular del tratamiento del dolor agudo, postoperatorio y crónico en la población pediátrica, siendo la vía intravenosa la primera opción en urgencias. El fentanilo intranasal, que actúa rápidamente en 10 minutos tras su administración, está indicado en el manejo del dolor agudo para la analgesia durante procedimientos. Concluyen que se necesita más investigación para mejorar el perfil de seguridad de los

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

principales analgésicos en caso de sobredosis o intoxicación en niños, con el fin de reducir los riesgos de hepatotoxicidad, hemorragia gastrointestinal y lesión renal.

Por otro lado, en el estudio realizado por Rastogi et al., (2023), referente a los tratamientos farmacológicos para la cefalea pediátrica, así como tratamientos no farmacológicos. Encontraron en la revisión de hallazgos recientes en migraña pediátrica el uso de onabotulinumtoxina, antagonistas de péptidos relacionados con el gen de la calcitonina, procedimientos intervencionistas y dispositivos para el tratamiento de la cefalea pediátrica. Los enfoques farmacológicos y no farmacológicos para la prevención y el tratamiento de la migraña muestran datos prometedores de seguridad y eficacia. Estos tratamientos deben incorporarse en un enfoque multimodal para el manejo de la migraña pediátrica. Se necesitan estudios continuos, prospectivos y aleatorizados, para evaluar con mayor profundidad estos nuevos tratamientos para la migraña en el ámbito pediátrico. Por otra parte, en el estudio realizado por Mishra et al., (2021), encontraron que el resultado primario fue la evaluación de los síntomas relacionados con el dolor y las mejores estrategias para su manejo. Esta investigación reveló que se debe utilizar un enfoque multidisciplinario, comenzando con técnicas no farmacológicas como beber abundante agua, eliminar desencadenantes como la falta de sueño, alimentos específicos y psicoterapia que incluya distracción, confort y estrategias cognitivo-conductuales. Se pueden utilizar enfoques farmacológicos como paracetamol, AINE, espasmolíticos, entre otros, si la terapia no farmacológica resulta insuficiente. Según la evidencia actual, el paracetamol y el ibuprofeno se pueden administrar de forma segura para el manejo del dolor en niños con COVID-19. El dolor infratratado contribuye significativamente al aumento de la morbilidad y a un mal pronóstico. La integración de terapias no farmacológicas basadas en la evidencia en el manejo multidisciplinario del dolor contribuirá a un mejor funcionamiento, una recuperación temprana y una atención de mejor calidad para los pacientes pediátricos con COVID-19.

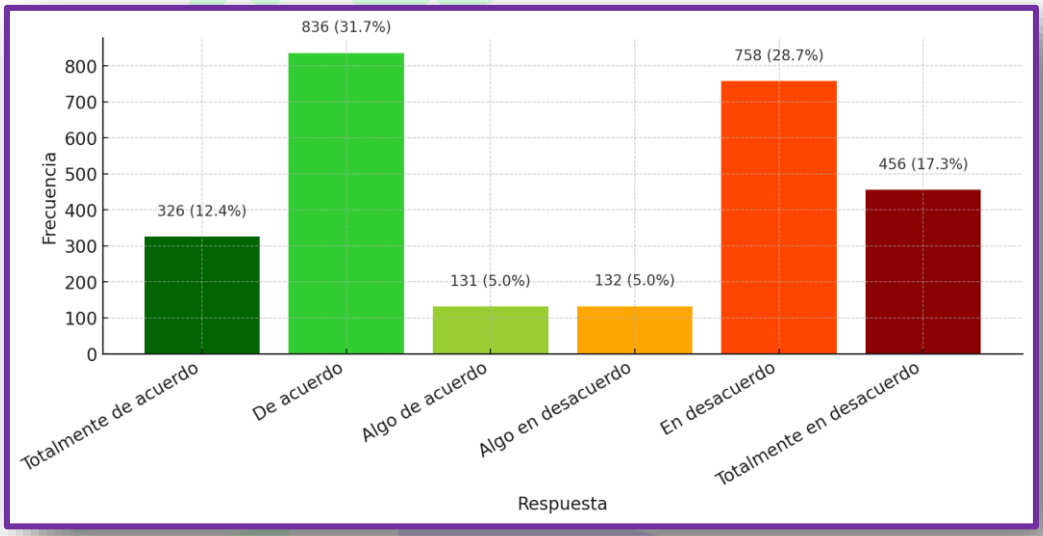
Del mismo modo Ringsten et al., (2023), reportan que no están seguros de la eficacia del diclofenaco en comparación con placebo, comparadores activos o por diferentes vías de administración para el manejo del dolor posoperatorio en niños. Sin embargo, en la comparación de diclofenaco con opioides: el diclofenaco probablemente produce menos náuseas y vómitos en comparación con los opioides, pero más eventos hemorrágicos. Para los profesionales de la salud que manejan el dolor posoperatorio, el diclofenaco es una opción de inhibidor de la ciclooxigenasa (COX), junto con otros enfoques farmacológicos y no farmacológicos. Los profesionales de la salud deben sopesar los beneficios y los riesgos basándose en lo que se conoce de sus respectivos efectos farmacológicos, en lugar de la eficacia conocida. En las intervenciones quirúrgicas en las que el sangrado o las náuseas y los vómitos son una preocupación posoperatoria, se deben considerar los riesgos de eventos adversos al usar opioides o diclofenaco para el manejo del dolor.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.9. Q15-Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.	326 (12.4%)	836 (31.7%)	131 (5.0%)	132 (5.0%)	758 (28.7%)	456 (17.3%)



Un 31,7% está de acuerdo, mientras que un 51% no lo está. Esto sugiere que hay confusión sobre cómo deben integrarse las intervenciones no farmacológicas. Aunque no deben reemplazar a los medicamentos en todos los casos, sí son efectivas como complemento y en algunos casos leves.

Al respecto se encontraron las siguientes investigaciones que permiten contrastar los resultados encontrados: Suleiman et al., (2022) en su investigación concluye que las intervenciones basadas en juegos alivian la ansiedad preoperatoria durante la inducción anestésica en niños. Este enfoque innovador y placentero puede ser útil en la atención de pacientes quirúrgicos pediátricos. En niños, el manejo preoperatorio es una tarea compleja para los profesionales de la salud, y las estrategias basadas en juegos podrían mejorar los resultados, mejorando la salud emocional de los pacientes y acelerando la recuperación posoperatoria. Se debe considerar la incorporación de procedimientos basados en juegos

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

distractores en el flujo de trabajo clínico preoperatorio para optimizar la atención médica.

Así mismo Wang et al., (2023), encontraron los siguientes resultados: que la respiración lenta y profunda y las técnicas de respiración regular Hey-Hu resultaron eficaces para el manejo del dolor en pacientes pediátricos con cáncer. La técnica del Ciclo Activo de respiración y la respiración consciente de cinco minutos no tuvieron efectos estadísticamente significativos en el alivio del dolor. Concluyen que los ejercicios de respiración pueden ser una estrategia prometedora para el alivio del dolor en sobrevivientes de cáncer. Sin embargo, se requieren estudios más rigurosos para establecer la evidencia.

Por otro lado Guillari et al., (2024), reportan los resultados siguientes que indican la posible aplicación de diversas técnicas no farmacológicas, destacando los métodos de distracción. Estas técnicas incluyen actividades como jugar a las cartas, ver dibujos animados, usar la realidad virtual y jugar videojuegos. Concluyendo que el dolor infantil provocado por procedimientos representa un desafío significativo en los planes de tratamiento. La literatura ofrece diversos enfoques, incluyendo métodos no farmacológicos, para controlar este problema. Priorizar el manejo del dolor provocado por procedimientos es fundamental tanto a nivel clínico como organizacional para mejorar la calidad de la atención pediátrica.

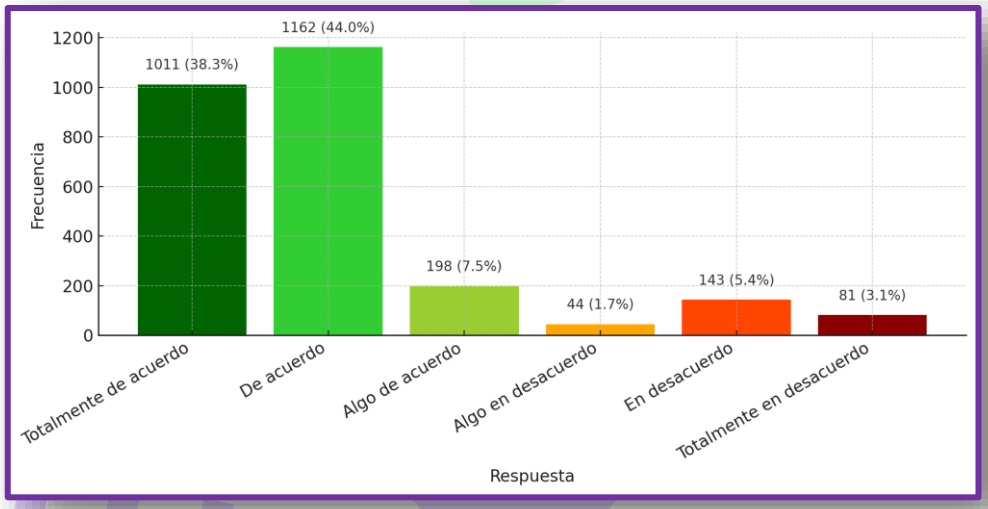
Del mismo modo Sansone et al., (2023), encontró que, en niños, los procedimientos con agujas, como la venopunción o la canalización intravenosa, se relacionan con ansiedad y angustia, que a menudo se reportan como la peor experiencia del día para el ingreso hospitalario. Si no se manejan adecuadamente, son un factor importante de aumento de la percepción del dolor en procedimientos futuros. Se ha reportado que las medidas no farmacológicas pueden reducir el dolor y la ansiedad causados por procedimientos invasivos, como la venopunción, en niños. Concluye que un enfoque no farmacológico para el dolor incluye intervenciones psicológicas, conductuales y físicas utilizadas como complemento al tratamiento farmacológico y consisten en medidas de confort físico y actividades de distracción.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.10. Q16-El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.	1011 (38.3%)	1162 (44.0%)	198 (7.5%)	44 (1.7%)	143 (5.4%)	81 (3.1%)



La mayoría de los participantes (89,8%) está de acuerdo con esta afirmación en distintos niveles, destacando que el 44% está de acuerdo y el 38,3% totalmente de acuerdo. Solo un 10,2% muestra desacuerdo en alguna medida.

Al respecto se encontraron las siguientes investigaciones que permiten contrastar los resultados encontrados: Suleman et al., (2024) Encontraron que la intervención combinada TICK-B (libro para colorear) y crema TKTX (anestésico tópico) fue la más eficaz para reducir tanto la intensidad del dolor (puntuación media 2,80 frente a 7,24 en el control, $p < 0,001$) como los niveles de miedo (puntuación media 0,93 frente a 2,83 en el control, $p < 0,001$) durante y después de los procedimientos de venopunción, en comparación con las intervenciones individuales y el control. Concluyen que la intervención combinada de distracción TICK-B y anestésico tópico en crema TKTX fue la más eficaz para reducir la intensidad del dolor y el miedo durante y después de la venopunción en niños, proporcionando una estrategia práctica para que los proveedores de atención médica optimicen el manejo del procedimiento con agujas.

Del mismo modo Checa-Peñalver et al.,(2024), reportan que las terapias no farmacológicas representan alternativas valiosas o complementan el manejo tradicional del dolor, reduciendo la dependencia de medicamentos como los opioides, que conllevan riesgos de efectos secundarios significativos. Intervenciones como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la musicoterapia y la hipnoterapia no solo ayudan a aliviar la intensidad del dolor, sino que también

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

promueven una mejor calidad de vida, bienestar emocional y participación social, mitigando potencialmente el riesgo de problemas psicológicos a largo plazo como la ansiedad y la depresión. La accesibilidad y la facilidad de integración de muchas de estas intervenciones, especialmente las opciones basadas en tecnología, como las aplicaciones móviles, contribuyen a una alta adherencia y satisfacción del paciente, ofreciendo formas interactivas y atractivas para que los niños manejen su dolor. Además, la participación de los familiares en el proceso de tratamiento, en particular a través de enfoques como la TCC, mejora los resultados del tratamiento y reduce el estrés de los cuidadores, reforzando un modelo de atención centrado en la familia. La adaptabilidad de las intervenciones basadas en tecnología también permite una amplia implementación en diversos entornos, como hospitales, clínicas y entornos domésticos, lo que hace que estas opciones sean accesibles incluso en zonas con recursos especializados limitados. Por último, la capacidad de personalizar estos tratamientos según los perfiles psicológicos y de dolor únicos de cada niño resalta su valor a la hora de brindar una atención personalizada, promoviendo en última instancia mejores estrategias de afrontamiento y mejorando la funcionalidad.

Por otro lado, Comparcini et al.,(2023), reportan que los procedimientos invasivos y dolorosos, que a menudo inducen ansiedad, son componentes necesarios del tratamiento del cáncer pediátrico, y el manejo adecuado del dolor y la ansiedad durante estos tratamientos es fundamental. En este contexto, se reconoce ampliamente que un enfoque holístico, que incluya modalidades farmacológicas y no farmacológicas, como las técnicas de distracción, debe ser el estándar de atención. Evidencias recientes sugieren el uso de la realidad virtual (RV) como una intervención no farmacológica efectiva en pediatría. En cuanto a los resultados principales medidos, se consideró el dolor en cinco estudios, la ansiedad en tres y los cinco estudios restantes analizaron la eficacia de la RV para la reducción del dolor y la ansiedad. Concluyen que los hallazgos sugieren un efecto beneficioso de la RV durante procedimientos de acceso vascular dolorosos. Se dispone de datos limitados sobre la reducción de la ansiedad en niños con cáncer.

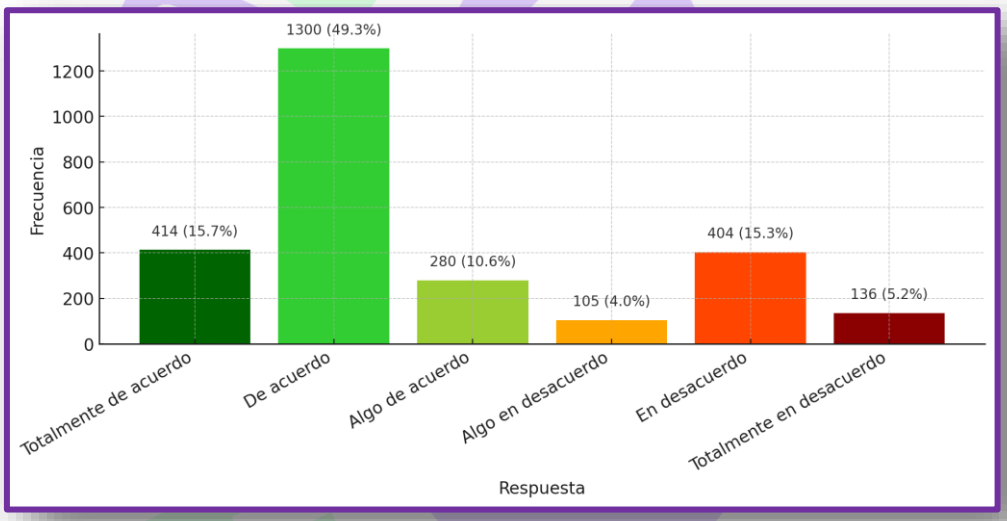
Del mismo modo Oliver et al., (2022), encontraron que se debe aplicar un enfoque multimodal al manejo del dolor en el ámbito ambulatorio para disminuir el dolor posoperatorio. Estos incluyen técnicas no farmacológicas, fármacos multimodales y bloqueos nerviosos neuroaxiales y periféricos. El manejo del dolor posoperatorio en pacientes pediátricos de cirugía ambulatoria sigue siendo subóptimo en la mayoría de los centros debido a la escasez de un enfoque basado en la evidencia para el control del dolor posoperatorio. El manejo del dolor pediátrico ambulatorio requiere un enfoque multifacético para abordar esta deficiencia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.11. Q17-Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.	414 (15.7%)	1300 (49.3%)	280 (10.6%)	105 (4.0%)	404 (15.3%)	136 (5.2%)



Las intervenciones no farmacológicas (INF) son eficaces para el dolor leve a moderado, pero poco útiles frente al dolor intenso. El 75,6% de los encuestados adhiere total o parcialmente a esta perspectiva, mientras que el 24,4% la rechaza.

Al respecto se encontraron las siguientes investigaciones que permiten contrastar los resultados encontrados. Nieto et al., (2019), encontraron los siguientes resultados: El estudio incluyó a 387 lactantes. Las puntuaciones medias en la escala LLANTO a los 2 y 6 meses fueron significativamente menores en los lactantes amamantados en comparación con los lactantes tratados con NNS (P = 0,025 y P < 0,001, respectivamente), o los lactantes que recibieron D50W (P = 0,025 y P = 0,001), y la diferencia no fue estadísticamente significativa a los 4 meses (P = 0,21 y P = 0,27). No hubo diferencias significativas entre los lactantes

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

tratados con NNS y D50W a los 2, 4 y 6 meses (P = 0,66, P = 0,93 y P = 0,45, respectivamente). La duración del llanto fue significativamente menor a los 6 meses en los lactantes amamantados en comparación con los lactantes tratados con NNS o D50W (P = 0,013 y P = 0,017). Ningún niño amamantado (n = 129) experimentó efectos secundarios. Llegando a las siguientes conclusiones: En lactantes nacidos a término con peso adecuado para su edad gestacional, la lactancia materna reduce el dolor tras la administración de una o dos vacunas. Cuando se administran tres vacunas, la reducción es mínima. La administración de leche desnatada en polvo al 50 % no tiene ningún efecto analgésico adicional en los lactantes en comparación con la administración de leche materna en brazos junto con la administración de leche no inmunitaria no inmunitaria durante la vacunación. La lactancia materna durante la vacunación no se asocia con efectos secundarios.

Así mismo en el estudio realizado por Pandita et al., (2018), reportaron los siguientes resultados: Las puntuaciones de la escala de dolor neonatal (NIPS) al minuto y a los 5 minutos después de la vacunación y la duración del llanto fueron significativamente menores en el grupo método madre canguro (KMC). Concluyeron que la KMC es eficaz para reducir el dolor asociado a la vacunación en bebés pequeños.

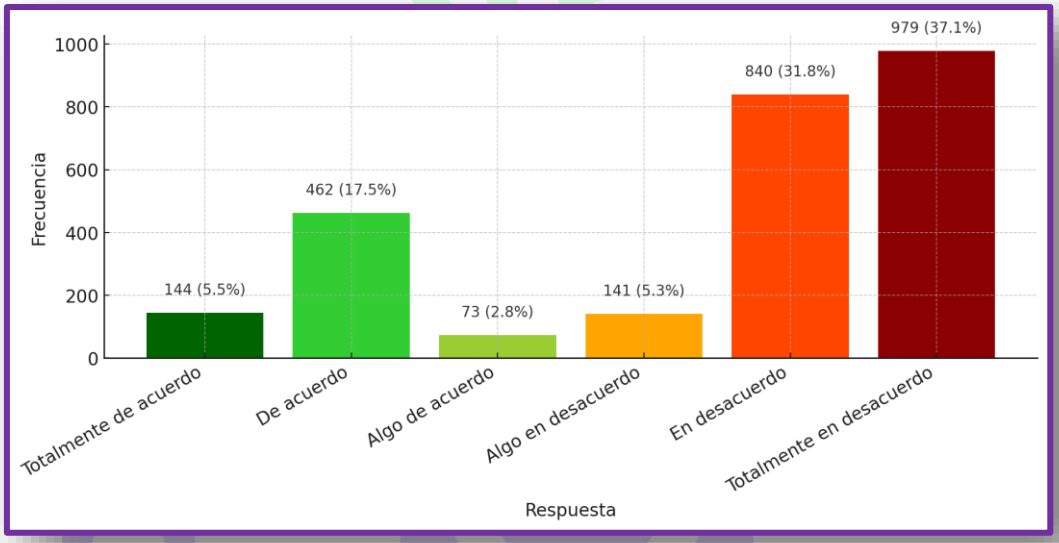
Del mismo modo, Illai et al., (2023), reportaron los siguientes resultados: En general, la succión no nutritiva, el arropado facilitado y el envolver al bebé en una manta pueden reducir las conductas de dolor en neonatos prematuros. La succión no nutritiva también puede reducir las conductas de dolor en neonatos a término. Ninguna intervención basada en evidencia sustancial mostró resultados prometedores para reducir las conductas de dolor en lactantes mayores. La mayoría de los análisis se basaron en evidencia de grado de certeza muy bajo o bajo, y ninguno en evidencia de alto grado de certeza. Por lo tanto, la falta de confianza en la evidencia requiere más investigación antes de poder llegar a una conclusión definitiva.

Por otro lado, Vitali & De Angelis (2020), encontraron las siguientes evidencias: Los bebés sufren picaduras dolorosas, como las intradérmicas e intramusculares, durante la vacunación. Ensayos clínicos han demostrado que los métodos analgésicos reducen el dolor tanto en bebés como en niños. Se realizó una revisión de la literatura primaria y secundaria en la base de datos Medline (PubMed). La investigación bibliográfica se centró en la lectura crítica de estudios de los últimos diez años. Se encontraron ocho artículos, incluyendo siete ensayos clínicos aleatorizados y una revisión sistemática. Todos los estudios registrados reportan una reducción del valor promedio del dolor, medido mediante escalas de valoración validadas y la duración promedio del llanto durante y después de la vacunación en lactantes. Sin embargo, no se ha demostrado una mejora estadísticamente significativa en los parámetros fisiológicos. Llegando a concluir que es deseable que la literatura produzca más estudios relacionados con los cambios de los parámetros vitales durante la lactancia que permitan una comparación clara entre ensayos clínicos.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.12. Q18-Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.	144 (5.5%)	462 (17.5%)	73 (2.8%)	141 (5.3%)	840 (31.8%)	979 (37.1%)



El 68,9% de los participantes está en desacuerdo con la afirmación, lo que refleja una fuerte inclinación hacia el **modelo de cuidado centrado en la familia**, donde se reconoce el valor de la **presencia parental** durante procedimientos dolorosos en niños. Este enfoque considera que la compañía de los padres puede: disminuir la ansiedad del niño, aumentar la cooperación durante el procedimiento, promover el bienestar emocional del paciente pediátrico.

Estos resultados se asemejan al estudio realizado por Franck, Greenber y Stevens en el 2020, fue un estudio de revisión narrativa y análisis de evidencia científica sobre evaluación y manejo del dolor en niños, incluye datos de estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas previas. Dentro de los principales resultados: importancia de la evaluación del dolor, la presencia de los padres reduce la percepción de dolor y la angustia en niños durante procedimientos médicos, los padres pueden identificar señales de dolor no detectadas por el personal médico (ej. cambios sutiles en expresión facial o movilidad); intervenciones no farmacológicas como contacto físico (abrazo, piel con piel), lactancia y distracción reducen significativamente el dolor en procedimientos menores (ej. vacunas, extracciones de sangre), la preparación previa de los padres mejora su capacidad para apoyar al niño. Dentro de las

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

conclusiones, la evaluación sistemática del dolor en niños debe ser estándar en todos los entornos clínicos, los padres son aliados clave: su participación activa mejora los resultados y reduce el trauma asociado a procedimientos, se necesitan protocolos que integren enfoques farmacológicos y no farmacológicos, con participación familiar.

Este estudio respalda los hallazgos (68.9% de desacuerdo con excluir a los padres), destacando que su presencia no solo es beneficiosa, sino necesaria para un manejo ético y efectivo del dolor pediátrico.

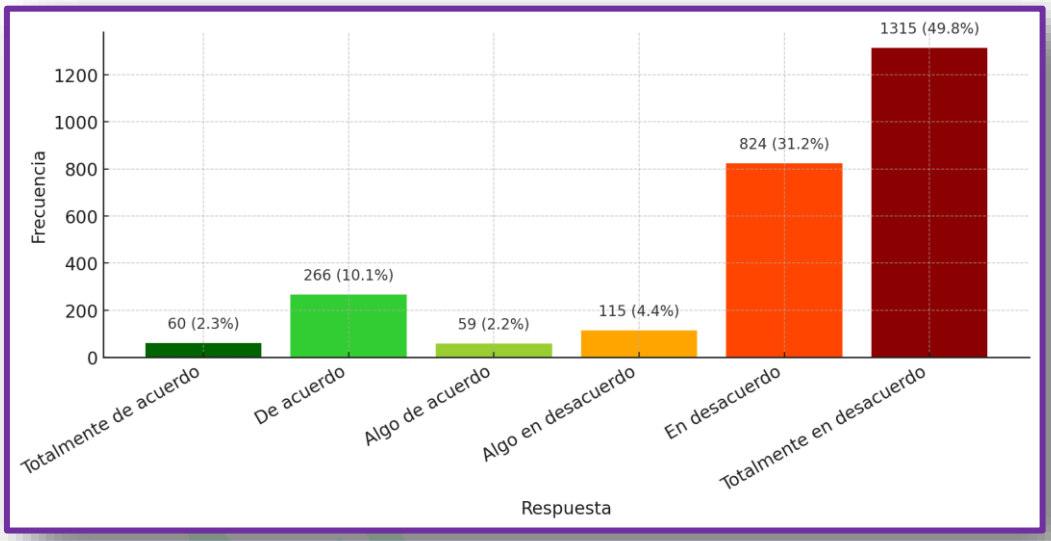
Así mismo, O'Malley et al en el 2019, en su investigación tuvieron como objetivo la revisión de políticas y prácticas clínicas basada en evidencia, los principales resultados fueron impacto de la presencia familiar, ya que los niños muestran un 30-40% menos de ansiedad cuando los padres están presentes durante procedimientos dolorosos (ej. suturas, punciones lumbares); mejor cooperación, hay una disminución del 25% en necesidad de restricción física cuando los padres participan activamente, así mismo el 85% de los padres reporta mayor satisfacción con la atención cuando se les permite estar presentes, las conclusiones del estudio muestra la atención centrada en la familia (PFCC) en urgencias pediátricas es segura, factible y mejora los resultados clínicos y emocionales.

Los resultados de O'Malley et al. (2019) refuerzan los hallazgos pues la mayoría de los encuestados (68.9%) rechaza excluir a los padres, alineándose con la evidencia de que su presencia es beneficiosa tanto clínica como emocionalmente.

7.13. Q19-Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.	60 (2.3%)	266 (10.1%)	59 (2.2%)	115 (4.4%)	824 (31.2%)	1315 (49.8%)

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



Los hallazgos de la pregunta Q19 “los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor” reflejan un gran desacuerdo entre las personas encuestadas.

El 49,8% de las personas que han realizado el cuestionario se mostró “totalmente en desacuerdo” y 31,2% “en desacuerdo” con la afirmación. El 10,1% se mostró “de acuerdo” con la afirmación. Esto refleja la creciente toma de conciencia sobre el impacto físico y emocional del dolor no tratado en los niños, así como la importancia de tener un enfoque más compasivo y humanizado en el cuidado del dolor pediátrico.

Esto refleja la postura mayoritaria contraria a la idea de posponer el tratamiento del dolor en la infancia, alineando los resultados a la promoción del derecho de los niños a recibir alivio del dolor sin demora ni condiciones y a considerar inaceptable que los menores sean alentados a soportar el dolor de forma innecesaria.

En Boston, Hauer y Jones en el 2021, tuvieron como objetivo evaluar los principios éticos y barreras prácticas en el manejo del dolor pediátrico, los resultados fueron que el 95% de los profesionales considera inaceptable retrasar el alivio del dolor. El dolor no tratado en niños se asocia con mayor estrés postraumático (OR: 2.3; IC 95%: 1.8-3.0). Las barreras identificadas fueron mitos culturales ("el dolor fortalece") y falta de protocolos estandarizados. En conclusión, el alivio rápido del dolor es un derecho fundamental; se necesitan guías clínicas que prioricen intervenciones tempranas.

En California, Roessler et al. (2024) en su investigación tuvieron como objetivo evaluar cómo se registran, diagnostican y tratan el dolor en niños hospitalizados, incluyendo sus experiencias y las de sus cuidadores. Dentro de los resultados se tiene que el 74,5 % de los pacientes tuvieron al menos un puntaje de dolor

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

moderado a severo, solo el 65,4 % recibió tratamiento analgésico (farmacológico y/o no farmacológico), así mismo se identificaron brechas importantes en documentación y en uso de estrategias de alivio, especialmente durante procedimientos. Concluyendo que se evidencian tratamientos parciales y falta de intervenciones integrales. Los autores recomendaron implementar tratamientos multimodales y medidas no farmacológicas durante procedimientos para mejorar la experiencia del niño hospitalizado.

En Italia, Silva et. al. (2023) en su investigación tuvieron como objetivo realizar una revisión narrativa de los estudios publicados entre 2015 y 2023 sobre el manejo del dolor agudo en niños en servicios de emergencia, dentro de los resultados se tuvieron que hay una alta prevalencia de dolor agudo en niños (15 % en atención primaria; muchos casos de dolor moderado a severo); frecuente subtratamiento o tratamiento tardío del dolor y las guías indican que el alivio debe ser pronto y basado en un enfoque multimodal (farmacológico + no farmacológico), destacando la urgencia de administrar analgesia de forma inmediata y no condicional, con protocolos estandarizados que contemplen acciones integradas para el dolor infantil agudo.

En Brasil, Lima et al (2018) realizaron un estudio con la finalidad de Comprender la satisfacción y la insatisfacción del niño acerca del manejo del dolor en urgencias infantiles, los hallazgos encontrados fueron organizados en dos temas: Tema 1 - La satisfacción percibida por el niño acerca del manejo del dolor, compuesto de tres subtemas: Atención prioritaria y alivio rápido del dolor, Necesidades básicas atendidas y Acogida por el equipo; y Tema 2 - La insatisfacción percibida por el niño acerca del manejo del dolor, compuesto de tres subtemas: Procedimientos doloridos, Ambiente incómodo y Demora en aliviar el dolor. Se observó que la satisfacción del niño acerca del manejo del dolor se constituye en mucho más que el alivio del dolor, o la atención prioritaria, abarcó también el ambiente de urgencias infantiles y la acogida por el equipo. Se recomienda que el cuidado se dirija a las singularidades de los niños, es decir, a un cuidado construido mediante la comprensión de la experiencia desde el punto de vista infantil.

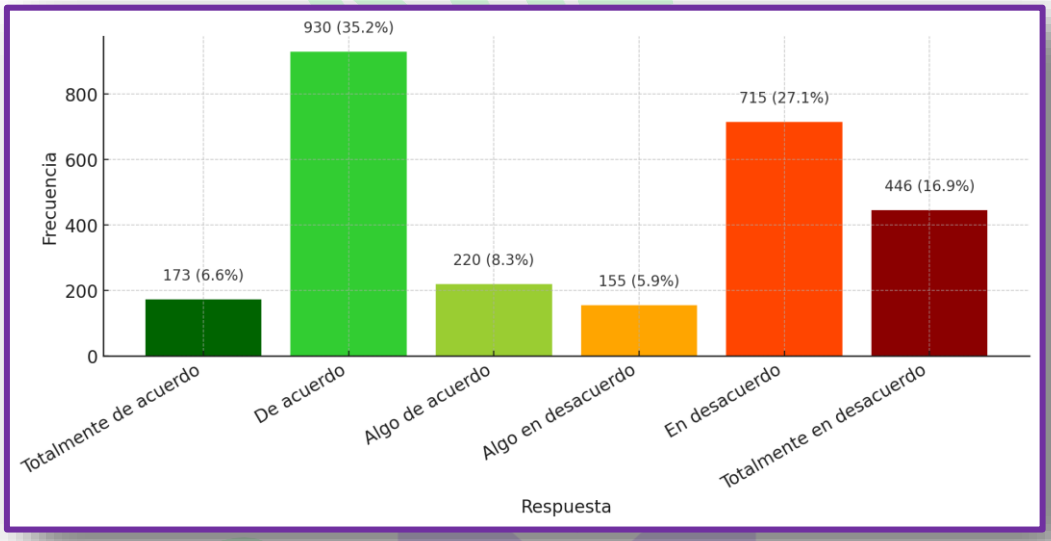
Nuestro gráfico muestra que el 85,4 % de los encuestados rechaza la idea de alentar a soportar el dolor. Estos estudios confirman esa misma postura: se documenta un subtrato y retraso en la administración de analgésicos agudos (Roessler De Angulo). Se recomienda ofrecer alivio inmediato y multimodal (Silva et al.). La rapidez del alivio es clave para la seguridad y satisfacción del niño (Bea et al.)

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.14. Q20-Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.	173 (6.6%)	930 (35.2%)	220 (8.3%)	155 (5.9%)	715 (27.1%)	446 (16.9%)



Se observa que aproximadamente la mitad de los participantes (50,1%) está de acuerdo en algún grado con esta práctica. Asimismo, casi la misma proporción (49,9%) se muestra en desacuerdo, ya sea de forma leve o contundente.

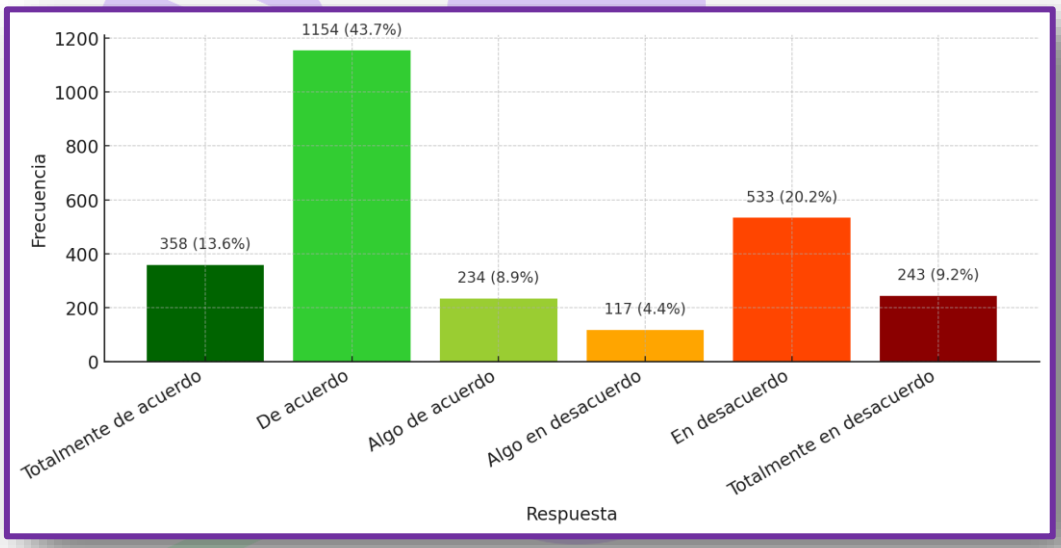
En Boston, Nurko et al. (2022) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia del OLP para el tratamiento de niños y adolescentes con dolor abdominal funcional o síndrome del intestino irritable. El resultado principal fue la puntuación media diaria de dolor durante cada intervención, medida en una escala visual analógica de 0 a 100 mm, donde las puntuaciones más altas indicaban mayor dolor. El número de medicamentos de rescate administrados durante cada intervención sirvió como medida secundaria objetiva, de 16 [53,3%] con dolor abdominal funcional y 14 [46,7%] con síndrome del intestino irritable) completaron el estudio. Las puntuaciones medias (DE) de dolor fueron significativamente menores durante el tratamiento con LPO en comparación con el período de control (39,9 [18,9] frente a 45,0 [14,7]; diferencia, 5,2; IC del 95%, 0,2-10,1; P = 0,03). Los pacientes tomaron casi el doble de pastillas de hiosciamina durante el período de control en comparación con el período de LPO

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

(número medio [DE], 3,8 [5,1] pastillas frente a 2,0 [3,0] pastillas; diferencia, 1,8 pastillas; IC del 95%, 0,5-3,1 pastillas). Concluyendo que, durante el LPO, los pacientes con dolor abdominal funcional o síndrome del intestino irritable reportaron significativamente menos dolor y tomaron una cantidad significativamente menor de analgésicos. El placebo de diseño abierto podría ser un tratamiento eficaz para niños y adolescentes con dolor abdominal funcional o síndrome del intestino irritable.

7.15. Q21-Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.	358 (13.6%)	1154 (43.7%)	234 (8.9%)	117 (4.4%)	533 (20.2%)	243 (9.2%)



El 66.2% de los participantes está de acuerdo en algún grado (13.6% totalmente de acuerdo, 8.9% algo de acuerdo y 43.7% de acuerdo). Por otro lado, un 33.8% muestra algún nivel de desacuerdo con esta idea (20.2% en desacuerdo, 4.4% algo en desacuerdo y 9.2% totalmente en desacuerdo).

Estos estudios se asemejan a los de Olejnik et al. (2025), quienes concluyeron en un metaanálisis en JAMA Pediatrics que los opioides son eficaces para tratar el dolor agudo en niños, pero los AINEs muestran una mejor relación beneficio–daño, ya que reducen el dolor sin contribuir a la necesidad de rescate o causar efectos adversos significativos.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Un análisis sobre dolor abdominal agudo en pediatría reveló que, aunque los opioides redujeron el dolor, también aumentaron los efectos secundarios leves sin elevar el riesgo de complicaciones graves como perforación.

Matson et al. (2019). por su parte informan que la exposición legítima a opioides en adolescentes está relacionada con un incremento del 33 % en el riesgo de uso no médico de opioides en la adultez temprana pmc.ncbi.nlm.nih.gov.

Hah (2016) indica que hasta el 10 % de los pacientes pueden desarrollar adicción tras una exposición médica, y entre el 30 % y 80 % de los adictos informan que la primera exposición fue una prescripción médica pmc.ncbi.nlm.nih.gov.
En un estudio de adolescentes que recibieron opioides para dolor agudo, el 90 % mostró dos o más factores de riesgo de uso, y el 35 % tenía cinco o más.
La utilización de opioides para el tratamiento del dolor agudo en pacientes pediátricos es un tema que exige una evaluación clínica cuidadosa, ya que, si bien son fármacos eficaces para aliviar el dolor moderado a severo, también conllevan riesgos significativos, especialmente en lo que respecta al potencial de adicción. La figura presentada evidencia que una parte considerable de los encuestados (más de la mitad) reconoce este riesgo, al posicionarse "de acuerdo" o "totalmente de acuerdo" con la afirmación de que los opioides pueden provocar adicción en pacientes pediátricos.

Este resultado refleja una percepción informada y alineada con la evidencia científica actual. Diversos estudios han documentado que la exposición a opioides en edades tempranas, incluso bajo prescripción médica, puede aumentar el riesgo de uso indebido en etapas posteriores, especialmente en adolescentes, donde confluyen factores biológicos y psicosociales que amplifican dicha vulnerabilidad. Es preocupante, por ejemplo, que entre un 8 % y 12 % de los pacientes que reciben opioides con fines terapéuticos puedan desarrollar patrones de uso problemático si no se establecen límites claros y medidas preventivas.

Al mismo tiempo, no se puede desconocer que los opioides siguen siendo una herramienta valiosa en contextos clínicos donde el dolor agudo no puede ser controlado eficazmente con otros analgésicos. Sin embargo, su uso debe ser estrictamente limitado a casos específicos, con una duración breve, dosis ajustadas a la edad y el peso, y siempre bajo monitoreo estrecho. Además, se hace necesario integrar en la práctica clínica estrategias de educación a las familias, identificación de factores de riesgo en los pacientes y el diseño de planes de seguimiento post-tratamiento.

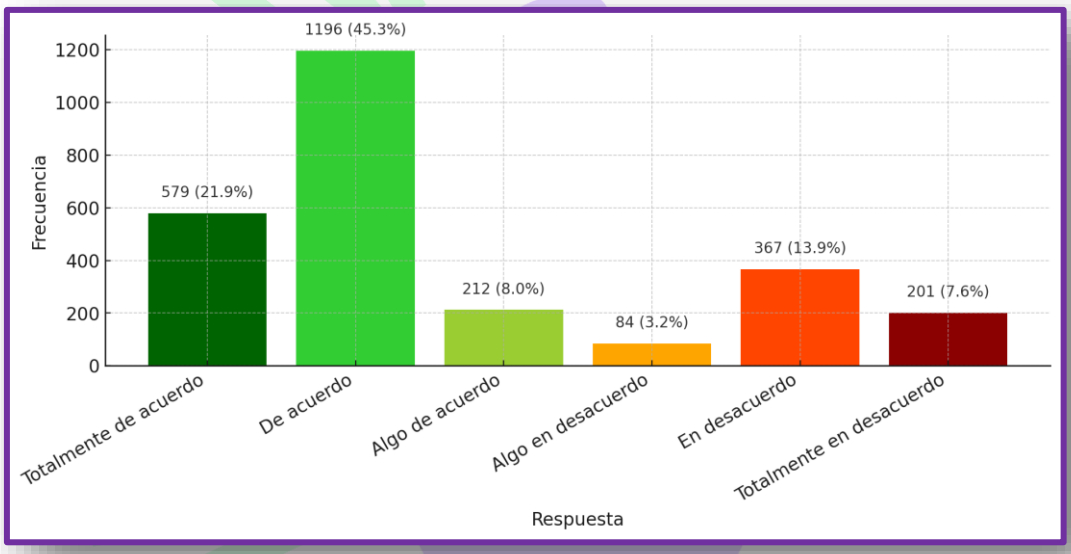
En ese sentido, los analgésicos no opioides, como los AINEs o el paracetamol, deben ser considerados como primera línea para el manejo del dolor en pediatría, reservando los opioides para casos excepcionales, como cirugías mayores o traumatismos severos. Esta priorización no solo responde a la eficacia clínica, sino también al compromiso ético de minimizar los riesgos futuros en una población en desarrollo.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

En conclusión, el abordaje del dolor agudo en pediatría debe equilibrar adecuadamente el alivio eficaz del sufrimiento con la prevención de consecuencias adversas a largo plazo. La figura analizada visibiliza una conciencia creciente sobre este dilema clínico, lo que resulta esperanzador, pero también obliga a reforzar la formación del personal de salud y la implementación de políticas claras que regulen el uso de opioides en contextos pediátricos.

7.16. Q22-Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.	579 (21.9%)	1196 (45.3%)	212 (8.0%)	84 (3.2%)	367 (13.9%)	201 (7.6%)



La mayoría de los participantes (1,196) que representa el 45.3%, manifestó estar de acuerdo en que conoce y aplica las escalas de evaluación del dolor en niños, un 21.8% manifestó estar totalmente de acuerdo, 8.0% algo de acuerdo. Pero casi una cuarta parte (24.7%) muestra algún grado de desacuerdo.

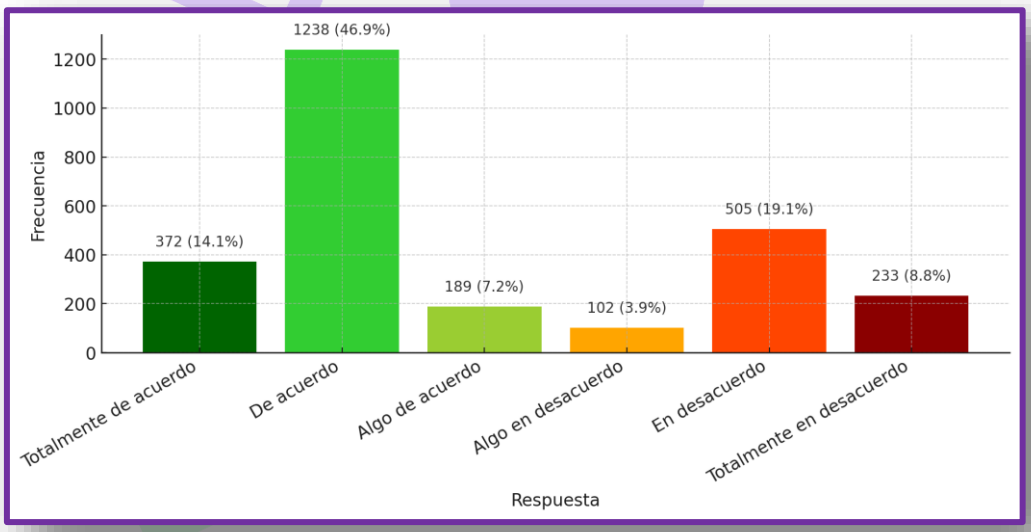
Los resultados son similares al de Notejane et al. (2019), en su estudio sobre implementación de escalas, con las instituciones públicas y privadas del área metropolitana de Bucaramanga y Floridablanca, usando encuestas aleatorias a trabajadores de salud, para determinar el uso y aplicación de las escalas de valoración del dolor en unidades de neonatología, concluyó de acuerdo a la revisión bibliográfica, que si bien el personal conocía las escalas de valoración validadas para el dolor en el neonato no son completamente utilizadas por el profesional de salud y/o personal asistencial al cuidado del neonato.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

La evaluación de la intensidad del dolor en niños, especialmente menores de 5 años o que padecen algún trastorno cognitivo, es un reto para las familias y para el equipo de salud. La aplicación de escalas por tanto constituye una herramienta que contribuye a una evaluación más objetiva. La dificultad para expresarse verbalmente, hace a los pacientes más propensos a que el dolor no sea identificado por sus cuidadores y/o equipo de salud, y por ende, no sea tratado.

7.17. Q23-Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)	372 (14.1%)	1238 (46.9%)	189 (7.2%)	102 (3.9%)	505 (19.1%)	233 (8.8%)



Mayoritariamente los participantes (68.2%) afirma conocer y aplicar la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños propuesta por la OMS, distribuidos en 14.1% totalmente de acuerdo, 7.2% algo de acuerdo y 46.9% de acuerdo. No obstante, un 31.8% manifiesta algún grado de desacuerdo, indicando que una proporción significativa no utiliza o desconoce esta escala.

A lo largo de años se han diseñado diversos instrumentos para la evaluación del dolor en niños; la OMS (2023), señala que no hay instrumento único para la valoración del dolor, existen escalas para medir el dolor en recién nacidos y

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

prematuros (PIPP-R), escala FLACC evalúa la expresión, movimiento de piernas, actividad y llanto de niños de dos meses a siete años, muy útil en casos de deterioro cognitivo, también hay escalas CRIES, que evalúa el dolor postoperatorio, evaluando llanto, saturación, signos vitales y características del sueño. COMFORT es un instrumento validado para niños con ventilación mecánica, que evalúa el sueño, la calma o agitación, llanto, movimiento, tono muscular, expresión facial y los signos vitales. Para mayores de siete años se puede utilizar la escala numérica del dolor, de la cual existen variantes en las que se integran dibujos de caras haciendo referencia al nivel del dolor.

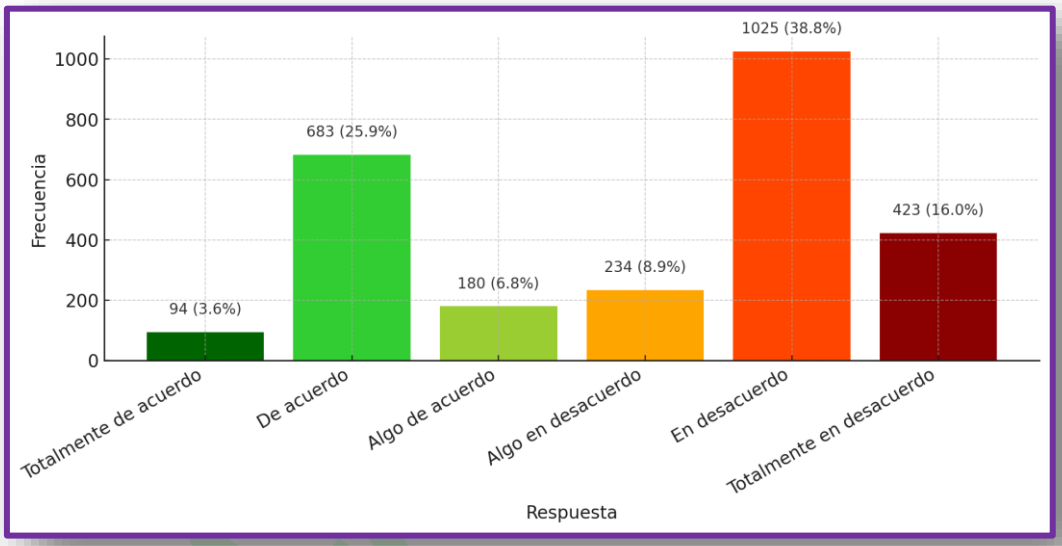
La experiencia de los padres también es significativa, atraviesa por el proceso de diagnóstico, que a veces requiere la valoración de más de un profesional de la salud, para finalmente determinar cuál es el problema de salud y cuáles son las alternativas de tratamiento. Este proceso genera angustia y sentimientos de culpa e impotencia; el proceso del tratamiento, enfrentar los efectos secundarios de la medicación y la incertidumbre de saber si se recuperará la salud de los niños/ as; el afrontamiento familiar, que en algunos casos une y en otros separa a los integrantes de la familia y por último la relación con el personal de salud (Médicos, Enfermeras, Psicólogos y Trabajadoras sociales), que al decir de las informantes siempre debe ser de alerta y apoyo.(Cruz, 2020).

Cono se puede evidenciar, los instrumentos son diversos, pero la clave es que el personal sanitario involucrado en el cuidado del infante, este debidamente entrenado para su aplicación correcta y oportuna para la asistencia del menor que lo requiera. La experiencia dolorosa no solo se traduce en un sufrimiento físico, sino que están en juego factores que atraviesan a la totalidad de la persona. El mismo se vislumbra a través de la mirada de cada ser humano. Esta situación lo convierte en un enigma que reside en la cultura y en la experiencia de cada persona.

7.18. Q24-La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.	94 (3.6%)	683 (25.9%)	180 (6.8%)	234 (8.9%)	1025 (38.8%)	423 (16.0%)

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



Solo el 36.3% de los encuestados considera que la formación sobre el dolor agudo infantil y su manejo es suficiente (3.6% totalmente de acuerdo, 6.8% algo de acuerdo y 25.9% de acuerdo). En cambio, una clara mayoría del 63.7% muestra algún grado de desacuerdo (38.8% en desacuerdo, 8.9% algo en desacuerdo y 16.0% totalmente en desacuerdo).

Notejane Et Al (2019), encontraron que el nivel global del conocimiento de profesionales enfermeros encuestados fue aceptable, aunque se detectó desconocimiento de escalas apropiadas para evaluar dolor en niños, especialmente en quienes no se pueden expresar verbalmente. La evaluación de la intensidad del dolor en niños, especialmente menores de 5 años o con algún trastorno cognitivo, es un desafío para las familias y para el equipo de salud. La aplicación de escalas es una herramienta que contribuye a una evaluación más objetiva. La dificultad para expresarse verbalmente hace a los pacientes más propensos a que el dolor no sea identificado por sus cuidadores y por el equipo de salud, y por ende, no sea tratado.

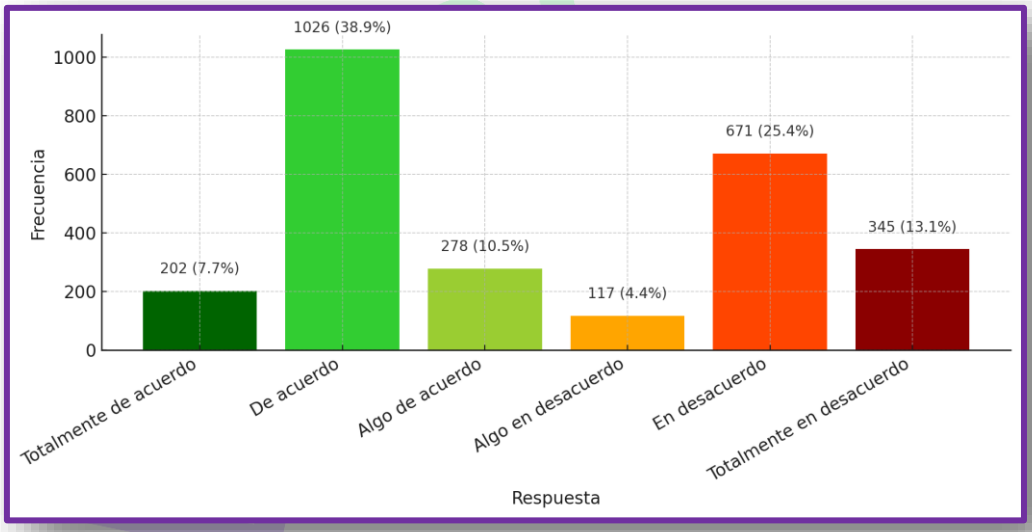
El dolor en la infancia representa motivo de consulta frecuente en todos los escenarios asistenciales; se trata de un fenómeno complejo y multidimensional con componentes sensoriales, fisiológicos, cognitivos, afectivos, conductuales y espirituales, cuya evaluación y abordaje representa un problema de salud pública. En pediatría, el dolor es frecuentemente subestimado y, por lo tanto, insuficientemente tratado, lo cual refleja la imperiosa necesidad de que todos los profesionales de la salud que asisten niños cuenten con las competencias necesarias para diagnosticar y abordar el dolor de forma sistemática y adecuada.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.19. Q25-Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.	202 (7.7%)	1026 (38.9%)	278 (10.5%)	117 (4.4%)	671 (25.4%)	345 (13.1%)



Los resultados muestran que, de 2639 participantes, 1026 (38.9%), manifestaron estar de acuerdo, seguido de 671(25.4%), en desacuerdo, 345 (12.07%), estaban totalmente en desacuerdo, 278(10.5%), estaban algo de acuerdo, 202 (7,65%), totalmente de acuerdo y 117(4,42), estaban algo en desacuerdo. Es preciso resaltar que, del total de participantes a la pregunta formulada, 1208 (64.8%), manifestó algún nivel de desacuerdo, sobre un tema tan relevante como la identificación de signos precoces de dolor en recién nacidos.

El dolor es un síntoma muy prevalente en pacientes hospitalizados; sin embargo, frecuentemente es subestimado, particularmente en niños recién nacidos. Evidencias que demuestran que el recién nacido expuesto al dolor experimenta, a corto plazo, un estado de catabolismo (aumento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, descenso en saturación de oxígeno, secreción de insulina) que puede disminuir y aumentar las hormonas relacionadas con el estrés: catecolaminas, glucagón, aldosterona y cortisol. El incremento de glucosa puede ser nocivo para el encéfalo inmaduro, causando alteración del comportamiento y aumento de la vulnerabilidad del prematuro (Asociación americana de Pediatría 2009).

Cuando se controla el dolor, los pacientes reducen su morbilidad, facilita su recuperación y mejora su calidad de vida. La evaluación y manejo del dolor en la edad pediátrica es un reto para los profesionales de la salud, por las

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

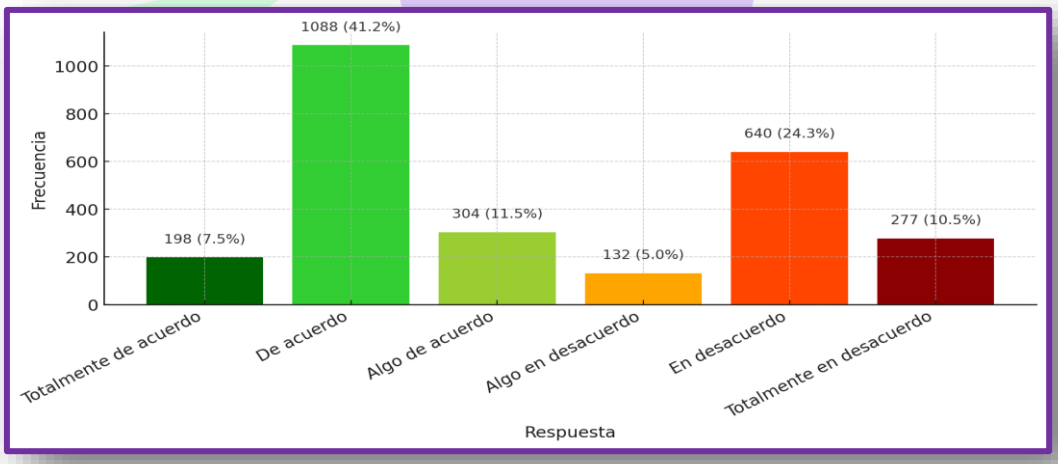
características de esta etapa de desarrollo y la dificultad para su medición. En el ámbito hospitalario, la evaluación, registro, tratamiento y seguimiento de los pacientes con dolor resultan de gran relevancia. (Asociación Americana de Pediatría).

Al respecto, Nuñez et. al (2020), en su estudio evaluaron el manejo del dolor por parte del personal de enfermería en un servicio neonatal de Quito en un estudio descriptivo y transversal, muestra de 227 pacientes de 0-28 días que permanecieron un periodo mínimo de 4 días de hospitalización. Los resultados evidenciaron que, del total de historias clínicas revisadas, el criterio más utilizado para evaluar dolor fue el parámetro de desaturación de oxígeno en un 89.4%; dentro de las causas de dolor de los pacientes, la profilaxis intramuscular de vitamina K fue un procedimiento doloroso en un 99.6%; la principal complicación encontrada en estos pacientes fue la hipoglicemia con un 26%;

En cuanto al manejo del dolor se pudo determinar que el 100% del personal de enfermería no utiliza medidas farmacológicas ni tampoco no farmacológicas para el manejo y prevención del dolor. Conclusiones: los resultados evidencian la urgencia de implementar en las instituciones de salud el uso de escalas de valoración, manejo y prevención del dolor en neonatos por parte del personal de salud para disminuir el riesgo de complicaciones.

7.20. Q26-Sé cómo actuar ante el dolor agudo en niños/as.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Sé como actuar ante el dolor agudo en niños/as.	198 (7.5%)	1088 (41.2%)	304 (11.5%)	132 (5.0%)	640 (24.3%)	277 (10.5%)



Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Del total de encuestados 1590(60,2%) está de acuerdo en distintos niveles con saber cómo actuar ante el dolor agudo en niños, lo que sugiere que una mayoría se siente capacitada en este aspecto. Sin embargo, un 39,8% manifiesta algún grado de desacuerdo.

Los artículos y estudios señalan que, a pesar de los adelantos en el conocimiento de la fisiología del dolor y los medicamentos disponibles, esto no se ha trasladado de manera efectiva a la práctica clínica y su tratamiento continúa siendo, en muchas ocasiones inadecuado para los pacientes.

Una publicación de (Martinez, 2007), quien estudió los conocimientos de las enfermeras en el manejo del dolor en la infancia, indicó que un alto porcentaje de enfermeras opinaban que el alivio del dolor era más perjudicial que el propio dolor. Además, el 40% pensaban que el dolor en el niño era menor que en el adulto, esto reflejó que no tenían conocimiento sobre el dolor en niños.

En un estudio realizado por (Aguilar Cordero, 2012) sobre "Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua", se encontró que el 71.1% de los participantes tiene una actitud desfavorable hacia el dolor, lo que se relaciona significativamente con la capacitación. De esta investigación se concluyó que en la medida en que se incrementan las acciones capacitantes, la actitud ante el dolor se hace más favorable.

Así mismo el dolor es una experiencia humana universal, de hecho, es el motivo más frecuente en la demanda de cuidados sanitarios, así como la primera señal de múltiples patologías. El nuevo enfoque depende, en gran medida, de la actitud del personal de salud que, a su vez, se ve relacionado con los conocimientos básicos que posee, con su apreciación subjetiva, con la afectación emocional y con la percepción.

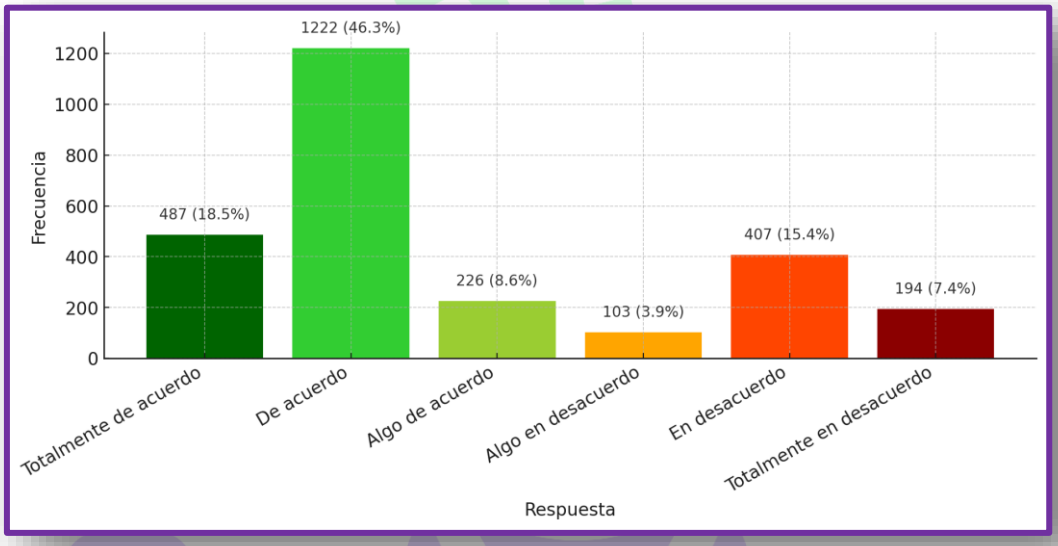
En la investigación realizada por Lorente (María, 2015-2016) , los resultados son, que las personas que no han recibido capacitación durante su vida laboral en el manejo del dolor, son las que mayoritariamente muestran actitudes desfavorables frente al niño que lo padece. Se pudo constatar que el modo de actuación del personal de enfermería está en estrecha relación con su capacitación; este aspecto es imprescindible para alcanzar un desempeño profesional de calidad y garantizar una atención integral al dolor en la infancia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.21. Q27-Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.	487 (18.5%)	1222 (46.3%)	226 (8.6%)	103 (3.9%)	407 (15.4%)	194 (7.4%)



Una amplia mayoría (73,4%) está de acuerdo con administrar analgesia antes de procedimientos dolorosos y un (26.6%) muestra algún grado de desacuerdo. Este resultado muestra en su mayoría una actitud proactiva y preventiva, clave en la humanización del cuidado pediátrico.

Según la OMS, el uso correcto de los analgésicos se basa en una estrategia bifásica, administrada en intervalos regulares, teniendo en cuenta la vía de administración apropiada e individualización del tratamiento según la evaluación realizada al paciente. La farmacoterapia analgésica es fundamental para el manejo del dolor. Si bien el uso simultáneo de otras intervenciones es valioso en muchos pacientes y esencial en algunos, los analgésicos son necesarios en casi todos los casos. El principio rector del manejo analgésico es la individualización de la terapia. Mediante un proceso de evaluaciones repetidas, la selección y administración de los fármacos se individualiza para lograr un equilibrio favorable entre el alivio del dolor y los efectos farmacológicos adversos.

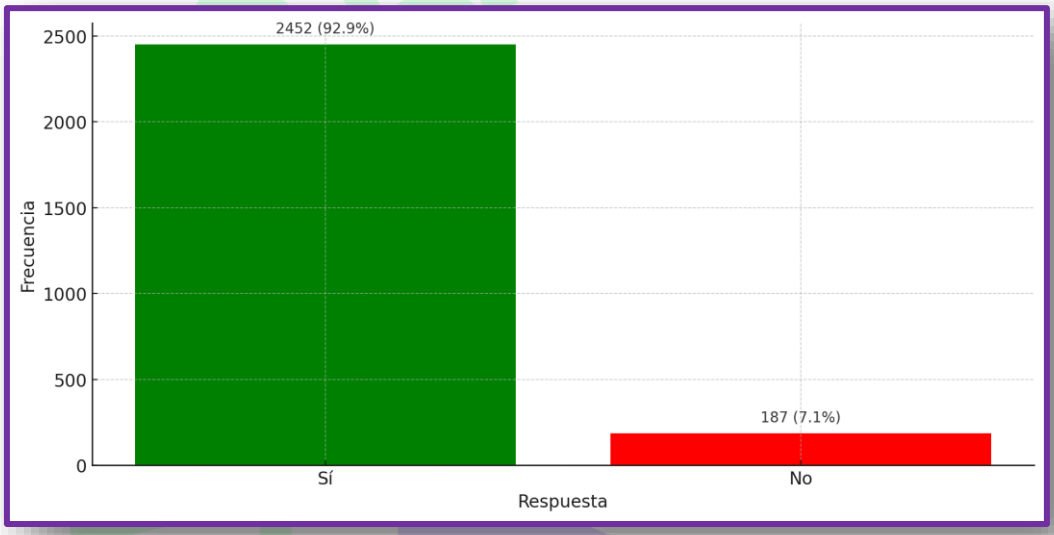
Un comité de expertos convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto un enfoque útil para la selección de fármacos en estados de dolor agudo y crónico, conocido como la «escalera analgésica» (Organización Mundial de la Salud, 1986). Enfatizando que la intensidad del dolor debe ser la

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

consideración principal en la selección de analgésicos. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los tratamientos farmacológicos para el dolor persistente en niños reconocen que el dolor en niños es una preocupación de salud pública de gran importancia y trascendencia en la mayor parte del mundo.

7.22. Q28-¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?

Pregunta	Sí	No
¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?	2452 (92.9%)	187 (7.1%)



El 92,9% de los participantes considera que los niños tienen memoria de los episodios dolorosos, mientras que el 7,1% opina que no. Actualmente está totalmente aceptado que el sistema nervioso central (SNC) está suficientemente desarrollado para procesar la sensación nociceptiva desde antes del nacimiento. Además de ser una experiencia psicológicamente negativa y provocar respuestas fisiológicas adversas que pueden aumentar la morbimortalidad, la exposición al dolor ha demostrado modular respuestas aumentadas al dolor en etapas posteriores de la vida. Esta memoria temprana del dolor puede condicionar el miedo y rechazo de la atención médica en la vida adulta.

En un estudio de investigación por (Taddio, 2002), se observó a recién nacidos de madres con diabetes. A estos lactantes se les realizaron punciones repetidas en el talón durante las primeras 24 a 36 horas y se les realizó una venopunción al día siguiente. En comparación con los sujetos de control, los bebés mostraron respuestas de dolor más intensas durante la preparación y limpieza de la piel, así como durante el procedimiento. Estos hallazgos sugieren que los lactantes

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

estaban sensibilizados al dolor, quizás tanto en los sitios de las punciones en el talón como más allá.

Los hallazgos también plantean la posibilidad de que los bebés hubieran aprendido a anticipar el dolor a partir de señales no dolorosas que ocurrían durante la manipulación y la preparación de la piel; de hecho, en consonancia con esta posibilidad, un conjunto de investigaciones recientes destaca que alguna forma de memoria a largo plazo está operativa incluso antes del nacimiento.

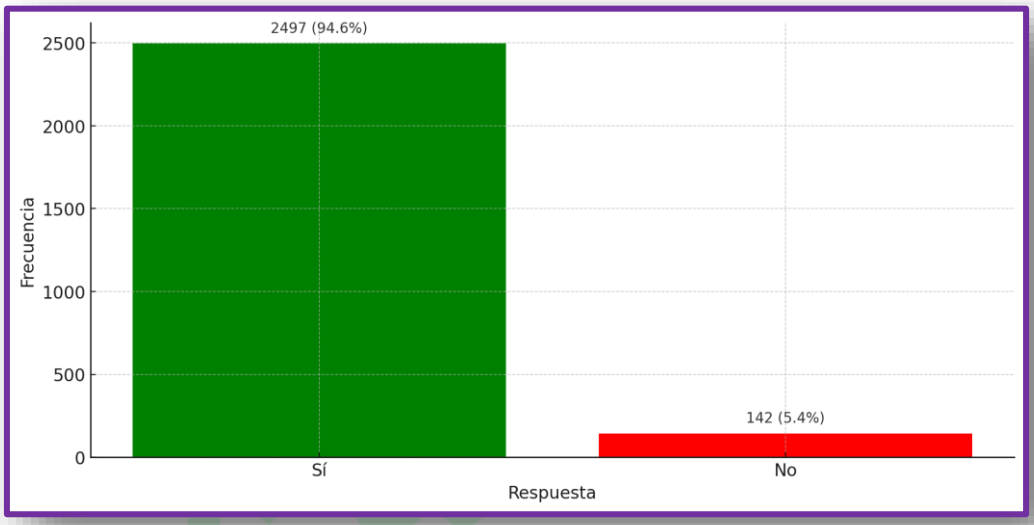
Otra demostración dramática del papel de la memoria para el dolor se proporciona en un estudio de (Weisman SJ, 1998) El estudio fue un ensayo controlado aleatorio de fentanilo versus placebo para punciones lumbares y aspiraciones de médula ósea. Para el primer procedimiento, la mitad de los niños recibió el analgésico activo y la otra mitad recibió un placebo. Para todos los procedimientos posteriores al primero, todos los niños de ambos grupos recibieron el fármaco activo. El grupo tratado, que recibió el fentanilo durante todo el procedimiento, tuvo dolor de bajo a moderado para todos los procedimientos. El grupo que recibió el placebo la primera vez, por otro lado, continuó teniendo niveles de dolor de moderados a altos, incluso cuando estaban recibiendo el fármaco efectivo. Su recuerdo de la primera experiencia con dolor sin alivio les dificultó experimentar el alivio del dolor proporcionado por el fentanilo.

En el estudio realizado por Weisman (1998) demuestra que una experiencia dolorosa puede ser recordada desde la más tierna infancia y que puede provocar cambios en la reacción a eventos dolorosos posteriores Consecuencias de una analgesia inadecuada durante procedimientos dolorosos en niños.

7.23. Q29-¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?

Pregunta	Sí	No
¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?	2497 (94.6%)	142 (5.4%)

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



Del total de encuestados el 94,6% cree que un control inadecuado del dolor puede influir en la personalidad adulta del niño, frente al 5,4% que no lo considera así. Es común que los niños experimenten dolor a lo largo de su desarrollo, desde el nacimiento hasta pasada la adolescencia. Los lactantes, especialmente los prematuros, se someten con frecuencia a pruebas y procedimientos quirúrgicos. Mientras que los lactantes no pueden expresar el dolor de la misma manera que niños de mayor edad, es importante manejar el dolor, ya que las experiencias dolorosas repetidas en etapas tempranas de la vida están asociadas a alteraciones en la sensibilidad al dolor y las respuestas endocrinas al estrés y la ansiedad., señala Victoria NC (Victoria NC, 2016).

Afirma Christine Chambers, Cátedra de Investigación Canadiense sobre Dolor Infantil en la Universidad de Dalhousie. Hay mucha evidencia científica que demuestra la sensibilización, y que el mal manejo del dolor en las primeras etapas de la vida, de hecho, provoca que sientas más dolor en el futuro". Las investigaciones sugieren que el dolor infantil no controlado puede retrasar la curación, alterar el desarrollo cerebral, provocar dolor crónico y aumentar el riesgo de adicción a opioides en etapas posteriores de la vida.

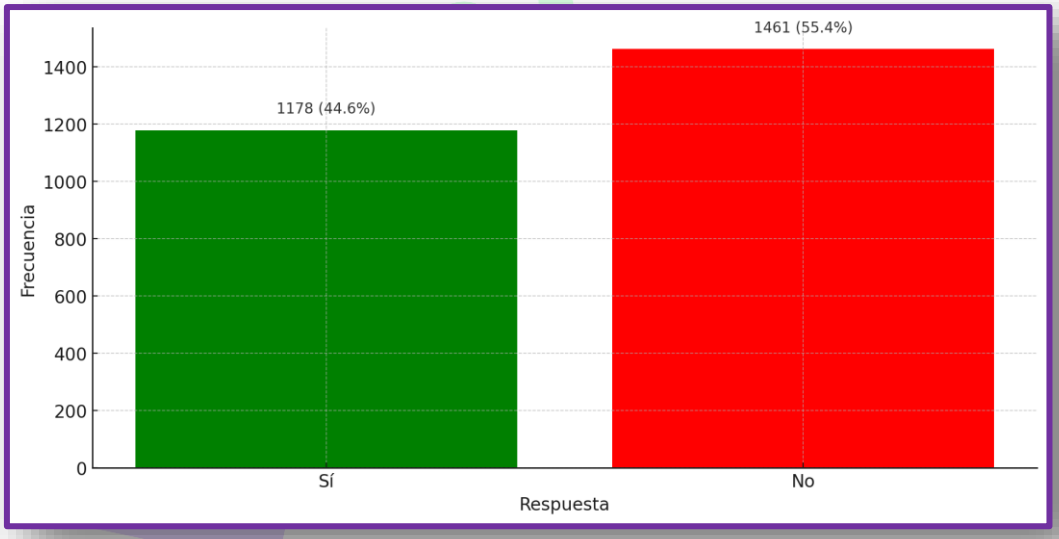
Diversas investigaciones arrojan que el dolor tiene un efecto devastador sobre el bienestar psicológico de los niños, siendo frecuentes trastornos de ansiedad o depresión asociándose también con restricción de actividad, ausencia escolar y problemas de relación con sus iguales. (Greco, 2008). Además, un porcentaje de esos niños exhibe discapacidad y deterioro funcional durante meses o años después de su evaluación inicial. El estudio realizado por Palermo con una muestra de atención primaria, muestra que el 79% de niños que padecen dolor abdominal recurrente tenían un trastorno de ansiedad y el 43% un trastorno de humor diagnosticable. Así, las repercusiones a nivel psicológico afectan a la condición física puesto que empeoran la capacidad del niño para hacer frente a la enfermedad (Palermo, 2010).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.24. Q30-¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?

Pregunta	Sí	No
¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?	1178 (44.6%)	1461 (55.4%)



El gráfico 30.1 evidencia que, de los 2,639 participantes, un total de 1,461 (55.4%) respondió “No”, indicando que no consideran que el dolor sea siempre proporcional a la causa que lo origina. Por otro lado, 1,178 profesionales (44.6%) respondieron “Sí”, señalando que sí perciben una relación proporcional entre el estímulo nocivo y la experiencia dolorosa.

Estos resultados evidencian que una mayoría del personal de salud reconoce la naturaleza subjetiva y multifactorial del dolor, en la que influyen factores biológicos, psicológicos y sociales, más allá del estímulo físico per se. La diferencia porcentual sugiere una tendencia creciente hacia una comprensión biopsicosocial del dolor, acorde con los lineamientos actuales en el manejo del mismo (Melzack & Wall, 2020; IASP, 2023).

Los resultados evidencian que el 55.4% del personal de salud no considera que el dolor sea proporcional a la magnitud del estímulo que lo genera. Este hallazgo es coherente con el modelo biopsicosocial del dolor, ampliamente aceptado en la literatura actual, el cual plantea que el dolor no solo depende del daño tisular, sino también de factores emocionales, cognitivos y sociales (Gatchel et al., 2014). La ruptura con el paradigma biomédico tradicional indica un cambio en la comprensión clínica del dolor.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

En un estudio multicéntrico realizado por Liossi et al. (2021), se demostró que los profesionales de salud con formación en dolor crónico tienen mayor conciencia sobre su naturaleza compleja y subjetiva. Ellos identificaron que pacientes con niveles similares de daño físico pueden reportar intensidades de dolor radicalmente distintas, lo que concuerda con los resultados del presente estudio.

Asimismo, investigaciones como la de Raja et al. (2020), respaldan esta postura al señalar que los mecanismos de modulación central (como la sensibilización o la inhibición descendente) hacen que la experiencia del dolor sea variable, incluso en ausencia de un daño físico evidente. Esta disociación entre estímulo y dolor ha sido reconocida por organizaciones como la IASP, que definieron el dolor como "una experiencia sensorial y emocional asociada o no con daño tisular real".

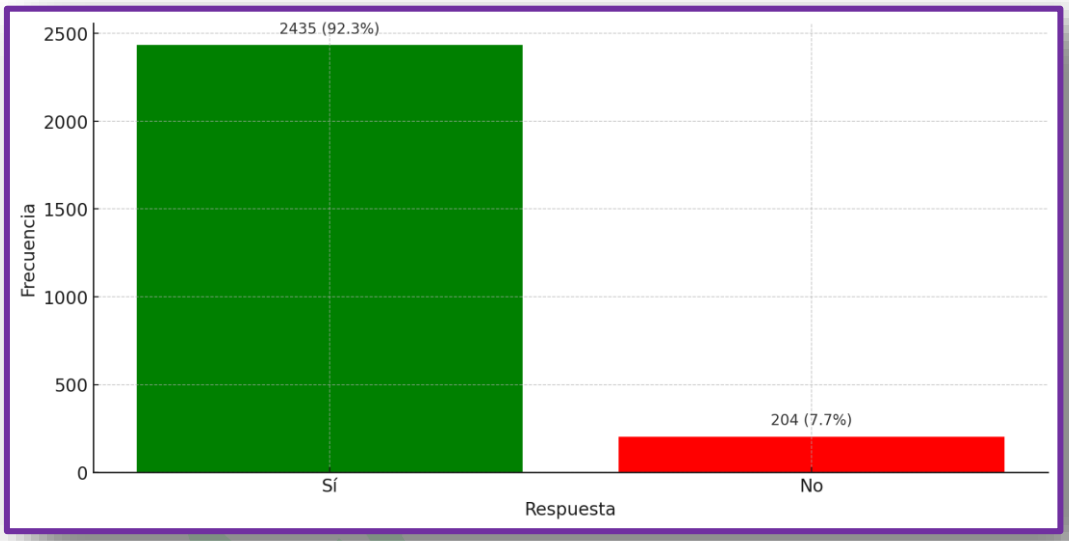
Por otra parte, un estudio cualitativo de Borsook et al. (2018) en profesionales de enfermería y medicina reveló que quienes aún mantienen una visión exclusivamente biomédica del dolor tienden a subestimar el sufrimiento del paciente cuando no hay evidencia objetiva del daño, lo que puede comprometer la calidad del cuidado. Esto puede explicar por qué un 44.6% de los encuestados aún cree en la proporcionalidad del dolor, reflejando una brecha educativa pendiente.

Finalmente, investigaciones como la de Holliday et al. (2019) destacan la importancia de la educación en neurociencia del dolor como estrategia para mejorar la comprensión profesional del fenómeno doloroso y reducir sesgos en la atención, especialmente hacia pacientes con dolor crónico o idiopático.

7.25. Q31-¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?

Pregunta	Sí	No
¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?	2435 (92.3%)	204 (7.7%)

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



Los hallazgos de la pregunta Q31 “es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo” reflejan que el 92,3% de los encuestados está de acuerdo con dicha afirmación. Solo un 7,7% de las personas que realizaron el cuestionario reflejan no estar de acuerdo con la afirmación.

Estos resultados reflejan que existe un enfoque alineado con los principios de los derechos de los niños, donde se reconoce que los infantes tienen derecho a recibir información que esté adaptada a su edad y nivel de comprensión.

Las personas que respondieron a la encuesta, en su mayoría, opinan que están de acuerdo con esto, lo que conlleva que estas personas parecen entender que la anticipación y brindar información a los pacientes, especialmente, pediátricos, ayuda a disminuir los niveles de ansiedad, miedo o incertidumbre.

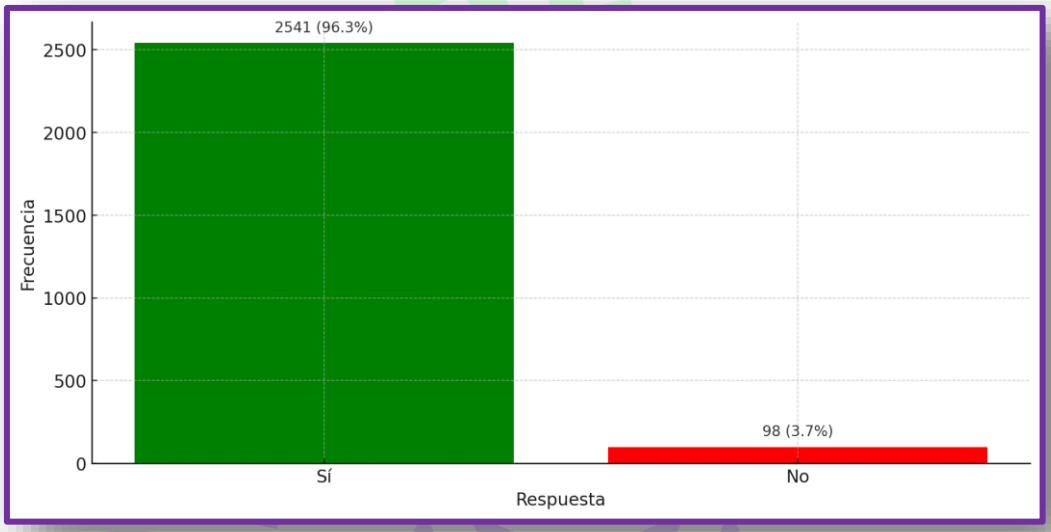
La minoría que opina diferente y no considera brindar esta información de forma previa a realizar las técnicas, podría responder a creencias o experiencias personales/profesionales pasadas que hayan reforzado esa manera de pensar, sin dar espacio a la sensibilización y formación de estrategias de comunicación adecuadas en la infancia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.26. Q32-¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?

Pregunta	Sí	No
¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?	2541 (96.3%)	98 (3.7%)



El gráfico muestra que un 96.3% (2541 participantes) respondió afirmativamente ("Sí"), mientras que solo un 3.7% (98 participantes) respondió negativamente ("No"). Esta distribución revela un consenso amplio en la adopción de una práctica o creencia profesional en relación a que el dolor interfiere en las actividades curriculares y extraescolares de niños mayores de 6 años.

El alto porcentaje de respuestas afirmativas indica una clara tendencia institucional o profesional hacia la implementación de una práctica estandarizada o recomendada, el dolor interfiere en las actividades del niño mayor de 6 años. Esta homogeneidad sugiere que las directrices o protocolos han sido internalizados por la mayoría del personal involucrado, lo cual puede estar relacionado con procesos de capacitación continua, normativas oficiales o presiones éticas y legales del entorno sanitario (González & Ramírez, 2021).

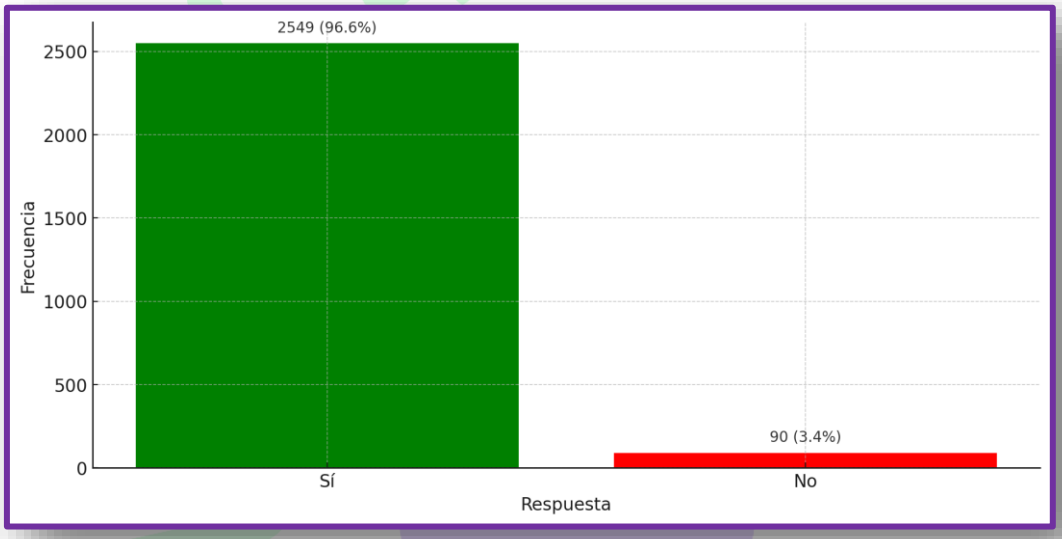
No obstante, la existencia del 3.7% que respondió "No" señala la persistencia de ciertas barreras o resistencias, que podrían estar vinculadas a factores como la falta de recursos, desconocimiento de las guías, diferencias en la formación profesional, o incluso creencias personales (Mena & Zúñiga, 2020). Este grupo minoritario, aunque reducido, es significativo desde el punto de vista de la mejora de calidad, ya que representa un área crítica a abordar para alcanzar una práctica uniforme.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

En entornos clínicos, lograr una alta adherencia a protocolos no solo es deseable, sino esencial para garantizar una atención segura, equitativa y basada en evidencia. Estudios recientes destacan que cuando más del 95% de los profesionales siguen una pauta específica, los resultados clínicos tienden a mejorar considerablemente (Ramos et al., 2022).

7.27. Q33-¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?

Pregunta	Sí	No
¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?	2549 (96.6%)	90 (3.4%)



Se evidencia que existe una relación significativa entre el dolor crónico infantil y las interacciones sociales. El gráfico muestra que 2549 participantes (96.6%) respondieron afirmativamente a la pregunta sobre si el dolor afecta la interacción social del niño, mientras que solo 90 (3.4%) respondieron negativamente.

Los estudios revisados demuestran que los niños y adolescentes con dolor crónico experimentan múltiples consecuencias en sus relaciones sociales. La evidencia indica que estos jóvenes pasan más tiempo sintiéndose incomprendidos y sin apoyo social (Forgeron et al., 2013, 2015; Lewandowski et al., 2010). Además, experimentan mayores tasas de victimización y estigmatización que sus compañeros, lo que les dificulta la interacción social y contribuye al aislamiento (Khan et al., 2017; Law et al., 2018; Gorodzinsky et al., 2019).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

En el ámbito escolar, el dolor crónico se asocia con ausentismo escolar debido a citas médicas, hospitalizaciones y períodos de reposo. Los niños pueden negarse a asistir a la escuela pensando que si salen de casa los síntomas podrían aumentar. Esta situación genera un círculo vicioso donde las ausencias ocasionan retraso académico y conducen a nuevas ausencias por frustración (Khan et al., 2017; Law et al., 2018; Gorodzinsky et al., 2019).

La naturaleza intrusiva del dolor desafía a los jóvenes a repensar cómo se ven a sí mismos y su lugar dentro de su red social. Los adolescentes con dolor crónico experimentan dificultades para formar amistades debido a la falta de cosas en común y de tiempo para intercambiar información de contacto. El principal apoyo que los compañeros proporcionan es poder expresarse acerca del dolor, aunque esto no siempre es suficiente para mantener relaciones sociales saludables (Forgeron et al., 2013, 2015; Lewandowski et al., 2010).

El deterioro en el funcionamiento académico es evidente ya que estar presente en el aula no se traduce necesariamente en cumplir con éxito las exigencias escolares. La imposibilidad de estar estimulado intelectualmente en casa en la misma medida que en la escuela podría contribuir negativamente al desarrollo cognitivo (Khan et al., 2017; Law et al., 2018; Gorodzinsky et al., 2019). Los profesores enfrentan el desafío de adaptar sus métodos de enseñanza y evaluación para estudiantes con dolor crónico (Gabinet Psicològic Mataró, 2022). El sistema familiar de un niño con dolor crónico se asocia con un peor funcionamiento, mayores niveles de conflictos familiares y maritales, y una inversión considerable de recursos económicos y de tiempo. Los padres experimentan estrés elevado, sentimientos de culpa y la necesidad de tomar decisiones difíciles, lo que ocasiona dinámicas disfuncionales. La sobreprotección puede aumentar la susceptibilidad y generar resultados adversos en la evolución del dolor crónico (Khan et al., 2017; Law et al., 2018; Gorodzinsky et al., 2019).

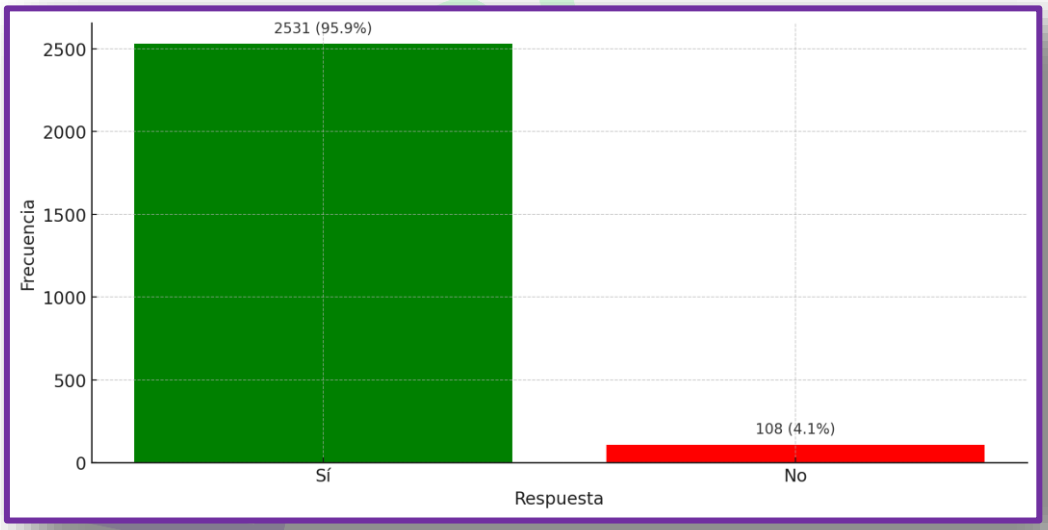
Existe una clara relación entre el apoyo social y familiar y la sensación de dolor en pacientes con dolor crónico. Una salud mental parental afectada por síntomas depresivos y conflictos familiares se asocia con un peor funcionamiento físico y mental en los niños (Goossens et al., 2009; Jensen et al., 2011).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.28. Q34-¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?

Pregunta	Sí	No
¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?	2531 (95.9%)	108 (4.1%)



El 95,9% (2531), sostiene que el dolor influye en la elección del niño sobre sus actividades sociales o recreativas, frente al 4,1% (108) que opina lo contrario

La evidencia científica respalda de manera contundente que el dolor, influye significativamente en la elección y participación de los niños en actividades sociales y recreativas. Los niños que sufren dolor presentan una mayor incapacidad para participar en actividades físicas, recreativas y sociales, lo que repercute negativamente en su calidad de vida y desarrollo personal. Resultados que se asemejan al presente estudio en donde, el 95.9% sostiene que el dolor es una limitante para la elección de actividades sociales y recreativas del niño. Realizaron una revisión sistemática y concluyeron que los niños con dolor tienden a tener menos amigos, muestran más conductas de aislamiento y experimentan mayor victimización social. Este aislamiento social se traduce en una reducción significativa de oportunidades para participar en juegos, deportes y otras actividades recreativas (Forgeron et al., 2010).

Holm et al. (2012), también reportaron que los niños con múltiples localizaciones de dolor informan una menor calidad de vida relacionada con la salud y una mayor discapacidad funcional, lo que limita su participación en actividades cotidianas y de esparcimiento. El dolor no solo limita la capacidad física, sino que también afecta el bienestar emocional y social de los niños (Forgeron et al., 2013) encontraron que el dolor genera mayor tiempo de ir sintiéndose incomprendidos

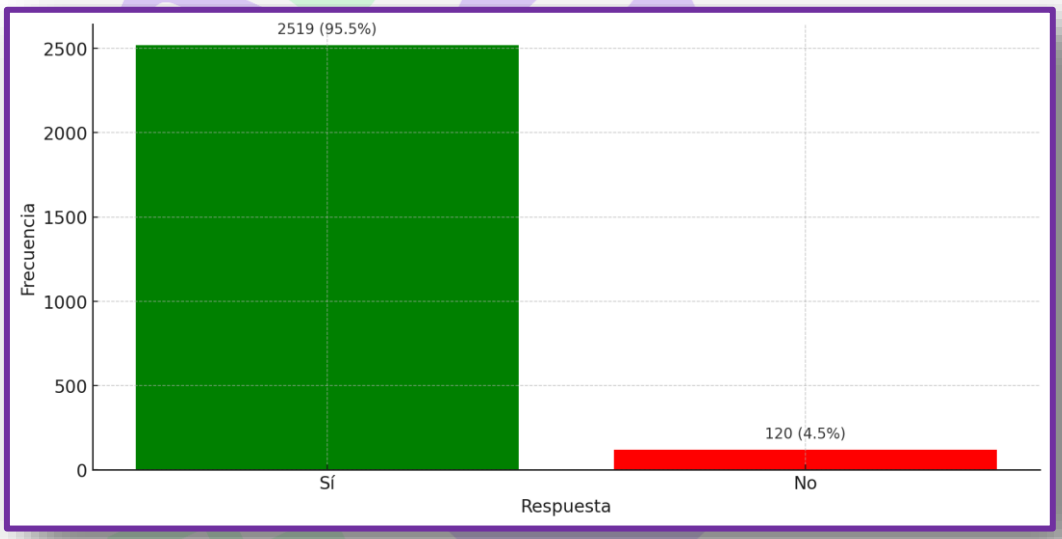
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

y sin apoyo de sus pares, lo que refuerza el aislamiento y reduce la motivación para participar en actividades sociales.

Es importante contemplar que las intervenciones, como la terapia de juego ayudan a los niños a enfrentar el dolor y facilitar su integración social y recreativa. Estas estrategias pueden reducir la ansiedad y el malestar, permitiendo que los niños exploren y participen en actividades adaptadas a sus capacidades y preferencias (García-Carpintero Blas, 2010).

7.29. Q35-¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?

Pregunta	Sí	No
¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?	2519 (95.5%)	120 (4.5%)



El 95,5% (2519), considera que el dolor puede afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, mientras que el 4,5% (120) no lo considera así.

Diversos estudios de investigación respaldan la percepción de que el dolor, tanto físico como emocional, puede afectar significativamente el desarrollo cognitivo y emocional de los niños. Un estudio de revisión sobre la neuropsicología del dolor emocional en la infancia destaca que los niños que experimentan dolor emocional, por enfermedad, acoso escolar u otros agentes externos, presentan sintomatologías como angustia, tristeza, miedo, desesperación y ansiedad. Estas emociones pueden alterar los mediadores neuroanatómicos implicados en la conexión entre dolor y emociones, como el surco temporal superior, los polos temporales y la amígdala. Estas alteraciones pueden ser responsables de cambios

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

en la conducta y en la capacidad de afrontar nuevas experiencias relacionadas con el dolor, afectando así el desarrollo emocional y cognitivo del niño. “Las emociones producidas por el dolor emocional en los niños tienden a ser parecidas dependiendo de las circunstancias o de algunos agentes externos. Las implicaciones neuroanatómicas implicadas en el dolor emocional del niño son alteradas cuando el menor padece de las molestias propias del dolor físico o emocional, el cual puede ser responsable de la alteración de la conducta” (Campo Tette et al., 2017).

El impacto de experiencias traumáticas en la infancia ha demostrado que los eventos dolorosos o traumáticos afectan tanto el desarrollo cognitivo como el emocional. Un estudio realizado en niños víctimas de violencia encontró que estos presentan dificultades para expresar emociones y verbalizar lo vivido, lo que puede estar relacionado con bloqueos en las estructuras cerebrales encargadas de organizar la información sensorial. Además, se observó que el coeficiente intelectual puede verse afectado tras experiencias traumáticas, evidenciando un impacto directo en el desarrollo cognitivo. “Se evidencia que muchos de estos niños tienen dificultades para tener expresiones verbales y emocionales de forma libre o normal, sigue afectando el coeficiente intelectual del niño cuando este ha experimentado un evento traumático” (García & González, 2016).

El dolor en la infancia es una causa importante de discapacidad y que su manejo inadecuado puede afectar la calidad de vida y el desarrollo global del niño, incluso desde etapas tempranas del desarrollo, los niños tienen la capacidad de experimentar dolor, y, la falta de identificación y tratamiento adecuado puede tener repercusiones a largo plazo en su bienestar físico, emocional y cognitivo. “El dolor es una causa importante de discapacidad, un adecuado control facilita la recuperación de los pacientes, así como su calidad de vida” (García-Torres et al., 2023).

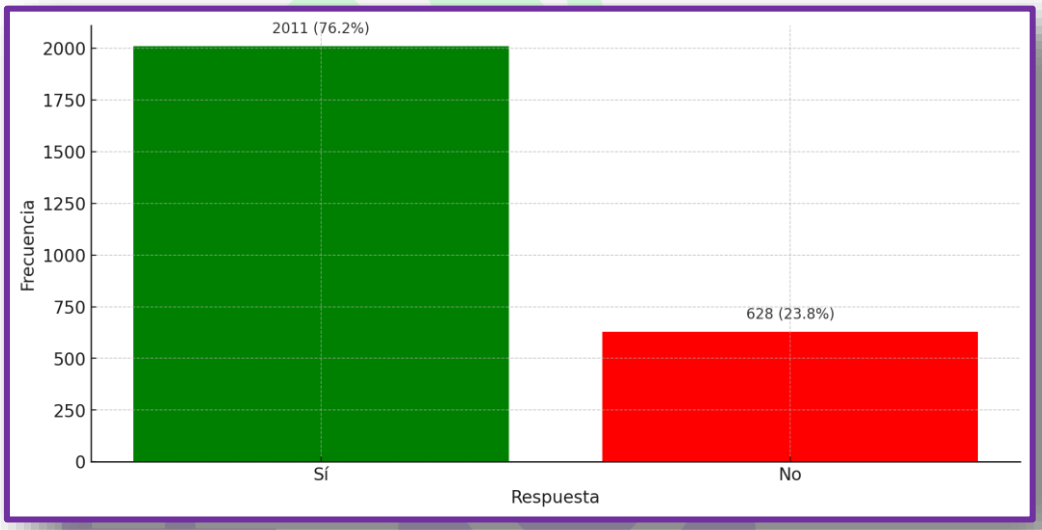
El desarrollo de la regulación emocional en la infancia es fundamental para el bienestar psicológico y el desarrollo cognitivo. Situaciones de dolor o frustración, si no son adecuadamente abordadas, pueden desencadenar reacciones impulsivas y dificultades en la gestión emocional, afectando la autoestima y la capacidad de enfrentar situaciones complejas en etapas posteriores (Neuro-Class, 2024).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

7.30. Q36-¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?

Pregunta	Sí	No
¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?	2011 (76.2%)	628 (23.8%)



El grafico presenta el resultado de la encuesta, revela que el 76,2% (2011) de los encuestados afirma que se toman medidas analgésicas proactivas antes de realizar procedimientos o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños, mientras que el 23,8% (628) indica que no se implementan estas estrategias. Este hallazgo sugiere que existe una tendencia mayoritaria hacia la adopción de prácticas preventivas en el manejo del dolor pediátrico, alineándose con la importancia de la analgesia anticipatoria para reducir el sufrimiento y la ansiedad en los pacientes pediátricos.

Smith et al. (2021), coincide con los resultados actuales al destacar que la gestión proactiva del dolor en el contexto pediátrico no solo disminuye el dolor percibido durante los procedimientos, sino que también reduce la ansiedad asociada y mejora la experiencia global del paciente. El estudio enfatiza la necesidad de combinar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para optimizar los resultados, lo que respalda la práctica reportada por la mayoría de los encuestados.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Por otro lado, el 23,8% que señala la ausencia de medidas proactivas evidencia una brecha significativa en la atención, que podría estar relacionada con factores como la falta de protocolos estandarizados, limitaciones de recursos o desconocimiento de las guías, protocolos actuales. García y López (2023), subrayan que la anticipación y prevención del dolor son fundamentales para evitar el trauma psicológico y físico a largo plazo en los niños, y abogan por la necesidad de implementar estrategias analgésicas preventivas en todos los entornos pediátricos.

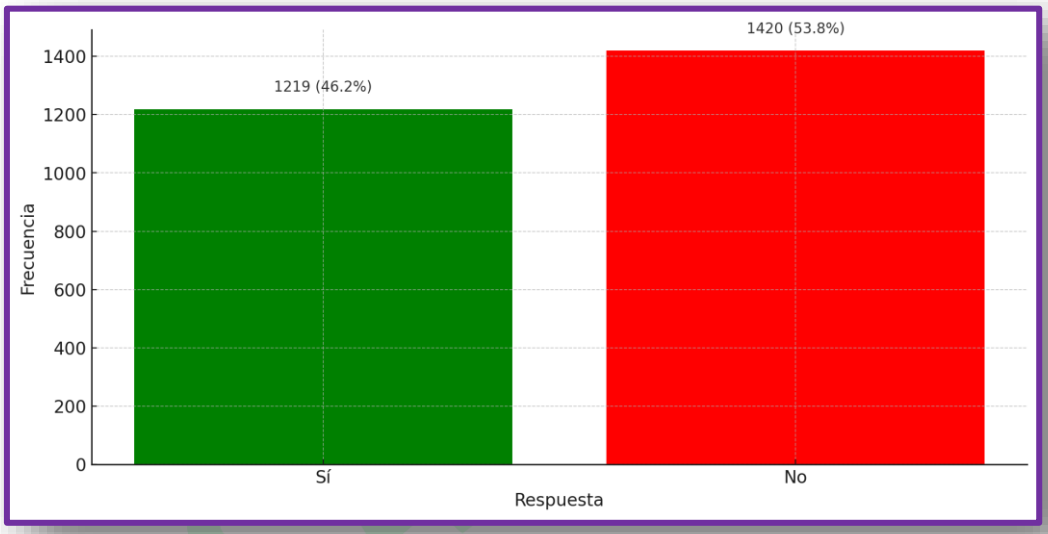
Finalmente, Chen et al. (2020) aportan evidencia de que la analgesia preventiva no solo disminuye las puntuaciones de dolor durante los procedimientos invasivos, sino que también reduce las respuestas fisiológicas de estrés en los niños, lo que puede traducirse en una recuperación más rápida y menos complicaciones posteriores. Estos datos refuerzan la necesidad de universalizar la práctica de la analgesia anticipatoria, especialmente considerando que aún una proporción relevante de profesionales no la implementa de manera rutinaria.

7.31. Q37-¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?

Pregunta	Sí	No
¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?	1219 (46.2%)	1420 (53.8%)

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



El análisis de los resultados de la encuesta, donde solo el 46,2% (1219), de los profesionales considera adecuada su formación en el manejo del dolor agudo en niños y el 53,8% (1420) la percibe como insuficiente, refleja una problemática persistente en el ámbito pediátrico. Este déficit formativo coincide con los resultados de García & López (2025), que identifica la falta de conocimientos y habilidades como una de las principales barreras para el diagnóstico, evaluación y tratamiento efectivo del dolor infantil. Según este estudio realizado en España, el déficit de formación es un obstáculo reconocido que contribuye al infra diagnóstico y tratamiento inadecuado del dolor en la práctica pediátrica diaria, lo que subraya la necesidad de reforzar la capacitación específica en este campo.

La adecuada formación en el manejo del dolor pediátrico debe incluir el conocimiento de herramientas de evaluación validadas según la edad, la aplicación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas, y la comprensión de las particularidades del dolor en la infancia (SATSE, 2025). Sin embargo, según Pérez & Ramírez (2019), señalan que aún existen mitos, creencias erróneas y lagunas en la formación que dificultan la implementación de protocolos efectivos como, la falta de formación continua y conjunta entre los diferentes profesionales sanitarios limita la adopción de intervenciones basadas en la evidencia y la actitud favorable hacia el tratamiento del dolor infantil.

La actualización y especialización en este ámbito es fundamental, ya que el manejo insuficiente del dolor agudo puede tener consecuencias negativas a corto y largo plazo, tanto en la percepción futura del dolor como en el desarrollo emocional del niño (SATSE, 2025). Cursos recientes y guías clínicas insisten en la importancia de integrar la formación teórica y práctica, incluyendo el uso de escalas apropiadas, la individualización del tratamiento y la prevención del dolor, para garantizar una atención pediátrica de calidad y centrada en el paciente (Sociedad Canaria de Pediatría, 2023), (Hospital Sant Joan de Déu, 2025).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Co-funded by the European Union

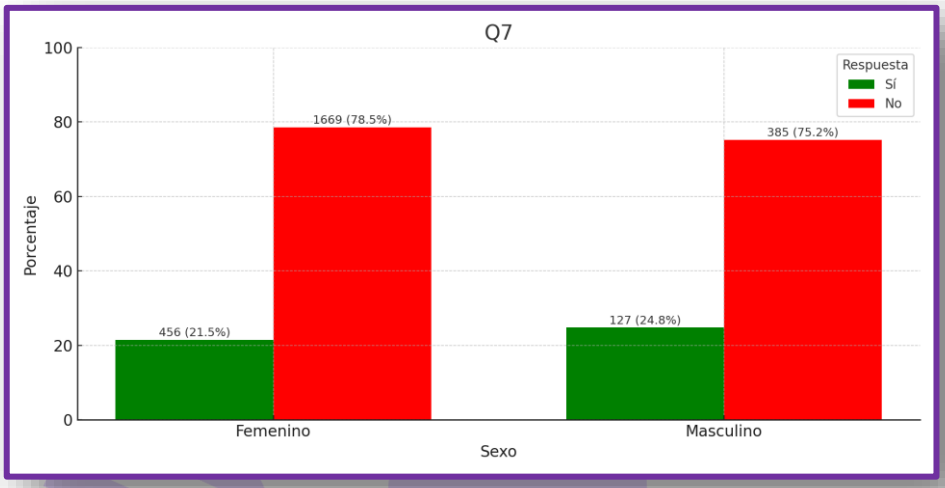
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

8. Segmentaciones por:

a. Sexo

Q7.- ¿Tiene hijos/as menores de edad?



Al segmentar las respuestas a la pregunta Q7 del cuestionario, obtenemos que existen diferencias en la proporción de personas con hijos/as menores en las personas que cumplimentaron el cuestionario.

La mayor parte de las personas, tanto mujeres como hombres, no tenían hijos menores de edad a su cargo, siendo un 78,5% mujeres y un 75,2% de los hombres quienes refirieron no tener hijos menores en el momento de cumplimentar el cuestionario.

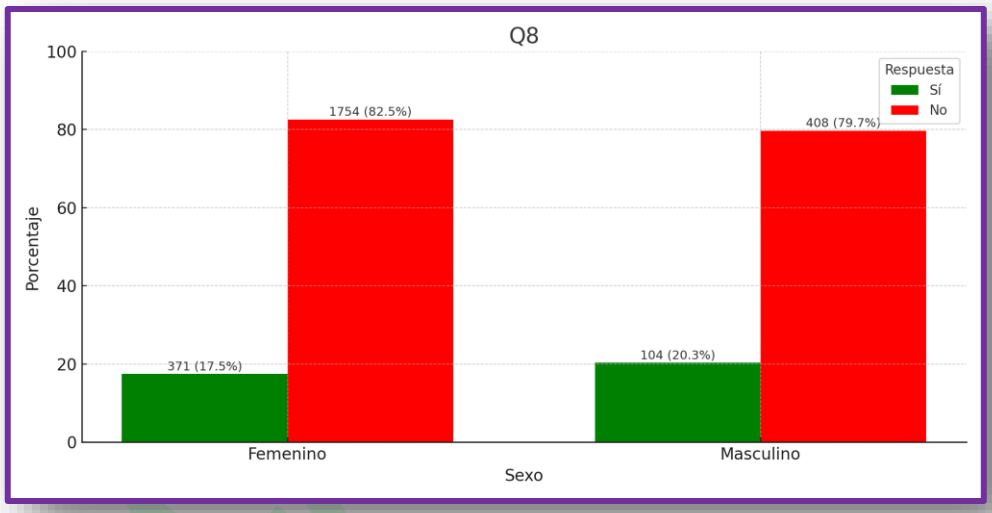
Sin embargo, una pequeña proporción de las personas encuestadas, 456 mujeres y 127 hombres si refirieron tener hijos/as menores en el momento de cumplimentar el cuestionario.

La amplia mayoría no tiene hijos/as menores lo cual es un dato relevante al contextualizar las respuestas del cuestionario especialmente en las cuestiones relacionadas con la percepción del dolor infantil, empatía o conocimientos sobre las necesidades específicas de los niños. Estas personas pueden tener una percepción crítica y exigente respecto al abordaje que se realiza en las instituciones sanitarias sobre el dolor infantil, al hacer vivido experiencias personales relacionadas con ello.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q8.- ¿Tiene personas mayores a su cargo?



Al segmentar la cuestión Q8 por sexos, obtenemos resultados similares a la pregunta anterior. La mayor parte de las personas encuestadas no tiene personas mayores a su cargo.

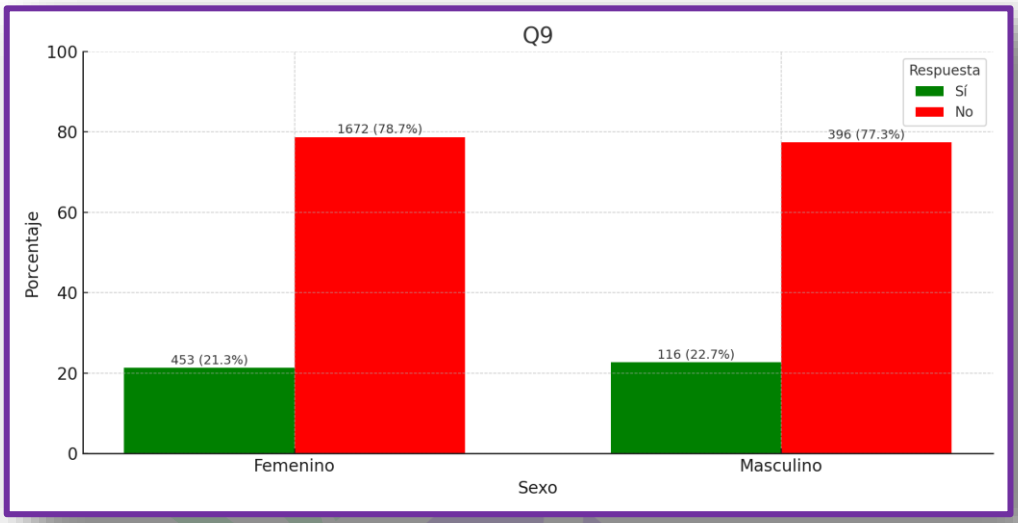
En concreto, solo un 17,5% de las mujeres y un 20,3% de los hombres cuenta con personas mayores a su cargo, sin concretar si son pertenecientes a su familia, amigos o allegados o si ejercen de cuidadores informales.

Aunque la diferencia entre sexos no es muy marcadas, los hombres muestran ligeramente en porcentaje una mayor implicación en este tipo de cuidados, lo que se puede relacionar con la distribución de las responsabilidades en el cuidado en hogares multigeneracionales. Por otro lado, puede que sea posible que estos hombres que cumplimentaron el cuestionario vivan con personas mayores por razones logísticas o económicas, aunque no ejerzan un rol activo como cuidadores principales.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q9.- ¿Tiene personas dependientes a su cargo?



Los porcentajes muestran que el 21,3% de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario tienen personas dependientes a su cargo y en el caso de los hombres lo reflejaron el 22,7% de los encuestados.

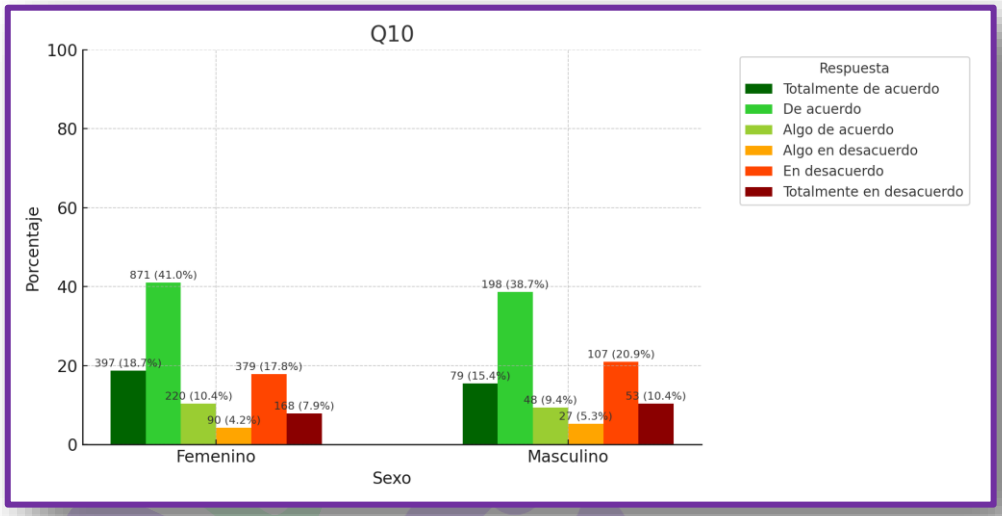
Este porcentaje resulta ser muy similar entre las proporciones divididas por sexos, lo cual indica que el grado de implicación de las personas, independientemente del sexo, es bastante similar, dentro del contexto de brindar atención a personas dependientes.

Este dato cobra relevancia al analizar la posible influencia que el rol de cuidador puede tener en la percepción y manejo del dolor infantil. Tener personas dependientes a cargo puede generar una mayor sensibilidad y empatía hacia el sufrimiento ajeno, lo que a su vez podría influir en una mayor conciencia sobre la importancia de la identificación y tratamiento adecuado del dolor en la infancia.

Además, el hecho de que estos porcentajes sean casi idénticos entre hombres y mujeres sugiere una distribución equitativa en las responsabilidades de cuidado, desafiando estereotipos tradicionales de género y destacando un compromiso compartido en el ámbito del cuidado familiar y social. Esto puede contribuir a enfoques más igualitarios y empáticos en la atención sanitaria, especialmente en contextos pediátricos.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q10.- Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.

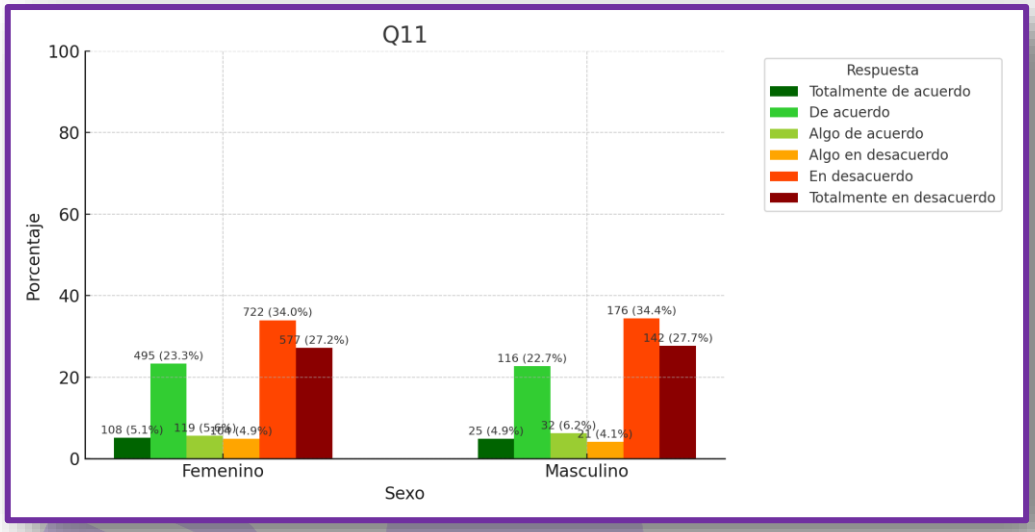


La respuesta a esta cuestión Q10 segmentada por sexo no ofrece demasiadas diferentes al comparar los resultados entre sexos.
El 41% de las mujeres se mostró “de acuerdo” en comparación con el 37,7% de los hombres que reflejaron la misma respuesta.

En cuanto a las personas que estaban “en desacuerdo” con dicha afirmación sobre valorar el dolor intenso de los niños basándose en la observación de los cambios en las constantes vitales, fueron un 4,2% las mujeres que se mostraron “algo en desacuerdo”, un 17,8% “en desacuerdo” y un 7,9% “totalmente en desacuerdo”. Sobre el bloque de los hombres, un 5,3% mostró estar “algo en desacuerdo”, un 20,9% “en desacuerdo” y un 10,4% “totalmente en desacuerdo”.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q11.- Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.



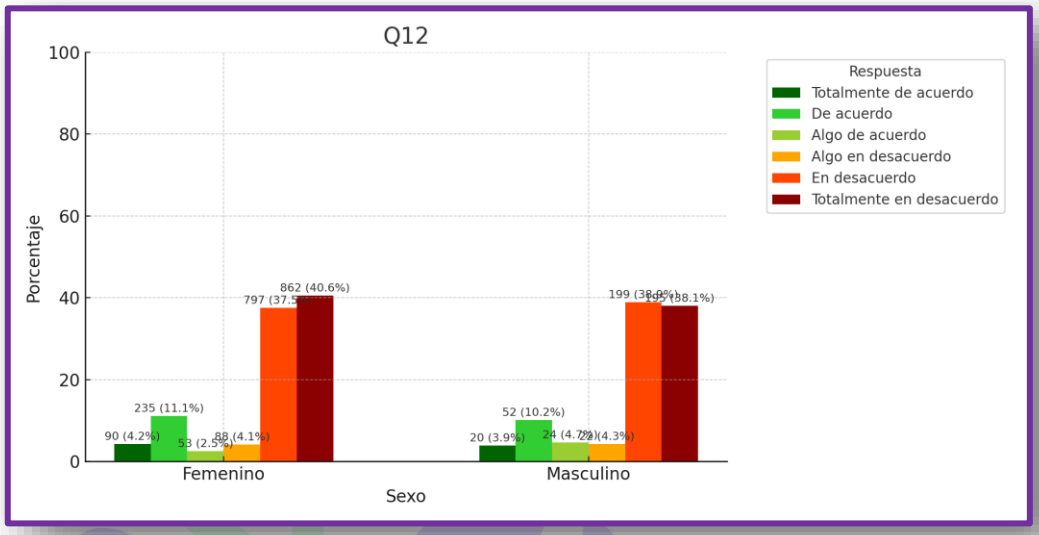
En cuanto a los resultados de la respuesta a la cuestión Q11, a amplia mayoría de los encuestados se sitúa en la posición “desacuerdo” frente a la afirmación sobre la capacidad y sensibilidad de los niños menores de 2 años de edad frente al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.
Solo un 5,1% de las mujeres y un 4,9% de los hombres se mostró “totalmente de acuerdo” con esta afirmación.

Sin embargo, el bloque de la oposición estuvo conformado por un 34% de mujeres “en desacuerdo” y un 27,2% de mujeres “totalmente en desacuerdo” junto a un 34,3% de hombres “en desacuerdo” y un 27,7% de hombres “totalmente en desacuerdo”.

Esto supone un enfoque hacia la humanización de la visión de la capacidad y sensibilidad de los recién nacidos con respecto al dolor.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q12.- Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.



Los resultados en la cuestión Q12 muestran un amplio desacuerdo en relación con la afirmación de que los estímulos similares causan la misma intensidad de dolor en niños/as diferentes.

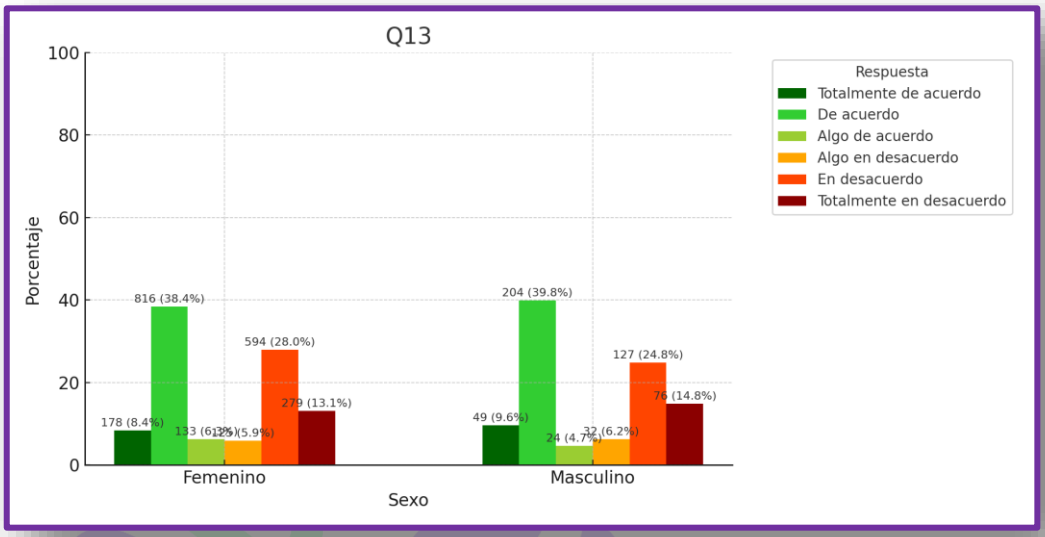
Tanto en bloque de mujeres como el de hombres se mostró ampliamente en desacuerdo con dicha afirmación, reportando un casi 80% de mujeres (37,5% “en desacuerdo” y un 40,6% “totalmente en desacuerdo”) y de forma similar en los hombres (38% “en desacuerdo” y un 38,1% “totalmente en desacuerdo”).

Estos resultados indican que la mayor parte de las personas encuestadas, ya sean hombre o mujer, tienen conciencia sobre que en la percepción del dolor no solo la intensidad es la variable que marca la capacidad de experimentar dolor, sino que existen numerosos factores que pueden afectar a los niños/as en sus experiencias dolorosas.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q13.- Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.



Los resultados a la pregunta Q13 muestran respuestas similares en la segmentación por sexos.

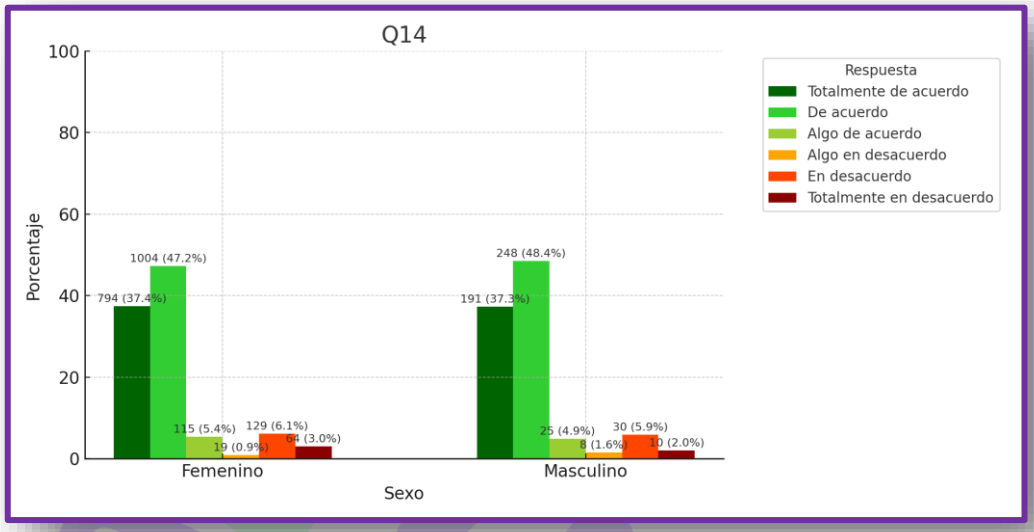
En cuanto a la sección femenina, un 8,4% se muestra “totalmente de acuerdo”, un 38,4% “de acuerdo”, 133 mujeres “algo de acuerdo”, un 5,9% “algo en desacuerdo” y un bloque conformado por el 41,1% de mujeres entre “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”.

En cuanto a la sección masculina, un porcentaje elevado se mostró “totalmente de acuerdo” (9,6%) o “de acuerdo” (casi 40%) mientras que un 24,8% se mostró “en desacuerdo” y un 14,8% “totalmente en desacuerdo”.

Los hombres presentan un ligero nivel de acuerdo superior a las mujeres en torno a esta afirmación, lo que puede sugerir que los hombres tienen más temor sobre el uso de los opioides en los bebés, posiblemente debido a una menor familiaridad con su uso clínico seguro.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q14.- Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.



Ambos sexos muestran elevado nivel de acuerdo con la afirmación Q14 sobre la administración de dosis individualizadas de analgesia tras una dosis inicial recomendada.

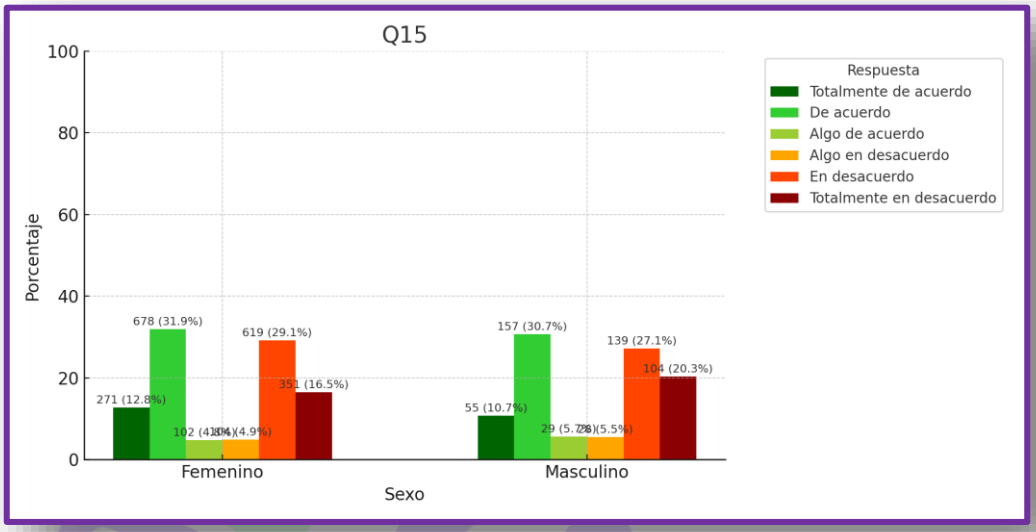
Un 37,4% de mujeres reflejó estar “totalmente de acuerdo” y un 37,3% de los hombres refirió estar “totalmente de acuerdo” frente al 6,1% de mujeres y 5,9% de hombres que reflejaron estar “en desacuerdo” con esta afirmación.

La diferencia entre sexos es ínfima sumando un 86,2% de mujeres en situación de acuerdo con la afirmación frente al 82,1% de los hombres, lo que denota que ambos grupos manifiestan una comprensión sobre el principio de individualización de los tratamientos y administración de medicación.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q15.- Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.



Las respuestas a la cuestión Q15 sobre el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, muestran una distribución heterogénea similar entre ambos sexos, donde predominan tanto la postura “de acuerdo” (31,9% de mujeres y 30,7% de hombres) frente a “en desacuerdo” (29,1% y 27,1%, respectivamente entre sexos).

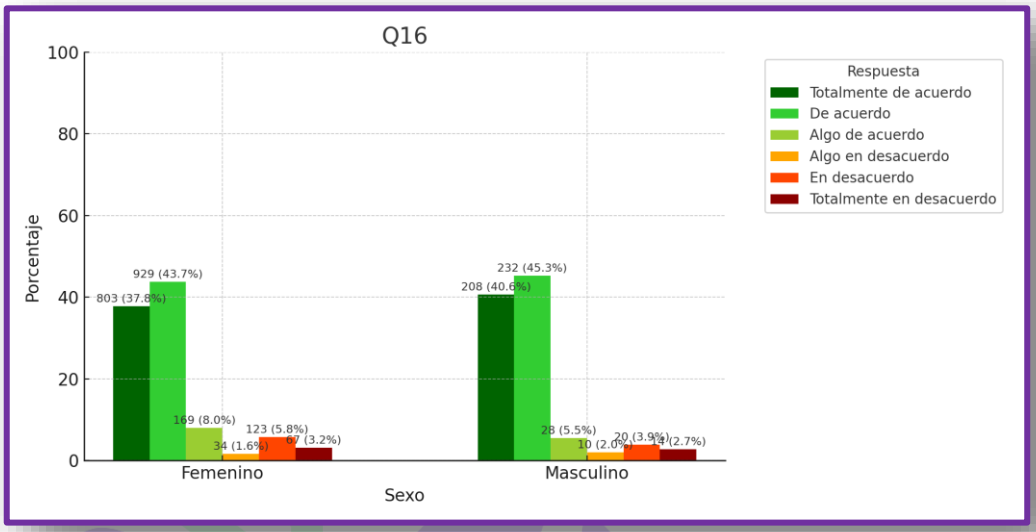
Estos resultados reflejan la polarización de opiniones entorno al uso de técnicas no farmacológicas de forma aislada en lugar de asociadas a técnicas más convencionales como son el uso de farmacoterapia.

Estos hallazgos pueden estar relacionados con el desacuerdo al uso de estas técnicas de forma aislada y la preferencia de utilizar enfoques combinados en la analgesia; aunque también resulta relevante conocer que muchas personas muestran esta de acuerdo con la afirmación, lo que podría tener influencia por los modelos de atención más jerarquizados o lineales dentro del abordaje del dolor.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q16.- El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.



Los hallazgos en la cuestión Q16 son positivos en cuanto a la posición de acuerdo con la afirmación planteada.

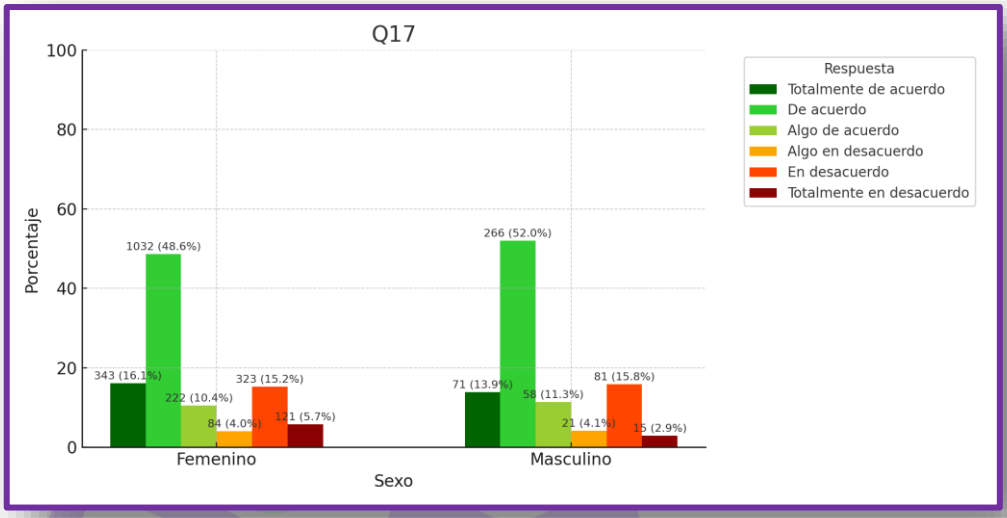
Tanto en el bloque de las mujeres donde más del 37% de ellas se muestra “totalmente de acuerdo” y más del 43% “de acuerdo” como en el de los hombres donde más del 40% se mostró “totalmente de acuerdo” y más del 45% “de acuerdo” con la afirmación planteada.

Esto puede explicarse debido a que ambos grupos están alineados con el modelo de atención biopsicosocial donde se reconoce la visión integral del dolor sobre todo en la población pediátrica, dando lugar a que el dolor puede verse influido tanto por factores biológicos como factores psicológicos y sociales.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q17.- Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.



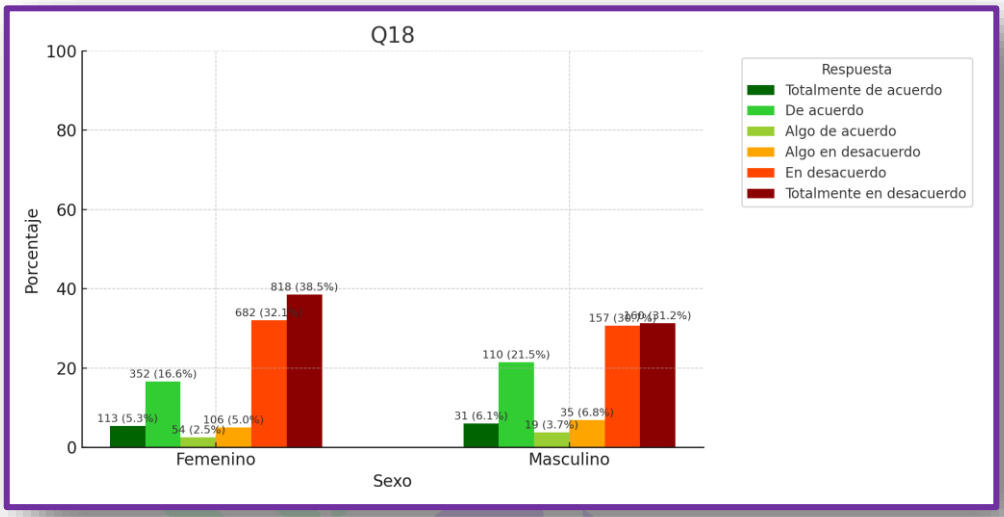
Los resultados entorno a la cuestión Q17 presentan que los hombres están ligeramente más de acuerdo con la afirmación (52%) frente a las mujeres (48,6%), lo que puede sugerir que ellos ven estas técnicas con un uso limitado y no las contemplan dentro del plano del abordaje del dolor más intenso.

A pesar de que la diferencia es pequeña, se plantea la necesidad de revisar la formación en cuanto a la efectividad de las técnicas no farmacológicas para concienciar al porcentaje que se muestra que se muestra de acuerdo con esta afirmación.

Además, se encuentran en desacuerdo en ambos grupos segmentados por sexos el 15,2% de las mujeres s “en desacuerdo” y el 2,9% de los hombres “totalmente en desacuerdo”, lo que puede explicarse porque estas personas conocen el grado de efectividad frente al dolor de las técnicas no farmacológicas o porque desconocen en general su eficacia de forma aislada.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q18.- Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.



En cuanto a los hallazgos segmentados por sexos en la cuestión Q18 sobre si los padres deberían de estar presentes en los procedimientos dolorosos o no, una gran mayoría de las personas, tanto mujeres (32,1%) como hombres (más del 36%) se encuentran “en desacuerdo” con la afirmación de que “los padres no deben estar presentes”.

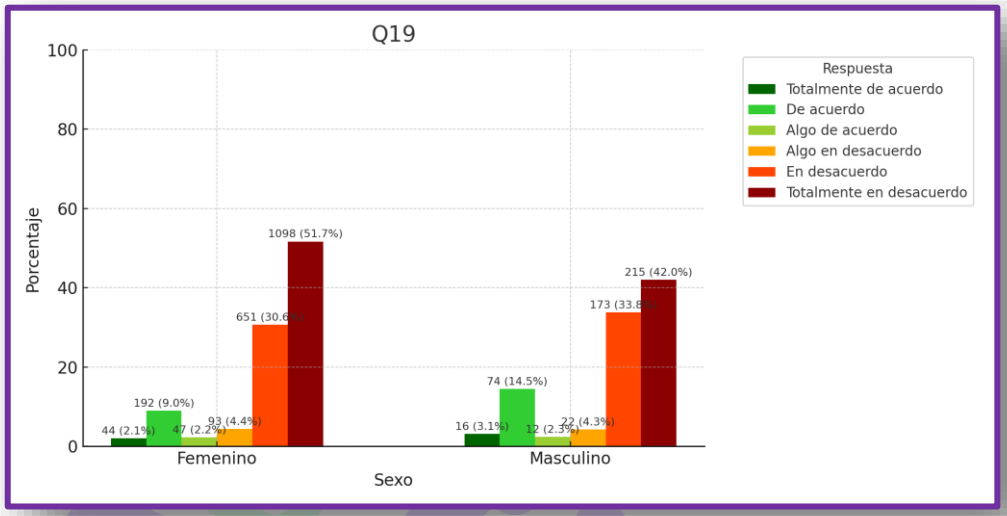
En contraposición, un pequeño porcentaje en ambos sexos (16,6% en mujeres y 21,5% en hombres) se posiciona “de acuerdo” a dicha afirmación.

Estos resultados generan debate aunque una mayor proporción de las personas que respondieron a esta pregunta dentro del cuestionario está en “desacuerdo” con esta afirmación, apoyando la decisión y/o necesidad de que los padres puedan acompañar a sus hijos/as pequeños/as antes, durante y después de los procedimientos dolorosos.

Los votantes “de acuerdo” de esta afirmación pueden estar relacionadas con la preocupación de que los padres sufran viendo dichos procedimientos o por la creencia de que esta presencia pueda influir en el desarrollo del mismo procedimiento.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q19.- Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.



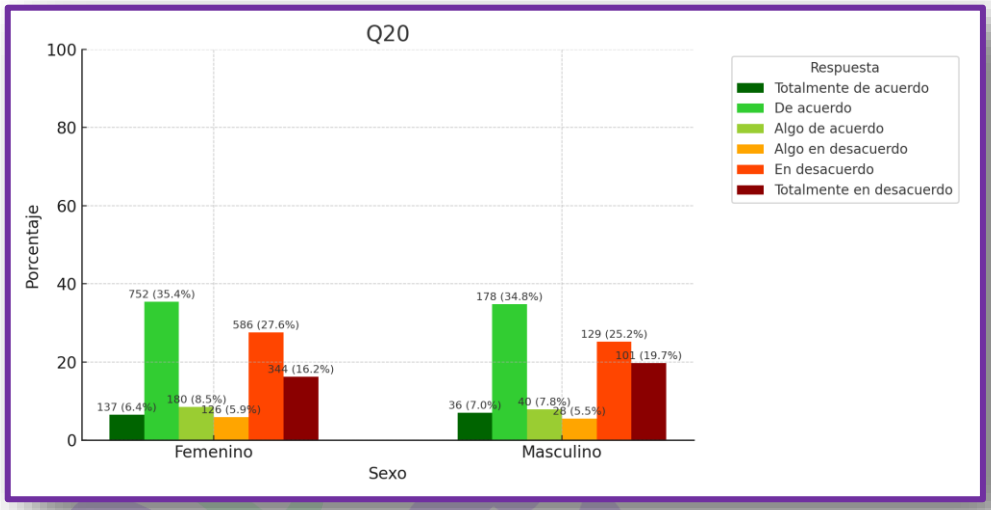
Los hallazgos en la cuestión Q19 muestran un amplio desacuerdo por parte de los votantes, tanto en el sector femenino (51,7% posicionadas en "totalmente en desacuerdo") como en el masculino (42%), aunque predomina el sector femenino defendiendo el desacuerdo en cuanto a la afirmación sobre que los niños deben ser alentados a soportar el dolor lo máximo posible antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.

Esto refleja en las mujeres una visión más humanizada en el cuidado del dolor pediátrico donde le sufrimiento innecesario no es justificado. Aunque los hombres están en su mayoría en "total desacuerdo" o "desacuerdo" (75,8%), el porcentaje que se encuentra "de acuerdo" con esta afirmación (14,5%) es superior que el aportado por el grupo de las mujeres (9%). Esto enfatiza la necesidad de formar a las personas en enfoques compasivos del dolor infantil para que no tome fuerza la influencia tradicional de tolerancia al dolor o la falta de sensibilización en estrategias de alivio del mismo.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q20.- Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.



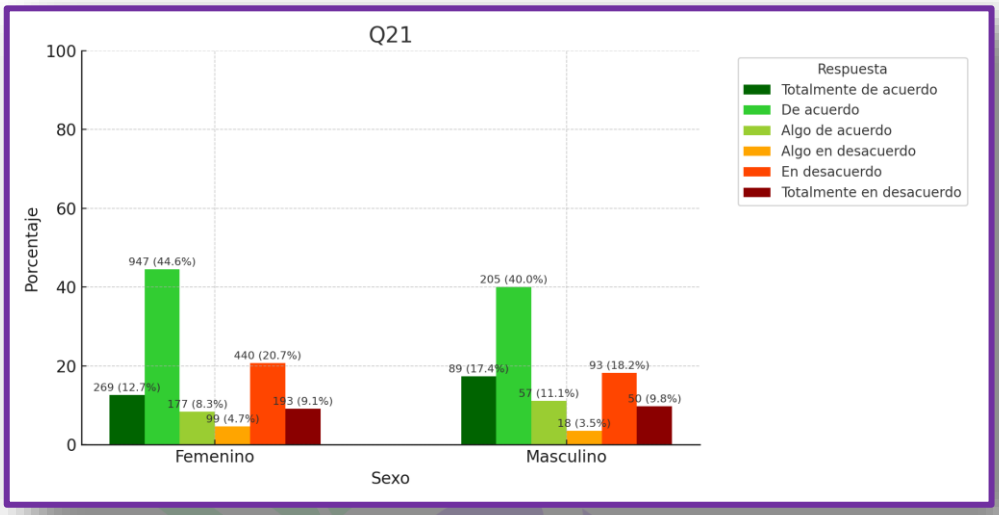
Sobre la cuestión Q20, se pueden observar en la segmentación por sexo, una distribución parecida entre hombres y mujeres.

El 6,4% de las mujeres se posiciona “totalmente de acuerdo”, el 35,4$ “de acuerdo”, el 8,5% “algo de acuerdo”, el 5,9% “algo en desacuerdo”, el 27,6% “en desacuerdo” y el 16,2% “totalmente en desacuerdo”.
El 7% de los hombres se posiciona “totalmente de acuerdo”, el 34,8% “de acuerdo”, el 7,8% “algo de acuerdo”, el 5,5% “algo en desacuerdo”, el 25,2% “en desacuerdo” y el 19,7% “totalmente en desacuerdo”.

La proporción de mujeres “totalmente de acuerdo” es ligeramente inferior que la presentada en el grupo masculino, de igual forma que el porcentaje de mujeres que se sitúa “totalmente de acuerdo” es también inferior al presentado en el sector masculino. Esto indica que los hombres están más en contra de emplear métodos placebo para corroborar la intensidad o determinar la veracidad del dolor en los niños.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q21.- Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.



Los hallazgos en la pregunta Q21 del cuestionario, reflejan que una amplia proporción de los votantes, tanto mujeres (44,6%) como hombres (40%) se sitúan “de acuerdo” con la afirmación de que los opioides pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.

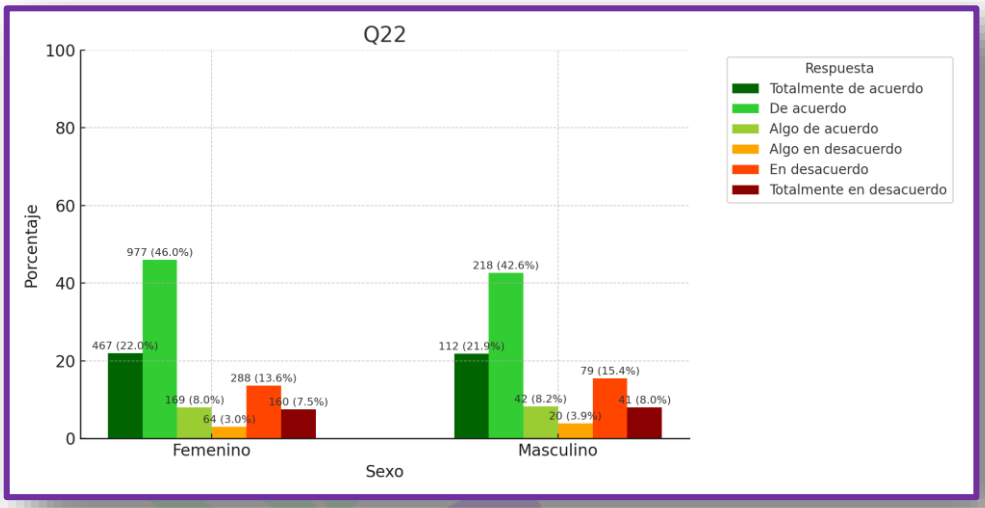
El 12,7% de mujeres se encuentra “totalmente de acuerdo” frente al 17,4% de hombres, lo cual se puede relacionar con el nivel de conocimientos desigual sobre las características de este grupo farmacológico y las preocupaciones que presenten frente al uso de los mismos dentro de la población pediátrica.

Estos resultados sugieren que persiste cierto grado de cautela, e incluso temor, en relación con el uso de opioides en niños, posiblemente influido por la percepción pública y profesional de los riesgos asociados a su administración. La leve diferencia entre sexos podría estar vinculada a experiencias previas, nivel de formación específica o acceso a información actualizada sobre el manejo seguro de estos fármacos. Además, este tipo de creencias puede impactar directamente en las decisiones clínicas, llevando en algunos casos a una infrautilización de tratamientos eficaces para el control del dolor en pediatría.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q22.- Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.



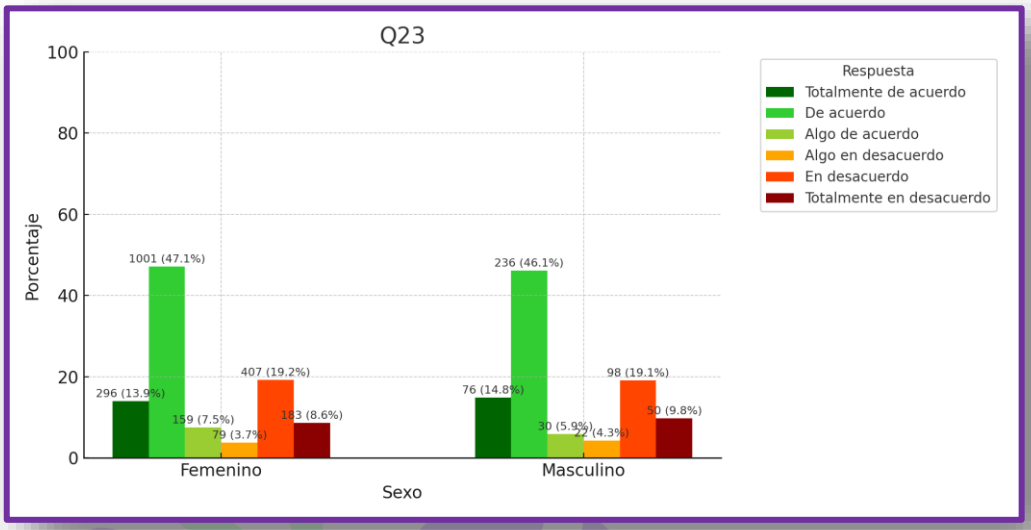
En cuanto a la pregunta Q22 sobre el conocimiento y la aplicación de escalas de valoración del dolor en los infantes, el 22% de las mujeres refleja estar "totalmente de acuerdo" de forma muy similar al 21,9% de los hombres. Esto es un buen indicador de conocimiento sobre la valoración del dolor pediátrico en ambos grupos, lo que sugiere que estas personas tienen conocimientos básicos en la materia como son la aplicación de escalas o cuestionarios estandarizados para valorar y evaluar la intensidad del dolor en los niños.

No obstante, un 13,6% de mujeres votó estar "en desacuerdo" y un 7,5% "totalmente en desacuerdo" junto a un 15,4% de hombres "en desacuerdo" y un 8% "totalmente en desacuerdo", lo que indica que también existen personas que no cuentan con estas nociones básicas o que, a pesar de conocerlas a un nivel teórico de formación, no conocen como aplicarlas en el entorno práctico asistencial.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q23.- Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)



La distribución de las respuestas de la cuestión Q23 sobre el conocimiento y aplicación de la escala lineal de tratamiento del dolor de los niños/as según la OMS es similar a la cuestión Q22.

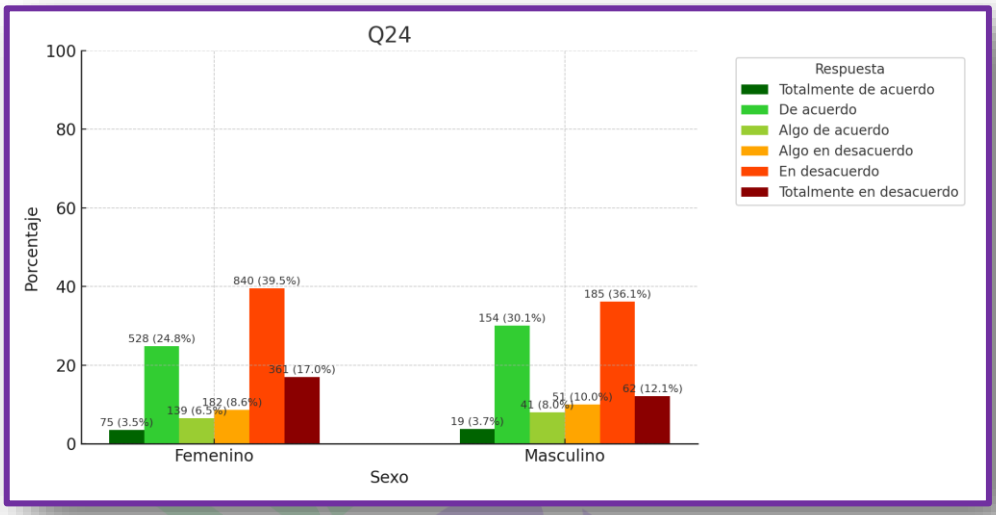
Prácticamente la distribución es similar entre ambos grupos, perteneciendo a la respuesta “de acuerdo” el porcentaje más alto en ambos sexos (47,1% en mujeres y 46,1% en hombres).

Esto sugiere que las personas que respondieron a esta cuestión dentro del cuestionario conocen y aplica las escala y el nivel pertinente para tratar el dolor en los niños. Pero, que un porcentaje no despreciable (19,2% en mujeres y 19,1% en hombres) desconoce como aplicar estas escalas para determinar qué tratamiento analgésico aplicar en la población pediátrica.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q24.- La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.



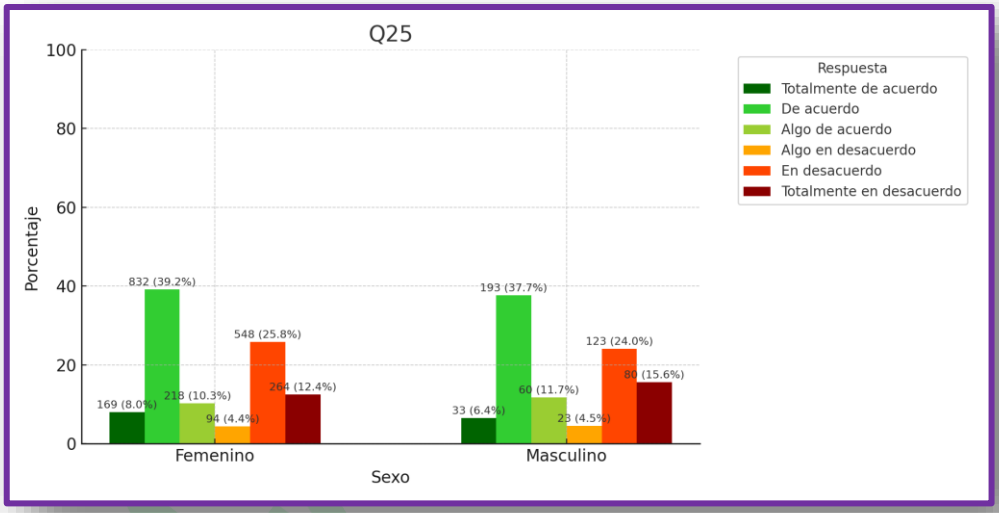
Las respuestas a la pregunta Q24 del cuestionario refieren que un gran porcentaje de mujeres (casi 40%) y un 36,1% de hombres están "en desacuerdo" con la afirmación de que la formación sobre dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente. Incluso un 17% de mujeres y un 12,1% se muestra "totalmente en desacuerdo" con la afirmación reflejada en esta pregunta.

Esto revela la necesidad creciente de ampliar los conocimientos y formación en el área de abordaje (incluyendo valoración, diagnóstico, tratamiento y evaluación) del dolor pediátrico.

A pesar de estos resultados, un porcentaje no despreciable también se posicionó "de acuerdo" con esta afirmación, concretamente fueron 528 mujeres y 154 hombres los que mostraron conformidad con esta afirmación, lo que se traduce con que están satisfechos con el nivel de contenidos que han adquirido durante su formación en materia de dolor pediátrico.
Esta conclusión puede ser controversial puesto que, conociendo las respuestas a otras preguntas, a nivel general se puede observar que los conocimientos no son tan amplios como debieran para poder abordar con soltura cuestiones básicas en cuanto a técnicas farmacológicas y no farmacológicas en el abordaje del dolor pediátrico.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q25.- Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.



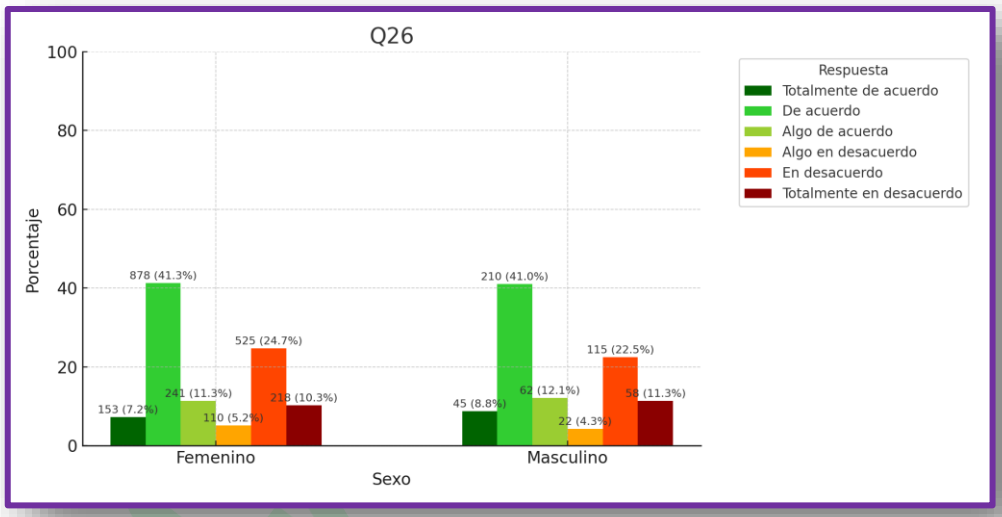
En cuanto a las respuestas a la pregunta Q25 del cuestionario sobre la identificación de signos precoces de dolor en recién nacidos, la distribución por sexos también resulta ser heterogénea.

Un 8% de las mujeres se sitúa “totalmente de acuerdo”, un 39,2% “de acuerdo”, un 10,3% “algo de acuerdo”, un 4,4% “algo en desacuerdo”, un 25,8% “en desacuerdo” y un 12,4% “totalmente en desacuerdo”.
Un 6,4% de las mujeres se sitúa “totalmente de acuerdo”, un 37,7% “de acuerdo”, un 11,7% “algo de acuerdo”, un 4,5% “algo en desacuerdo”, un 24% “en desacuerdo” y un 15,6% “totalmente en desacuerdo”.

Más de una cuarta parte de mujeres y hombres ha referido estar en desacuerdo con esta afirmación, lo que confirma que es necesario ampliar la formación en materia de valoración y detección de dolor en recién nacidos.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q26.- Sé cómo actuar ante el dolor agudo en niños/as.



En cuanto a los hallazgos de las respuestas a la pregunta Q26 sobre si sé actuar ante el dolor agudo en niños/as, el 59,8% de las mujeres afirman conocer cómo identificarlos frente al casi 62% de los hombres.

Ambos grupos presentan niveles considerables de inseguridad o "desacuerdo" frente a la afirmación de conocer como actuar ante el dolor agudo en los niño/as con un 24,7% de las mujeres y un 22,5% de los hombres "en desacuerdo" y un 10,3% y 11,3% en "totalmente en desacuerdo", respectivamente.

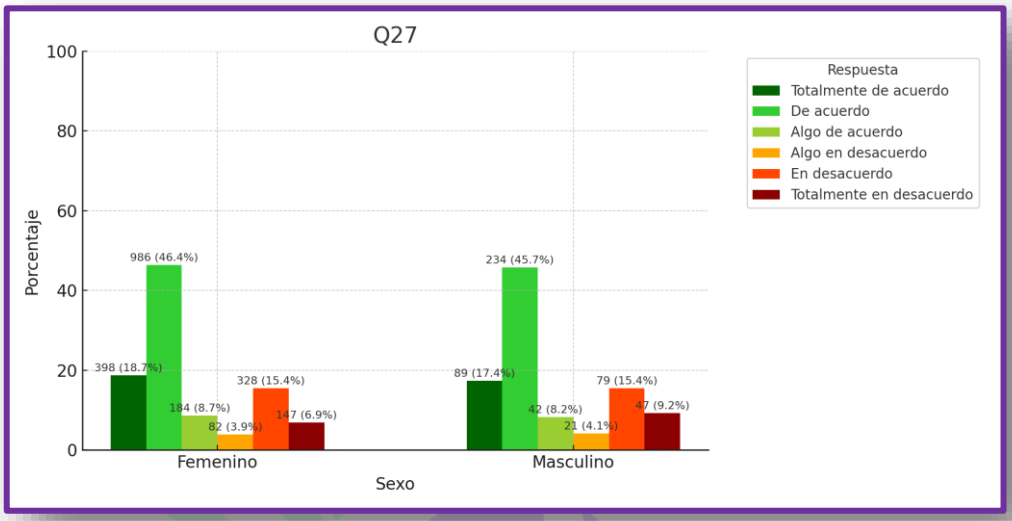
Estos resultados alarman y por ello, en este sentido, es necesario ampliar los conocimientos en detección de signos y síntomas de dolor en aquellas personas que no pueden expresarlo de forma exacta de forma verbal u otras formas que un adulto si pudiera.

Por ello, se hace imprescindible reforzar la formación específica sobre el abordaje del dolor agudo en la infancia, especialmente en lo relativo a la evaluación en pacientes no verbales, donde la observación clínica detallada y el uso de escalas adaptadas son herramientas clave para garantizar una atención segura y humanizada.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q27.- Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.



La gran mayoría de personas, tanto mujeres (46,4%) como hombres (45,7%) mostró estar "de acuerdo" con la afirmación de que se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas que puedan generar potencialmente dolor en la población pediátrica. Además, un 18,2% de mujeres se mostró "totalmente de acuerdo" con dicha afirmación y un 17,4% de los hombres mostró estar también "totalmente de acuerdo".

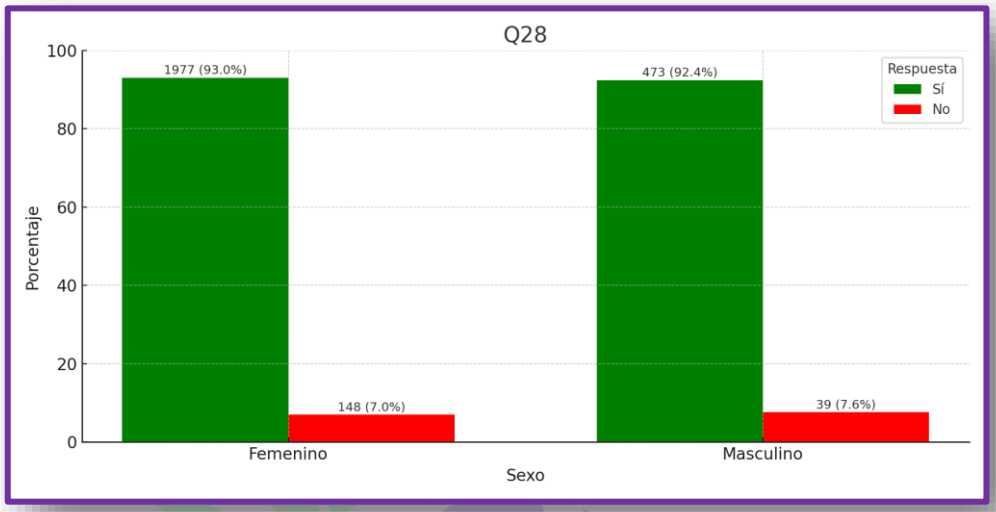
Solo un 6,9% de las mujeres que respondieron al cuestionario y un escaso 10% de los hombres estuvo "totalmente en desacuerdo" con dicha afirmación.

Esto puede guardar relación con la tolerancia propia al dolor y percepción del mismo y de la gravedad de las pruebas complementarias que se realicen de cada persona, que puede influir en la percepción que tienen frente a la que pueden sentir los pacientes pediátricos.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q28.- ¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?



En cuanto a la pregunta Q28 del cuestionario, la mayoría de las personas encuestadas, entorno al 93% de mujeres y de hombres, mostró estar de acuerdo con la pregunta planteada.

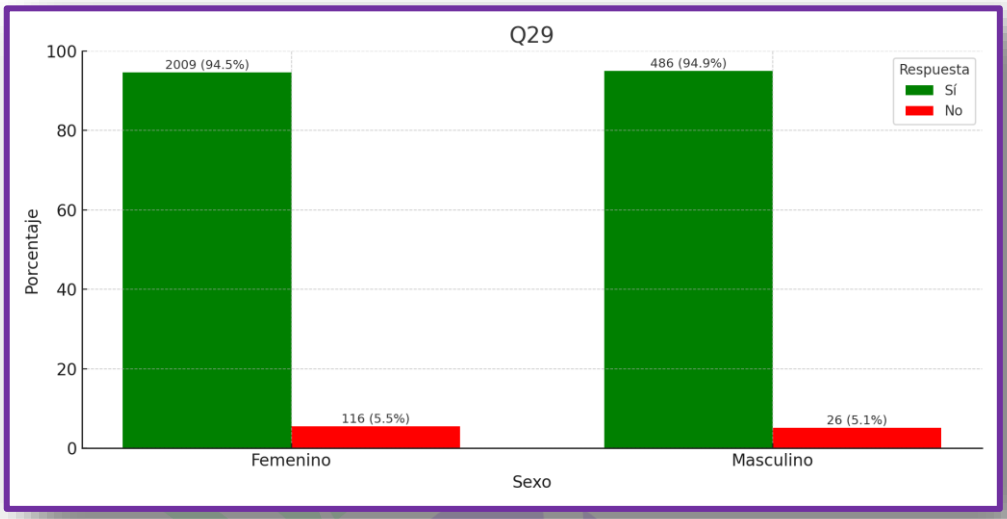
Este hecho denota un enfoque humanista dentro de la percepción del dolor que sufren los niños al reconocer que estas personas también tienen capacidad memorística en torno a los episodios dolorosos sufridos en la infancia.

Solo un 7% de mujeres y un 7,6% de hombres se mostró en la oposición en relación a esta afirmación, lo cual puede estar influenciado por corrientes tradicionales.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q29.- ¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?



En cuanto a las respuestas a la cuestión Q29, tanto un gran porcentaje de mujeres como de hombres (aproximadamente el 95% de hombres y mujeres), se posicionó de acuerdo a dicha afirmación, lo que confirma que la población ha tomado conciencia sobre la importancia que tiene el control de síntomas, especialmente el dolor, y su impacto dentro del desarrollo de la posterior personalidad adulta.

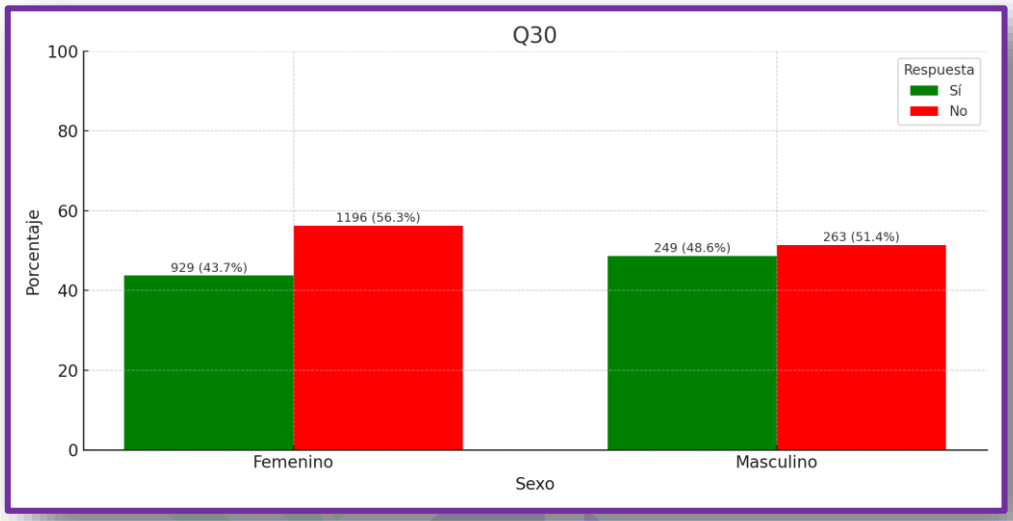
La ausencia de diferencias significativas entre sexos conlleva que la sensibilización en torno a las consecuencias que el dolor puede generar a nivel emocional y psicológico ha calado de forma transversal entre todas las personas encuestadas.

Este reconocimiento es positivo ya que implica un conocimiento básico común esencial para poder desarrollar prácticas clínicas centradas en el bienestar del paciente pediátrico, sin importar el sexo de la persona que le trate.

Además, este consenso generalizado puede favorecer una mayor coherencia en los equipos multidisciplinares a la hora de diseñar estrategias de manejo del dolor en la infancia. Contar con una base común de creencias y conocimientos facilita la implementación de protocolos y guías clínicas efectivas. Asimismo, promueve una cultura de atención más empática y centrada en el niño, reconociendo que el alivio del dolor no solo mejora el presente, sino que también previene consecuencias negativas en su desarrollo emocional futuro.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q30.- ¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?



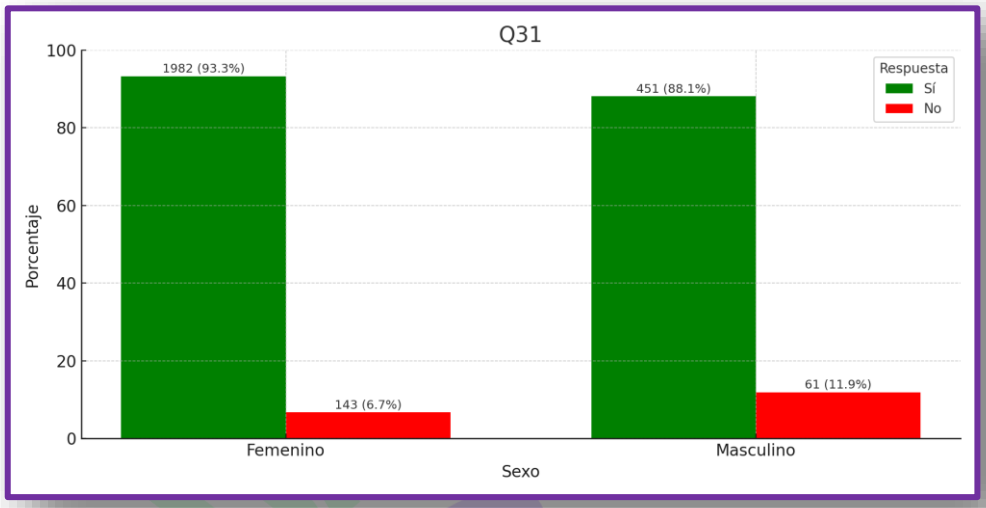
Los hallazgos en la pregunta Q30 del cuestionario sobre si el dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca, muestra que, según la mayoría de las personas encuestadas, independientemente del sexo, considera que el dolor no siempre es proporcional a la magnitud de la lesión. Sin embargo, los hombres parecen inclinarse ligeramente a la tendencia de que si hay una correspondencia directa (48,6%) frente a esta creencia en el bloque de las mujeres (menor del 44%).

Este hallazgo se corresponde a la evidencia actual que sugiere que el dolor y su intensidad no solo se relaciona con la magnitud de la lesión, sino que pueden influir una variedad de factores adicionales, así como, no existir una lesión real sino una potencial que ya genere dolor.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q31.- ¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?



Los hallazgos en la cuestión Q31, reflejan que la mayoría de encuestados, tanto hombres como mujeres, están de acuerdo con que es útil explicar a los/as niños/as qué se les va a realizar.

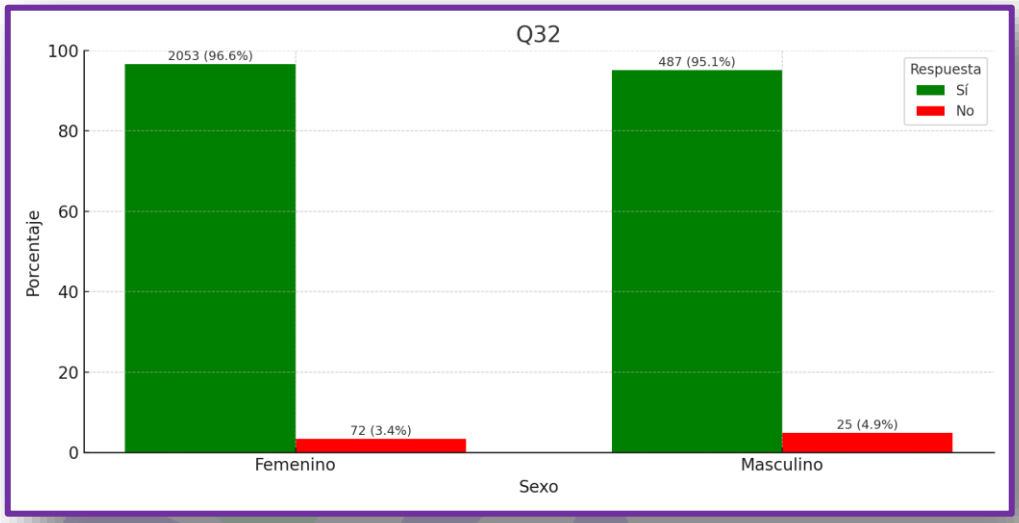
Seguramente esta opinión esté fundamentada en que, de esta manera, es posible que la ansiedad e incertidumbre de estos pacientes disminuya al conocer qué procedimientos se les va a realizar.

Ligeramente el sector masculino es superior al femenino en la oposición con un 11,9% frente a la mitad de las mujeres (6,7%).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q32.- ¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?



En cuanto a los hallazgos sobre la pregunta Q32 sobre si el dolor interfiere en los niños con sus actividades curriculares y extraescolares en mayores de 6 años, la mayor parte de las personas encuestadas se sitúa de acuerdo con la afirmación.

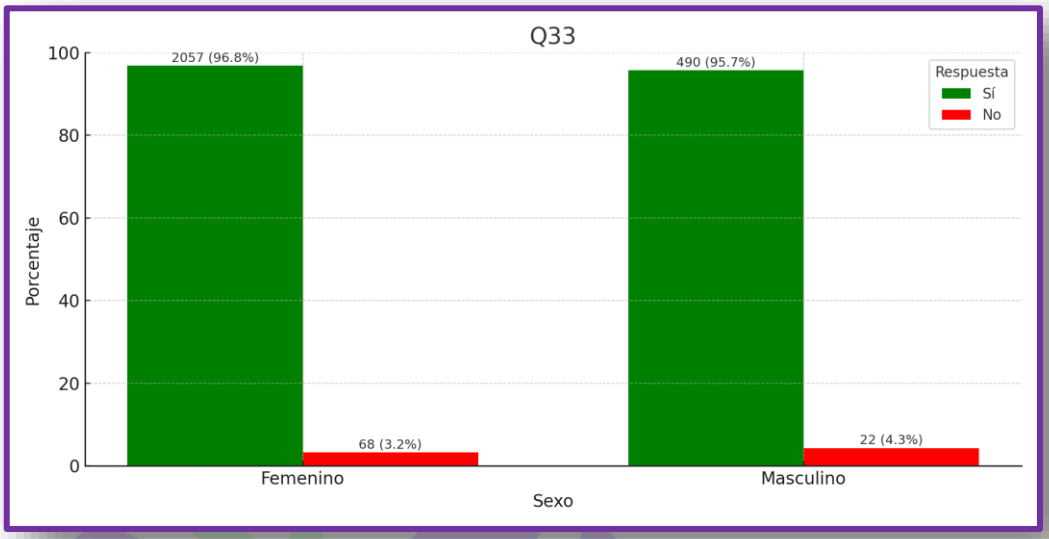
Esta respuesta ofrece la visión de que, tanto mujeres (96,6%) como hombres (95,1%) consideran que el dolor puede afectar al desempeño del día a día de los pacientes pediátricos, impidiéndoles realizar con normalidad sus actividades cotidianas y extraescolares, limitando así, su disfrute y poder realizar con normalidad tareas tan cotidianas como ir al colegio, disfrutar del ocio y del juego con los compañeros, etc.

Suman en total más de 2000 mujeres y casi 500 hombres los que se han mostrado de acuerdo en relación con este tema, lo que es positivo, ya que muestra una toma de conciencia con respecto al impacto y la gravedad del mismo en las vivencias de la infancia de los pacientes pediátricos que sufren tanto dolor agudo como crónico.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q33.- ¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?



Los hallazgos encontrados en las respuestas a la pregunta Q33 reflejan un extremado acuerdo con respecto a la afirmación de que el dolor afecta a la interacción social de los niños.

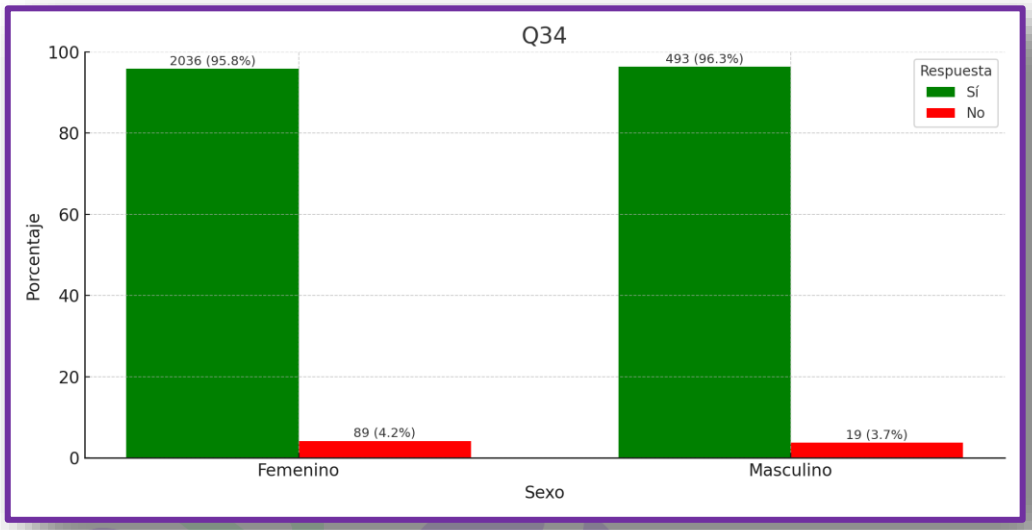
Un 96,8% de las mujeres y un 95,7% de los hombres refleja estar de acuerdo. El hecho de que el nivel de acuerdo sea similar entre géneros sugiere que esta idea está profundamente arraigada en el conocimiento básico sobre desarrollo infantil, independientemente del sexo de quien responde.

Esto podría reflejar también la influencia de la evidencia en ciertos aspectos y la creciente sensibilización sobre las consecuencias del dolor prolongado en la infancia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q34.- ¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?



Los hallazgos sobre la cuestión Q34 muestran un acuerdo general entre ambos sexos, mujeres y hombres, con relación a si el dolor influye en la elección del niño de las actividades sociales o recreativas.

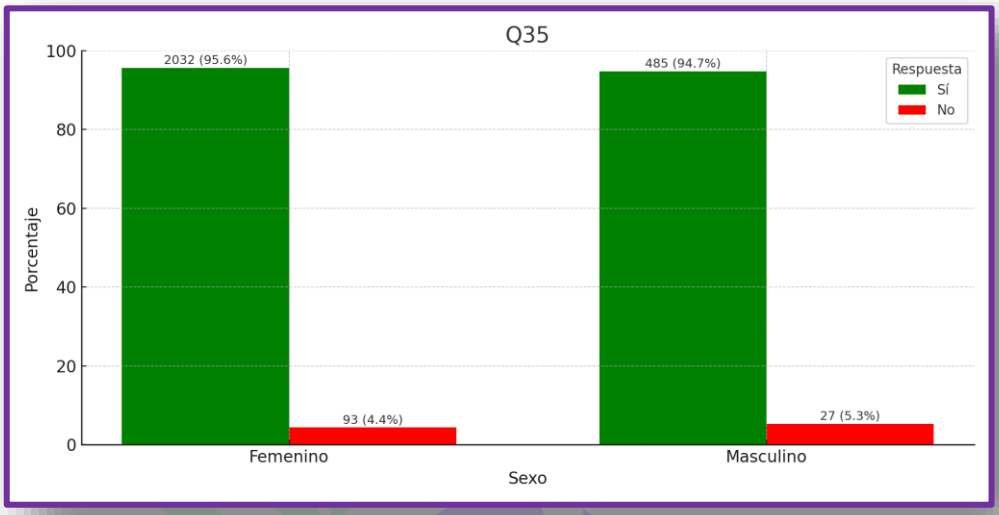
Tanto el 95,8% de las mujeres como el 96,3% de los hombres mostró estar de acuerdo con la afirmación, lo que refuerza la importancia de integrar un abordaje multidisciplinar en el manejo del dolor pediátrico, no solo centrado en la dimensión clínica, sino también en las repercusiones emocionales y sociales.

La unanimidad de las respuestas subraya la necesidad de conocer estrategias de apoyo que permitan tanto a mujeres como hombres poder ayudar a los niños a mantener sus vínculos sociales y disfrutar las actividades acordes a su desarrollo, incluso en contextos de dolor

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q35.- ¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?



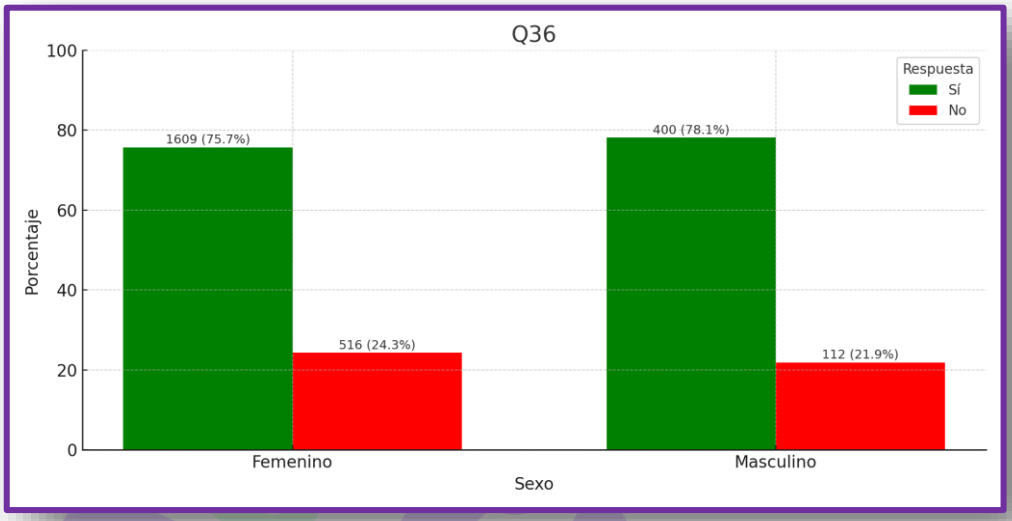
Los resultados en torno a la cuestión Q35 sobre si el dolor puede afectar al desarrollo cognitivo y emocional de los niños/as muestra que la gran mayoría de los participantes que respondieron el cuestionario está de acuerdo con la afirmación, siendo un total de 2032 mujeres y de 485 hombres, quienes reflejaron estar de acuerdo con la afirmación.

Una amplia mayoría de personas encuestadas, tanto mujeres como hombres, reconoció el dolor no solo como síntoma físico sino como un factor que impacta dentro del desarrollo integral de los niños. Además, su influencia se extiende más allá de la dimensión fisiológica, afectando al proceso de maduración a nivel emocional, psicológico y cognitivo, reforzando la importancia de la visión holística dentro del manejo del dolor infantil, considerando sus efectos en el bienestar y desarrollo.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q36.- ¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?



La mayoría de las personas encuestadas respondieron que si consideraban que se implementan las medidas analgésicas necesarias antes de los procedimientos traumáticos en niños (reflejado en la cuestión Q36 del cuestionario).

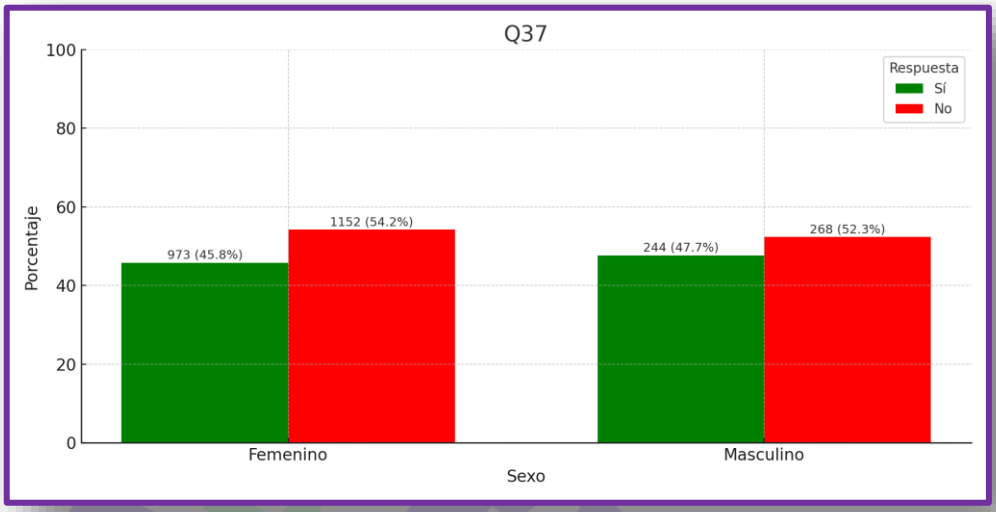
Los hombres mostraron mayor nivel de acuerdo de forma ligera (78,1%) con respecto a las mujeres (75,7%), lo que podría sugerir diferencias en la percepción o experiencias en la aplicación de analgesia pediátrica.

La brecha de género, aunque pequeña, puede resultar un factor relevante para evaluar posibles discrepancias en la implementación de estrategias de manejo del dolor, reflejando que quizás las mujeres perciben en la práctica diaria una deficiencia en la administración proactiva de analgesia, quizá por una exposición directa a la variabilidad de aplicación de protocolos clínicos.

El consenso mayoritario sobre el uso proactivo de analgesia es alentador, pero la existencia de un porcentaje significativo que no lo considera suficiente resalta la necesidad de reforzar protocolos, capacitación y evaluación de impacto en la calidad asistencial.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q37.- ¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?



Los resultados a la cuestión Q37 muestran que, más de la mitad de las mujeres (54,2%) y de los hombres (52,3%) están en desacuerdo con la afirmación de que la formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz.

La diferencia entre sexos es mínima, lo que sugiere que la insatisfacción con la formación es un problema transversal. Sin embargo, la tendencia de los hombres a percibirla ligeramente mas adecuada podría indicar una diferencia entre las experiencias profesionales o el nivel de exposición a situaciones de manejo de dolor infantil.

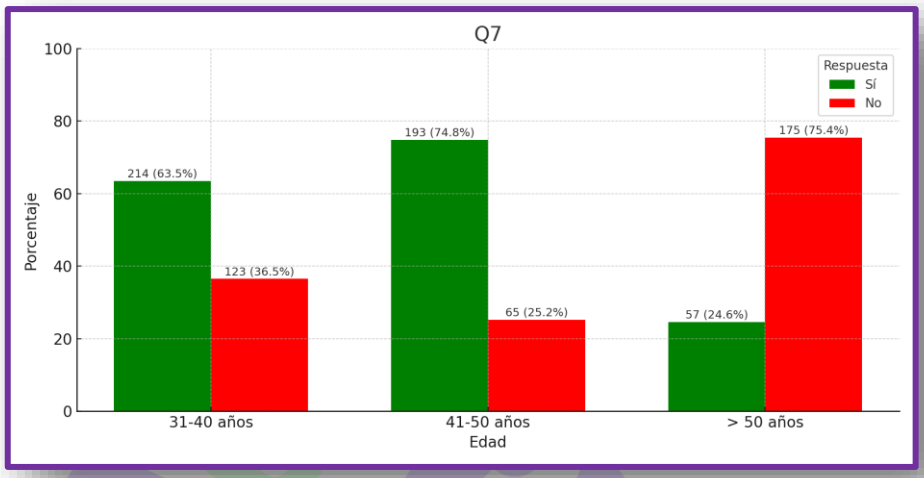
Este hallazgo subraya de nuevo la necesidad crítica de fortalecer la formación en el manejo del dolor infantil.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

b. Edad

Q7.- ¿Tiene hijos/as menores de edad?



La cuestión Q7 del cuestionario pertenece a los datos sociodemográficos de las personas que han cumplimentado el cuestionario, concretamente con la responsabilidad de tener hijos/as menores de edad a su cargo.

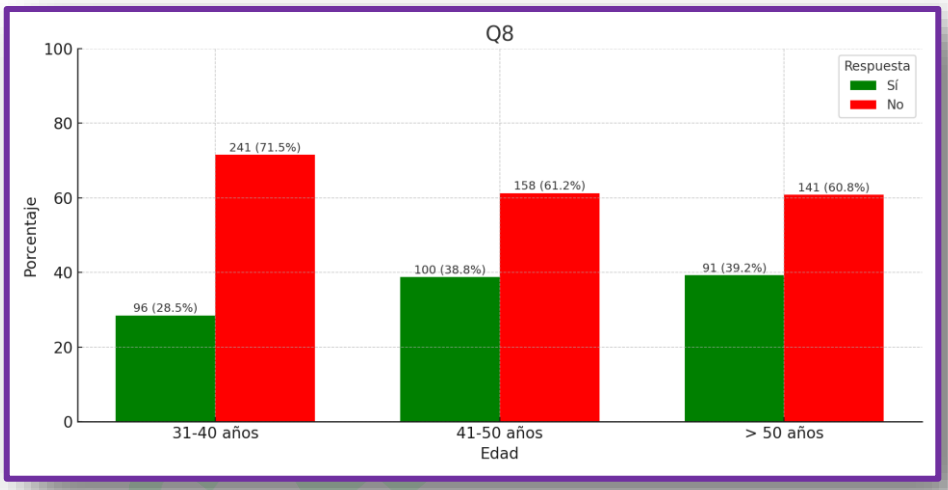
Existe una relación directa entre la edad y la probabilidad de tener hijos menores. El grupo de edad con hijos con mayor proporción resulta ser el rango de edad de 31-40 años (63,5%) y de 41-50 años (74,8%). El grupo con menor proporción de hijos menores es el de mayores de 50 años.

Los encuestados más jóvenes pueden tener una experiencia más cercana a la crianza de los niños, lo que puede influr en su sensibilidad hacia el dolor pediátrico. Esta experiencia personal puede hacerlos más proactivos en el alivio del dolor infantil en comparación con grupos de edad que no tengan hijos menores de edad o con sus propios compañeros de misma edad, pero sin hijos menores de edad.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q8.- ¿Tiene personas mayores a su cargo?



La pregunta Q8 se relaciona con los datos sociodemográficos de las personas encuestadas, concretamente con la responsabilidad de tener personas mayores a su cargo.

La carga del cuidado aumenta con respecto a la edad. El grupo de edad con mayor proporción de personas mayores a su cargo es el rango de edad de mayores de 50 años (39,2%), el rango de 41-50 años (38,8%) y el rango de edad de 31-40 años (28,5%).

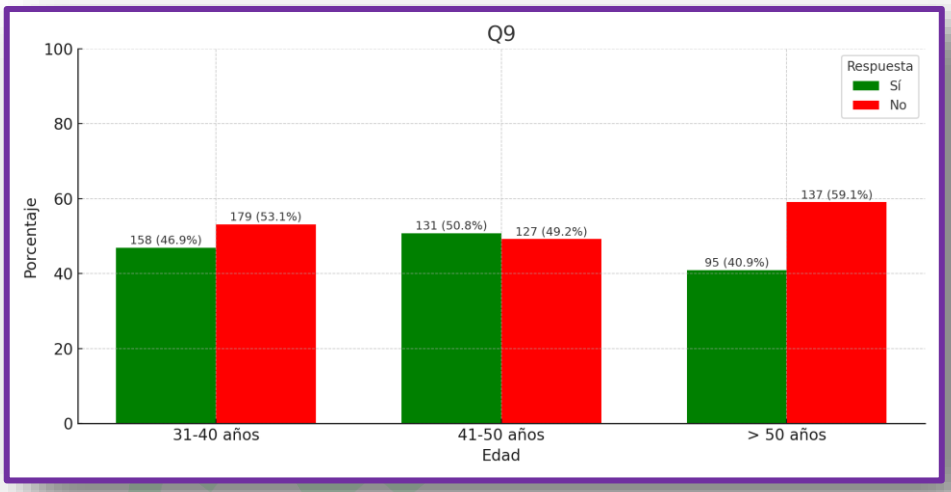
Los profesionales de mediana edad tienen un doble desafío al ser responsables del cuidado infantil y de personas mayores (como se puede observar en la cuestión anterior).

Esto puede influir en sus percepciones sobre la importancia de la atención humanizada y el manejo del dolor en diferentes poblaciones de edad, especialmente, en la pediátrica.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q9.- ¿Tiene personas dependientes a su cargo?



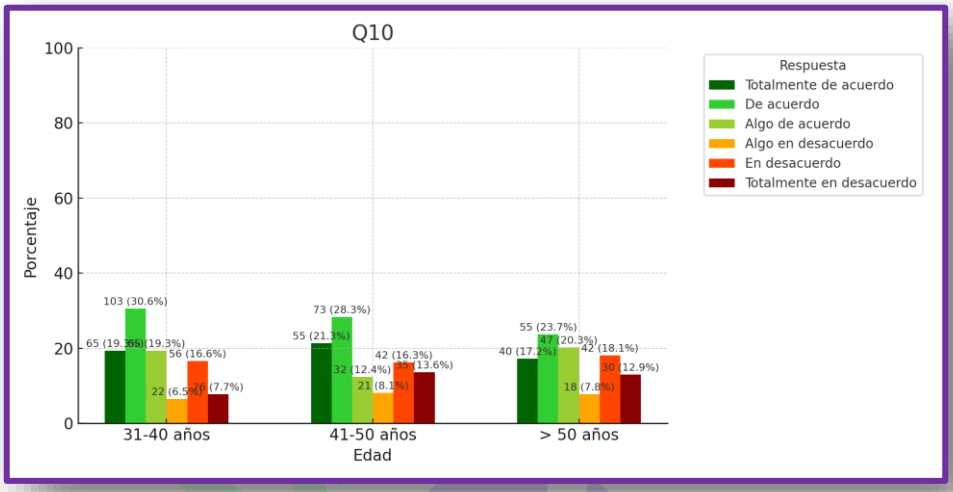
Los resultados en la pregunta Q9 reflejan que las personas pertenecientes al grupo de edad de 31-40 años, concretamente, el 46,9% tienen a personas dependientes a su cargo. En los otros grupos de edad tanto el 50,8% de las personas de edades comprendidas entre 41-50 años y el 40,9% de más de 50 años refieren tener personas dependientes a su cargo también.

Los encuestados con carga de cuidado puede que muestren una mayor empatía hacia el sufrimiento infantil y pueden verse influenciadas de cara a priorizar estrategias de analgesia efectiva. Es posible que, también, aquellas personas que no tienen personas dependientes a su cargo (el 53,1% de personas de 31-40 años, el 49,2% de 41-50 años y el 59,1%) tengan una visión más biomédica que se centre en la valoración de signos clínicos y no comprenda la subjetividad de cada niño/a.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q10.- Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.



La mayor parte de las personas encuestadas pertenecientes al grupo de edad más joven parece aceptar la afirmación de la pregunta Q10 “para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales” mientras que las respuestas en la franja de edad de mayores de 50 años presenta una distribución de opiniones más diversa.

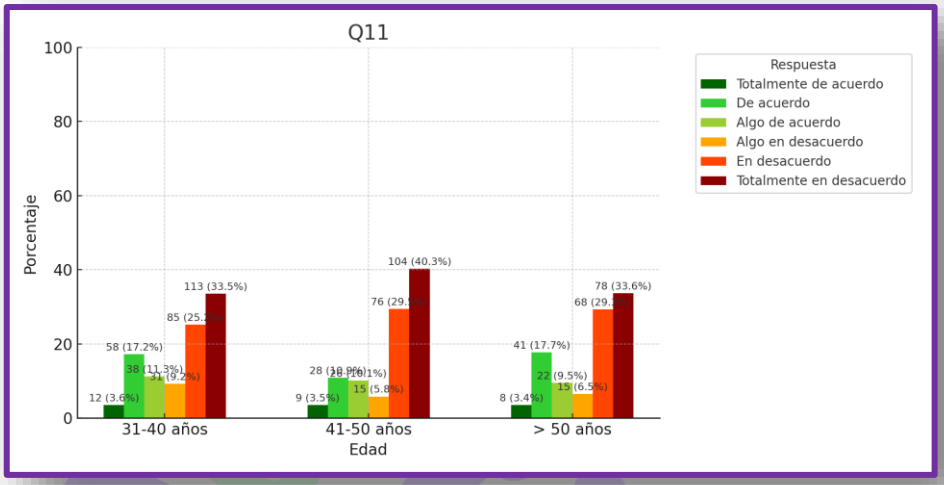
Dentro de la franja de edad de mayores de 50 años las opiniones se dividen en 17,2% “totalmente de acuerdo”, 23,7% “de acuerdo”, 20,3% “algo de acuerdo”, 7,8% “algo en desacuerdo”, 18,1% “en desacuerdo” y 12,9% “totalmente en desacuerdo”.

La mayor parte de los encuestados aún así acepta parcialmente la afirmación, aunque los grupos más jóvenes tienden a reconocer otros indicadores más allá de los cambios en las constantes vitales, lo cual es positivo para evidenciar que los profesionales jóvenes están integrando enfoques más holísticos en la valoración del dolor.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q11.- Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.



El rechazo de la afirmación de la cuestión Q11 “debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas” entre todos los grupos de edad es uniforme, lo que indica una comprensión profunda sobre el impacto del dolor en el desarrollo infantil.

El 33,5% de las personas de edades comprendidas entre los 31-40 años está “totalmente en desacuerdo” de igual forma que el 40,3% de los participantes de la franja de edad de 41-50 años y el 33,6% de las personas pertenecientes al grupo de edad mayor de 50 años.

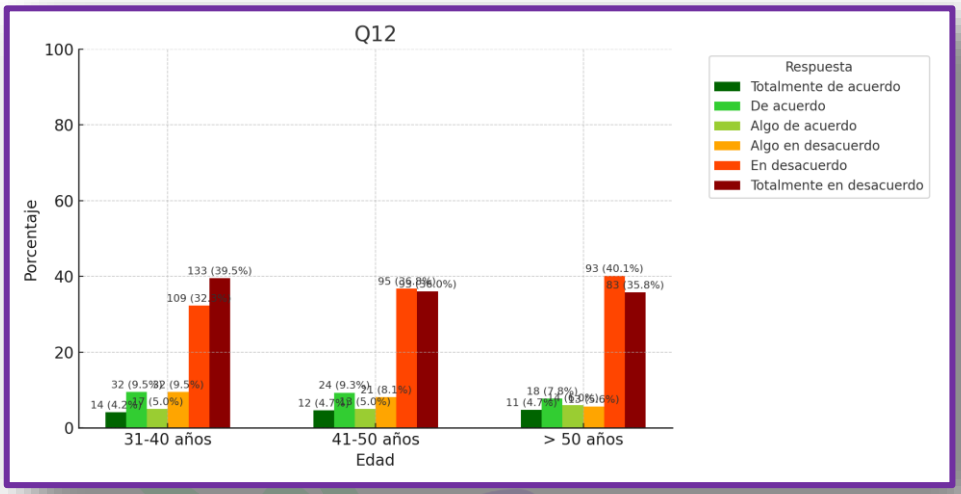
Sin embargo, los encuestados más jóvenes pueden tener más creencias arraigadas en mitos sobre la percepción del dolor en lactantes contando con el mayor porcentaje de los tres grupos de edad en posición “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo.

Los resultados apuntan hacia la fuerte tendencia de desmitificar la capacidad de los recién nacidos para experimentar dolor considerando que los menores de 2 años si sienten y pueden recordar las experiencias dolorosas.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q12.- Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.



El desacuerdo en la cuestión Q12 sobre que "estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor" lleva al consenso puesto que más de la mitad de los participantes de todos los grupos de edad se muestra "totalmente en desacuerdo" o "en desacuerdo" con la afirmación.

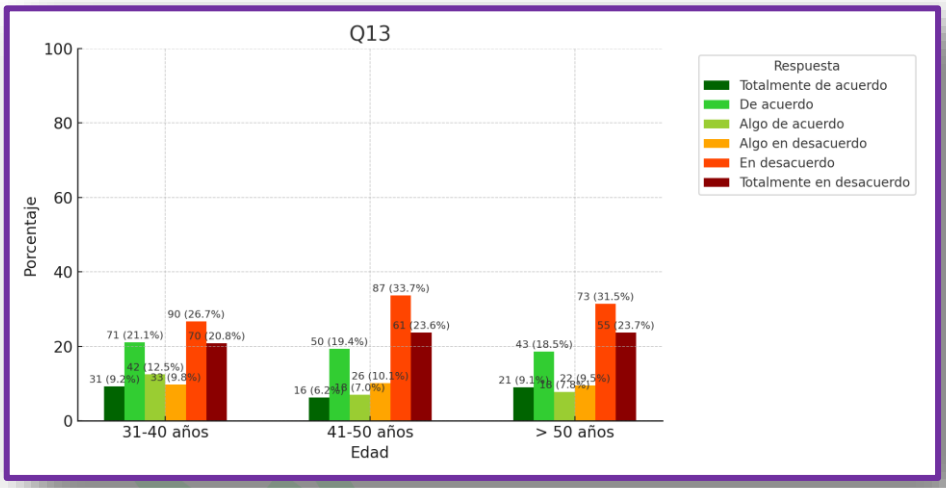
Esto puede significar que todos los encuestados comprenden que la percepción del dolor puede variar atendiendo a factores individuales y no únicamente con el nivel de intensidad de los estímulos dolorosos aplicados o sufridos.

Para ello es necesario que se utilicen escalas de forma individualizada para adaptar el tratamiento según la percepción personal de cada paciente pediátrico y se valore atendiendo a la capacidad de expresar de cada paciente.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q13.- Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.



En cuanto a la cuestión Q13 sobre si "los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor", las respuestas se muestran distribuidas de manera heterogénea.

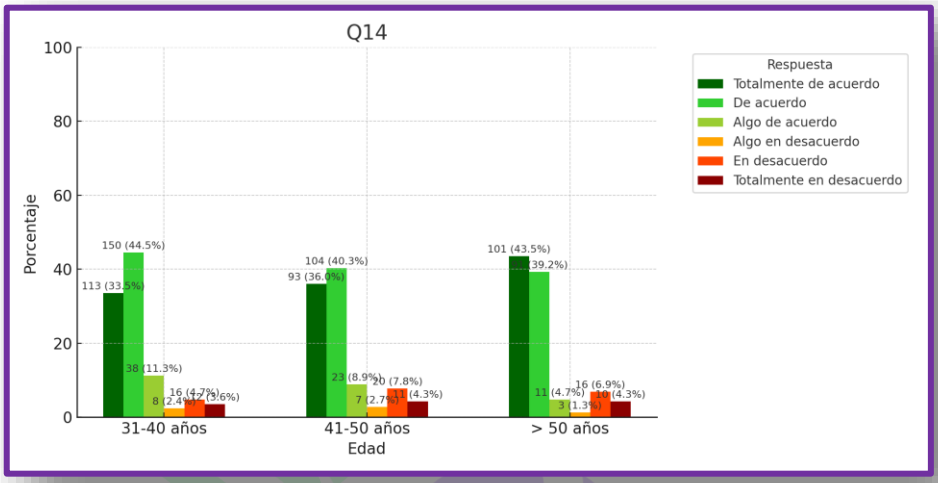
En el grupo de edad de 31-40 años, aparece un mayor acuerdo con la afirmación con un 21,1% "de acuerdo", mientras que en el grupo de edad de mayores de 50 años solo brindó esta respuesta el 18,5%.
En cuanto a la posición en desacuerdo, el grupo de edad con mayores proporciones en "totalmente en desacuerdo" fueron los de edades superiores a 41 años. Destaca que el grupo de edad de 41-50 años fue el grupo con mayor proporción "en desacuerdo" de los tres grupos de edad. Además, presentan el porcentaje más inferior en "totalmente de acuerdo" con la afirmación con un 6,2% de los participantes del grupo de edad en comparación con el 9,2% de los de edad 31-40 años y el 9,1% en mayores de 50 años.

Los resultados reflejan una brecha generacional en cuanto al uso de opioides puesto que los profesionales de 31-40 años tienden a creer que los opioides no son tolerables por los menores de 6 meses, mientras que en edades más avanzadas esta idea es más rechazada.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q14.- Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.



Las respuestas a la cuestión Q14 sobre si "después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente", reflejan un acuerdo por unanimidad en todos los grupos de edad. A pesar de que destaca que en el grupo de edad más avanzada de mayores de 50 años, el porcentaje que está "totalmente de acuerdo" es de 43,5% en comparación con el 33,5% de los de la franja de edad de 31-40 años y los de mediana edad (36%). Esto quiere significar que en todos los grupos etarios se observa un amplio respaldo a la individualización del tratamiento del dolor en la población pediátrica.

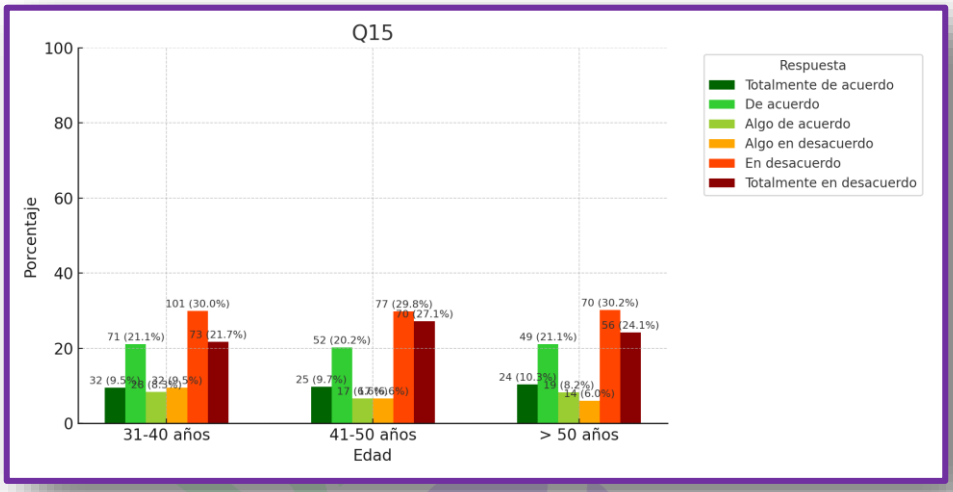
Se muestran negativos a esta idea el 3,6% de los votantes de edad comprendida entre los 31-40 años, el 4,3% de los pertenecientes a edades entre los 41-50 años y el mismo porcentaje en el grupo de edad de mayores de 50 años.

El acuerdo generalizado respecto a la afirmación "después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente" evidencia un consenso clínico sólido sobre la importancia de adaptar el tratamiento analgésico a cada paciente pediátrico.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q15.- Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.



En cuanto a las respuestas a la cuestión Q15 sobre “se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor”, las respuestas se distribuyen de manera dispar.

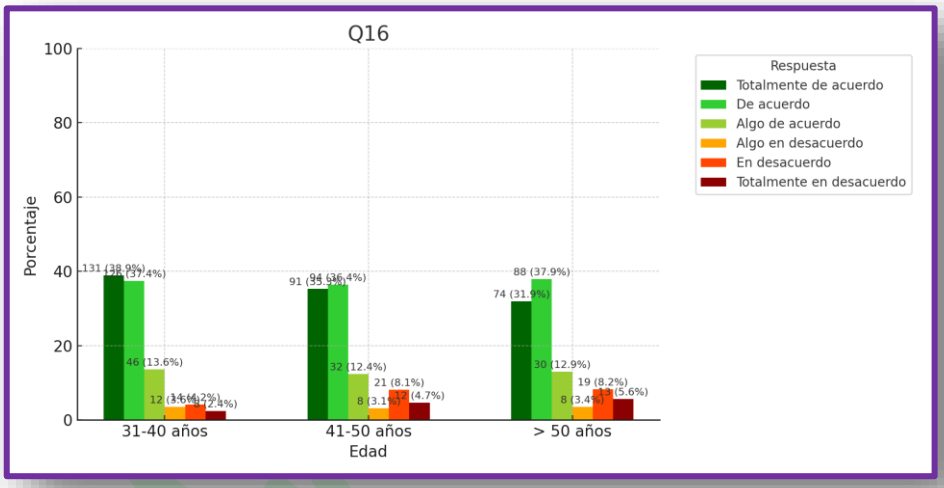
Dentro del grupo de edad de 31-40 años y el grupo de mayores de 50 años se muestra una mayor aceptación de la afirmación, mientras que el grupo de edad de 41-50 años tiene el mayor porcentaje de personas “en desacuerdo”, lo que sugiere una diferencia generacional en la valoración de enfoques no farmacológicos.

Las posibles explicaciones sobre las diferencias es la mayor confianza en las terapias complementarias en los extremos de los grupos de edad, la resistencia a esto en el grupo de mediana edad y las diferencias en la práctica clínica y la observación de casos exitosos en el abordaje del dolor sin recurrir a terapias farmacológicas.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q16.- El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.



Los hallazgos presentados en la cuestión Q16 presentan un alto acuerdo con la afirmación en los tres grupos de edad.

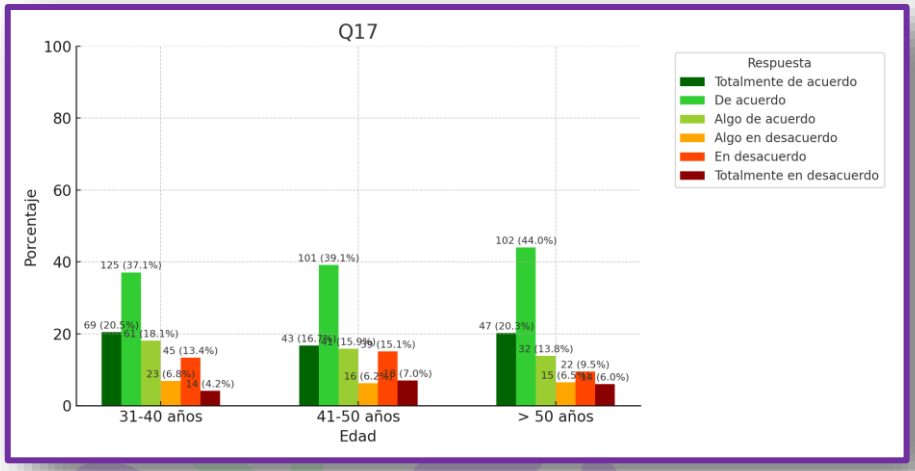
Concretamente el grupo con mayor proporción en “totalmente de acuerdo” es el de 31-40 años de edad (38,9%) mientras que el menor es el grupo de edad de mayores de 50 años (31,9%).

La relación entre estos porcentajes y la creciente tendencia de adicionar a la formación en dolor el modelo biopsicosocial puede dar explicación a esta proporción tan elevada entre las personas de grupo de edad más joven, quienes puede que hayan recibido una formación más actualizada o reciente acorde a la evidencia científica actual.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q17.- Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.



Los hallazgos en torno a la pregunta Q17 del cuestionario que enuncia que "las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre-canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso" suscita una opinión mayoritaria en torno al "acuerdo" entre los tres grupos de edad.

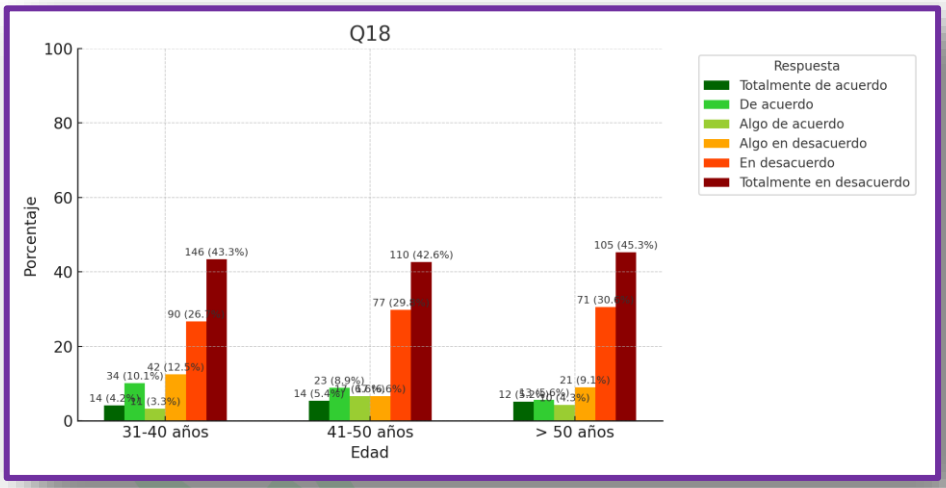
La respuesta "totalmente de acuerdo" fue votada por el 20,5% de personas entre 31-40 años de edad, el 16,7% de las de 41-50 años y por el 20,3% de las mayores de 50 años de edad.

Esto supone una alta aceptación general del empleo de las técnicas no farmacológicas y las respalda en cuanto al manejo del dolor leve a moderado.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q18.- Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.



Los hallazgos en la pregunta Q18 del cuestionario sobre si “durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presente”, el desacuerdo es generalizado en todos los grupos de edad.

Un 43,3% de las personas entre 31-40 años se posicionaron “totalmente en desacuerdo” con esta afirmación, al igual que el 42,6% de las personas pertenecientes al grupo de edad de 41-50 años y al 45,3% de mayores de 50 años.

Si embargo, existe un pequeño porcentaje en todos los grupos que no supera el 11% que se sitúa “de acuerdo” con esta afirmación.

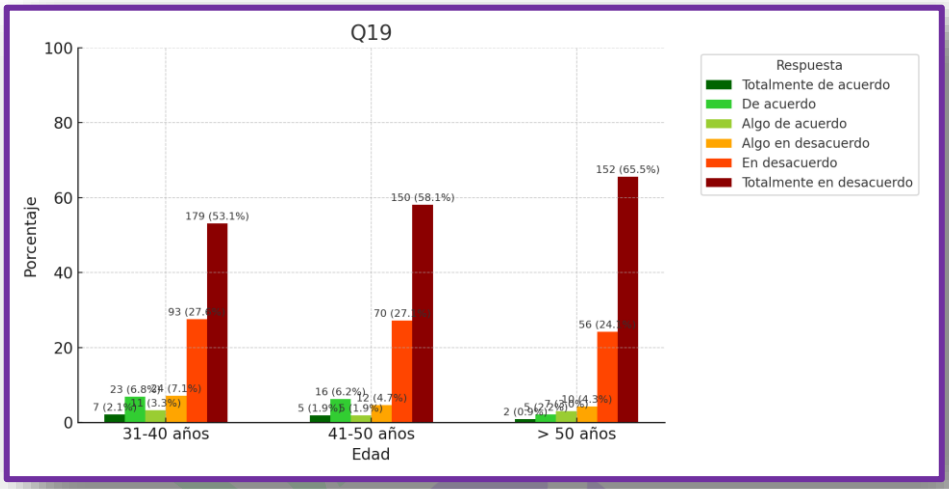
Estos resultados reflejan una elevada oposición a la exclusión de los padres en este tipo de eventos, independientemente de la edad, se rechaza la idea de excluir a los padres durante estos procedimientos, ya sea por su experiencia clínica o creencias personales.

En décadas anteriores, se tendía a limitar la presencia de los padres para evitar que interfieran en los procedimientos. Sin embargo, en la actualidad se conoce que el acompañamiento parental mejora la experiencia pediátrica y no es un motivo directo para entorpecer el desempeño del equipo médico.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q19.- Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.



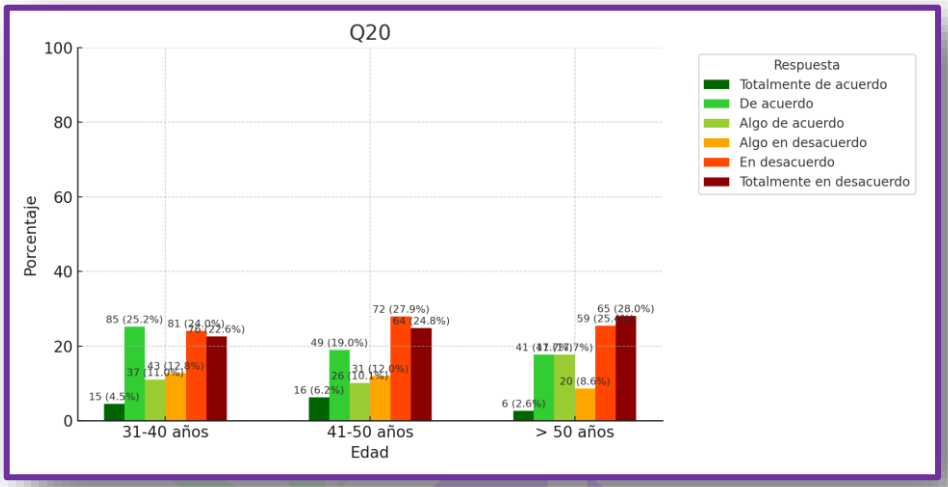
En cuanto a las respuestas de las personas que cumplimentaron el cuestionario, en la pregunta Q19 que enuncia "los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor", la opción "totalmente en desacuerdo" fue la más reflejada en los tres grupos de edad. El grupo de edad con mayor proporción en esta opción fue el de mayores de 50 años con 65,5% de los votos, seguida del grupo de edad de 41-50 años con 58,1% y, por último, del 53,1% de personas entre 31-40 años de edad.

Este rechazo generalizado frente a la afirmación de que "los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor" se incrementa con la edad, lo que se debe seguramente a que estas personas han sido testigos numerosas ocasiones de las consecuencias negativas del dolor no tratado, lo que aumenta el pensamiento de que éste debe aliviarse sin demora.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q20.- Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.



Las respuestas a la cuestión Q20 del cuestionario que hace referencia a si "dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real", presenta una distribución de las respuestas muy heterogénea en los tres grupos de edad.

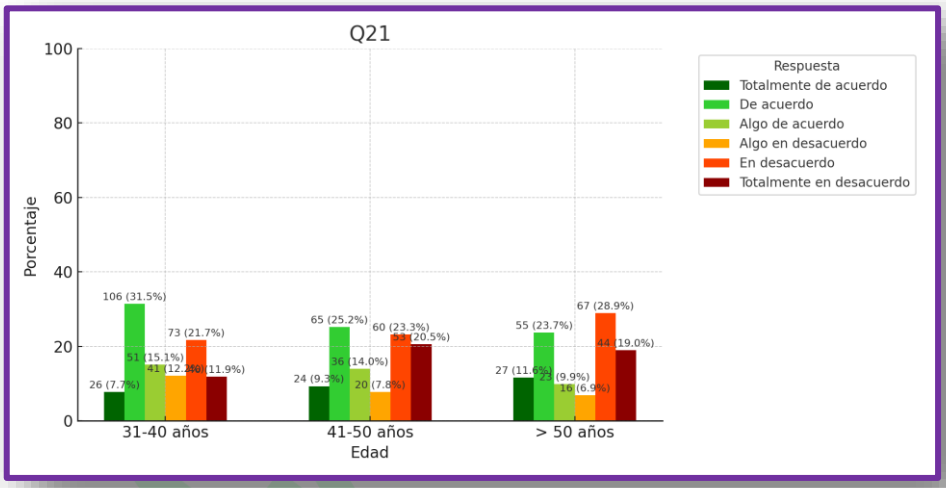
Las opciones más señaladas dentro del grupo de edad de 31-40 años han sido "de acuerdo" (25,2%), "en desacuerdo" (24%) y "totalmente en desacuerdo" (22,6%). Dentro del grupo de edad, la distribución varía puesto que la primera más votada es "en desacuerdo" (27,9%), seguida de "totalmente en desacuerdo" (24,8%) y de "de acuerdo" (19%). Por último, dentro del grupo de edad más maduro, la respuesta más votada fue "totalmente en desacuerdo" con el 28%, seguida del "en desacuerdo" con aproximadamente el 25% de los votos.

Se puede observar la diversidad de respuestas, a pesar de que existe una tendencia general al desacuerdo, particularmente entre los grupos de edad más avanzada; mientras que hay una mayor aceptación por parte de los jóvenes, quienes puede que continúen percibiendo el uso del placebo como una herramienta de diagnóstico válida.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q21.- Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.



Las respuestas a la pregunta Q21 del cuestionario sobre “los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico”, también se encuentran polarizadas entre el acuerdo y el desacuerdo, pero en esta ocasión, los resultados apuntan principalmente hacia el “de acuerdo” simple y el “en desacuerdo” simple, no hacia la totalidad de la opinión.

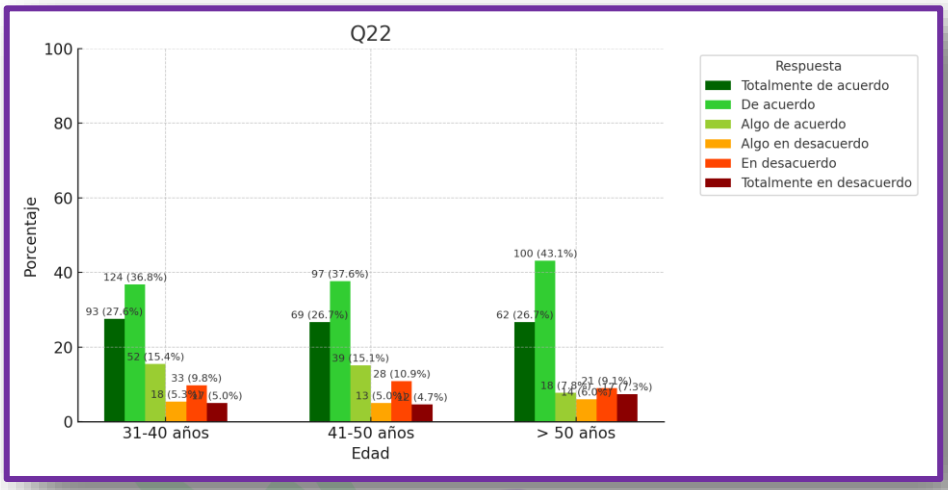
Solo un 7,7% de las personas en el grupo de edad de 31-40 años votó “totalmente de acuerdo” y el 11,9% “totalmente en desacuerdo”. Dentro del siguiente grupo de edad, votaron “totalmente de acuerdo” el 9,3% de las personas y el 20,5% “totalmente en desacuerdo”. En el último grupo de edad, el 11,6% votó “totalmente de acuerdo” mientras que el 19% “totalmente en desacuerdo”.

Existe una clara inclinación en las respuestas hacia las opciones intermedias en lugar de hacia las posturas extremas. Esto puede deberse a la mayor percepción de riesgo de los profesionales y de la tendencia a desacreditar la relación directa entre opioides y adicción pediátrica.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q22.- Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.



Los resultados de la cuestión Q22 sobre si "conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as" muestran un acuerdo generalizado entre los diferentes grupos de edad.

Esta gráfica refleja que casi el 30% de las personas que cumplimentaron el cuestionario de cada grupo de edad está "totalmente de acuerdo" con la afirmación, lo que conlleva que, la mayor parte de los encuestados reconoce la importancia de la utilización de escalas estandarizadas para valorar y evaluar el dolor en los niños y recién nacidos.

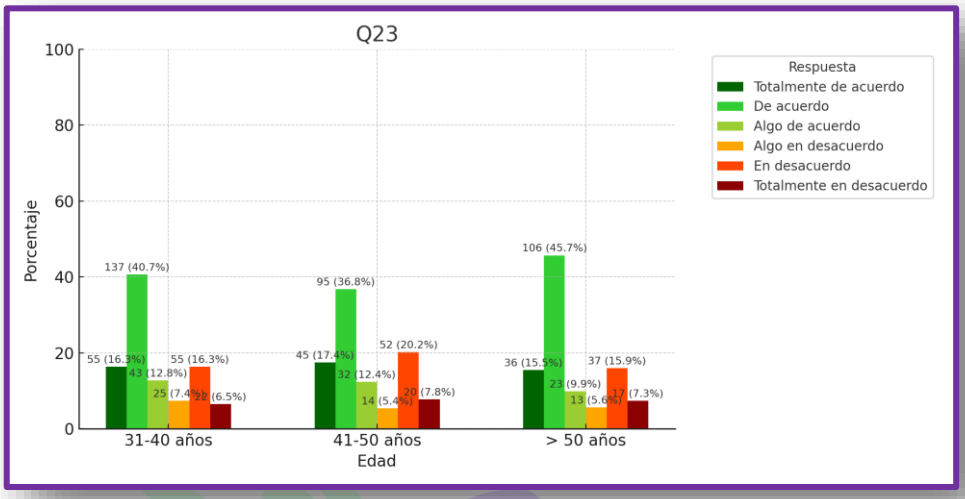
El hecho de que exista una postura de acuerdo generalizado y que éste sea similar entre los tres grupos de edad, indica que esta noción ha sido básica en las formaciones que han recibido todos los grupos y que se considera una habilidad o esencial para la práctica asistencial o que se consigue adquirir de manera exitosa en el transcurso de la práctica clínica.

A pesar de esto, existe una pequeña fracción de personas que no muestra seguridad en cuanto a la afirmación (5% de personas del grupo de edad de 31-40 años, 4,7% en personas de 41-50 años y el 7,3% de los mayores de 50 años), lo que indica que existe una potencial oportunidad para capacitar a estas personas en el uso de herramientas para evaluar el dolor infantil.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q23.- Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)



Los hallazgos obtenidos en la cuestión Q23 reflejan que la opción más votada frente a la afirmación "Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (escala de analgesia)" fue "De acuerdo". En concreto, un 40,7 % de los encuestados entre 31 y 40 años, un 36,8 % de los de 41 a 50 años y un 45,7 % de los mayores de 50 años seleccionaron esta opción.

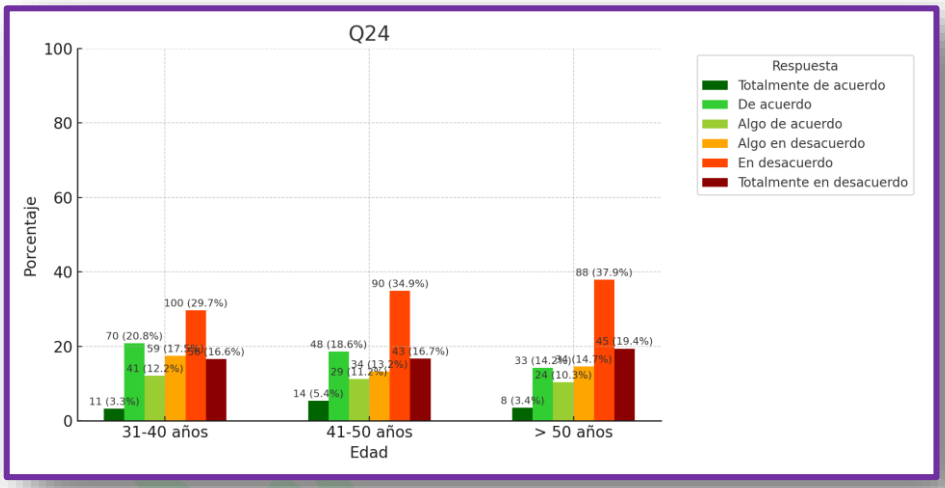
Estos resultados evidencian un nivel significativo de acuerdo con la afirmación, lo que sugiere que los profesionales de la salud participantes en el estudio poseen un buen conocimiento y aplicación de esta herramienta, fundamental para el tratamiento adecuado del dolor infantil según las directrices de la OMS.

El grado de conocimiento de aplicación de esta escala analgésica podría estar vinculado a la práctica profesional acumulada, y por ello que el grupo de edad con mayor acuerdo respecto a la afirmación sea el de mayores de 50 años.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q24.- La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.



En cuanto a la pregunta Q24 del cuestionario, los resultados se inclinan principalmente hacia el desacuerdo. El 16,6% de las personas de 31-40 años se mostró “totalmente en desacuerdo”, el 16,7% de las personas de 41-50 años y el 19,4% de mayores de 50 años igual.

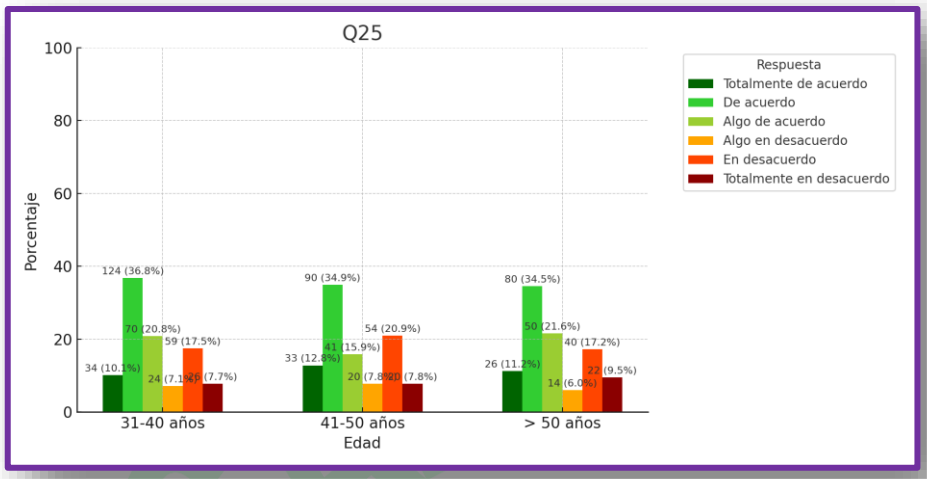
Este patrón sugiere una la tendencia crítica o de desacuerdo hacia la afirmación de que “la formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente”, que aunque no es mayoritaria totalmente, si que resulta ser significativo y refleja una visión compartida por los tres grupos de edad.

Más del 30% de los tres grupos refleja estar “en desacuerdo” con la pregunta, haciendo de esta opinión un indicador de necesidad de revisar los procesos de formación y adopción de nuevas directrices sobre atención pediátrica.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q25.- Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.



Los hallazgos de las respuestas a la pregunta Q25 del cuestionario, segmentadas por edad, muestran una distribución muy similar entre los diferentes grupos. Esta cuestión enuncia “sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos”.

La postura más repetida es “de acuerdo” con un 36,8% de personas dentro del grupo de edad de 31-40 años, un 34,9% del de 41-50 años y un 34,5% de mayores de 50 años. La postura de “totalmente de acuerdo” fue votada por el 10,1% de las personas del primer grupo de edad (más joven), por el 12,8% de 41-50 años y por el 11,2% de mayores de 50 años.

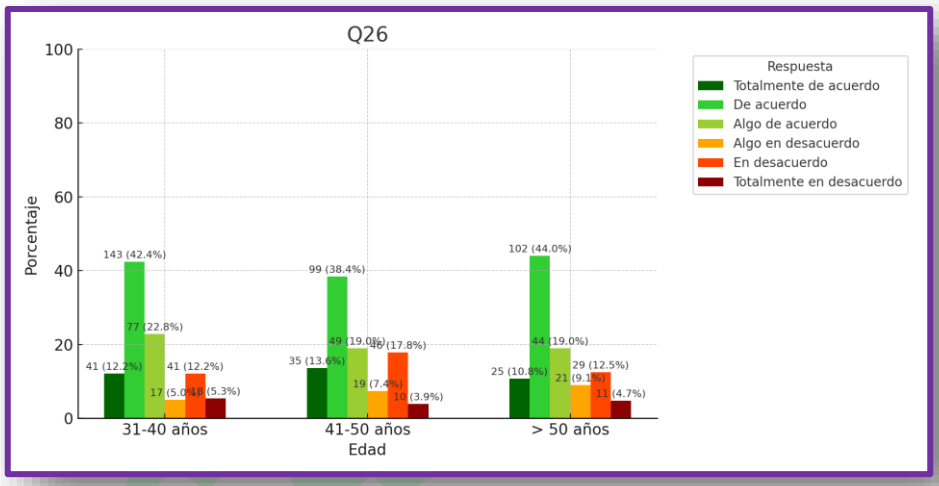
En cuanto al desacuerdo, son el 17,5% de las personas de 31-40 años quienes mostraron su “desacuerdo” con la afirmación, el 20,9% de las personas de 41-50 años y el 17,2% de mayores de 50 años.

A pesar de la homogeneidad de los resultados entre grupos, los porcentajes revelan que el grupo de edad media tiene un mayor nivel de seguridad al ser el de mayor nivel de porcentaje “totalmente de acuerdo”, mientras que el grupo con menor porcentaje en esta posición es el de 31-40 años. Esto sugiere que la experiencia o formación acumulada puede crear diferencias en el nivel de confianza y conocimiento real que no se pueden reflejar en los porcentajes generales sin segmentar por edad.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q26.-Sé como actuar ante el dolor agudo en niños/as.



Respecto a la cuestión Q26 sobre si “sé como actuar ante el dolor agudo en niños/as”, los resultados reflejan que, dentro del grupo de edad de 31-40 años, el 12,2% de los participantes está “totalmente de acuerdo” y el 42,4% “de acuerdo” mientras que solo el 12,2% “en desacuerdo” y el 5,3% “totalmente en desacuerdo”.

Por otro lado, dentro del grupo de edad de 41-50 años de edad, el 13,6% de personas del grupo se mostró “totalmente de acuerdo” y el 38,4% “de acuerdo” mientras que el 17,8% “en desacuerdo” y el 3,9% “totalmente en desacuerdo”.

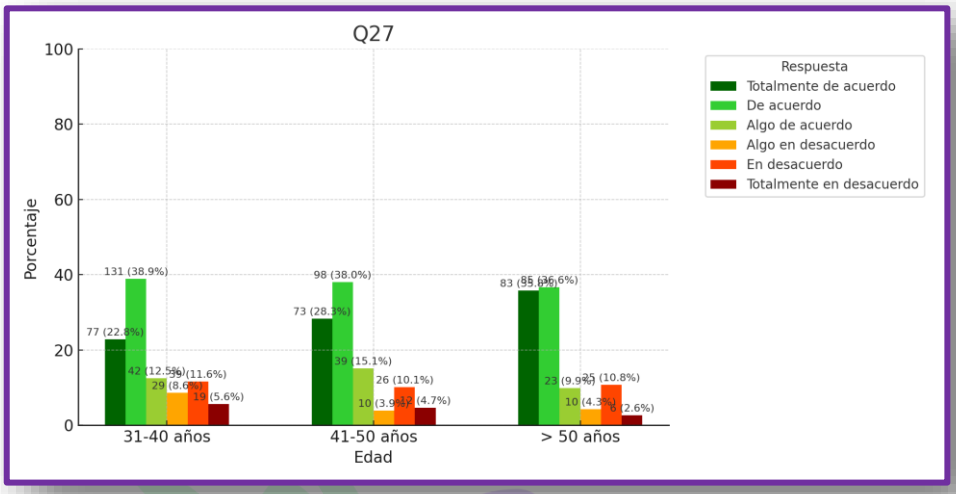
En último lugar, dentro del grupo de edad de mayores de 50 años, son el 10,8% quienes se mostraron “totalmente de acuerdo” y el 44% “de acuerdo” con la afirmación del enunciado, y solo un 4,7% “totalmente en desacuerdo”.

Estos resultados reflejan una tendencia general hacia el acuerdo con la afirmación sobre saber actuar ante el dolor agudo en la población pediátrica, con ligeras variaciones según la edad. El grupo de 41-50 años presenta un mayor porcentaje de desacuerdo (17,8%), lo que podría indicar una mayor autocrítica o conciencia de limitaciones. En cambio, los mayores de 50 años, aunque con menor proporción de respuestas en “totalmente de acuerdo”, muestran menos desacuerdo total, lo que podría reflejar mayor confianza acumulada.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q27.- Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.



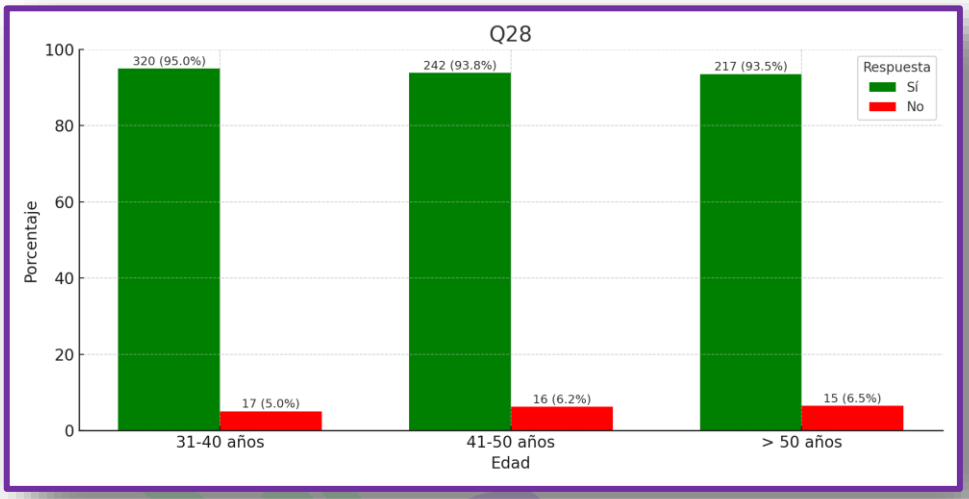
Los hallazgos de los resultados de la pregunta Q27 “se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas” ofrecen que la tendencia mayoritaria se inclina hacia el “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” en todos los grupos.

El grupo con mayor porcentaje de “totalmente de acuerdo” es el de mayores de 50 años con un 33,8% de los participantes pertenecientes a dicho grupo de edad mientras que en el grupo de edad de 31-40 años fue el que menos porcentaje en esta opción obtuvo con el 22,8%. Dentro del primer grupo fueron 12,5% los que se mostraron “algo de acuerdo”, en el grupo de edad de 41-50 años el 15,1% y dentro del grupo de edad de mayores de 50 solo fueron un 2,6% los que se mostraron “totalmente en desacuerdo” con la afirmación ofrecida por esta cuestión.

Los resultados de la pregunta Q27 reflejan un consenso general sobre la necesidad de utilizar analgesia antes de pruebas traumáticas, aunque con diferencias notables en la intensidad del acuerdo según la edad. El grupo de mayores de 50 años destaca con un 33,8% en “totalmente de acuerdo”, lo que podría atribuirse a una mayor sensibilidad adquirida por la experiencia clínica o a una evolución en la percepción del dolor infantil a lo largo de su carrera. En contraste, el grupo de 31-40 años muestra el menor porcentaje en esta categoría (22,8%), lo que podría sugerir una menor exposición a prácticas consolidadas o una formación aún en desarrollo.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q28.- ¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?



El desglose de la cuestión Q28 del cuestionario que pregunta "¿los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?" muestra unos resultados casi idénticos entre los tres grupos de edad. Estos resultados reflejan una evolución positiva que crea una tendencia favorecedora hacia la humanización del cuidado del dolor infantil, ya que en el pasado éste solía subestimarse, especialmente en niños recién nacidos.

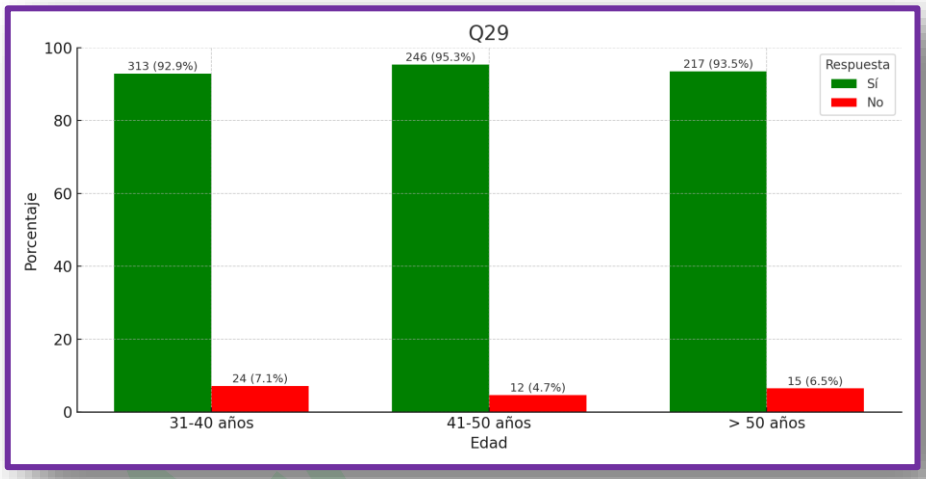
En la actualidad, se ha podido observar que más del 90% de los participantes en los grupos de edad de 31-40 años (95%), de 41-50 años (93,8%) y de mayores de 50 años (93,5%) mostró estar de acuerdo con esta afirmación.

Esto genera conciencia y una muestra de comprensión por parte de los participantes de los diferentes grupos de edad sobre que los niños no solo son capaces de experimentar dolor y episodios dolorosos, sino también de conservar en el recuerdo dichos episodios y pueden perdurar a lo largo de sus vidas.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q29.- ¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?



Los resultados desglosados por edad dentro de la cuestión Q29 sobre "¿cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?", reflejan un acuerdo mayoritario con dicha afirmación.

Solo un 7,1% de las personas del primer grupo de edad (31-40 años), un 4,7% de los de 41-50 años y un 6,5% de mayores de 50 años se mostró en desacuerdo con esta pregunta.

Este resultado nos indica que existe una conciencia generalizada sobre el impacto profundo que pueden tener las experiencias vividas en la infancia, especialmente aquellas relacionadas con el dolor. Se reconoce que el dolor no solo afecta en el momento en que se produce, sino que también puede dejar huellas psicológicas, emocionales y neurobiológicas que influyen en el desarrollo del niño.

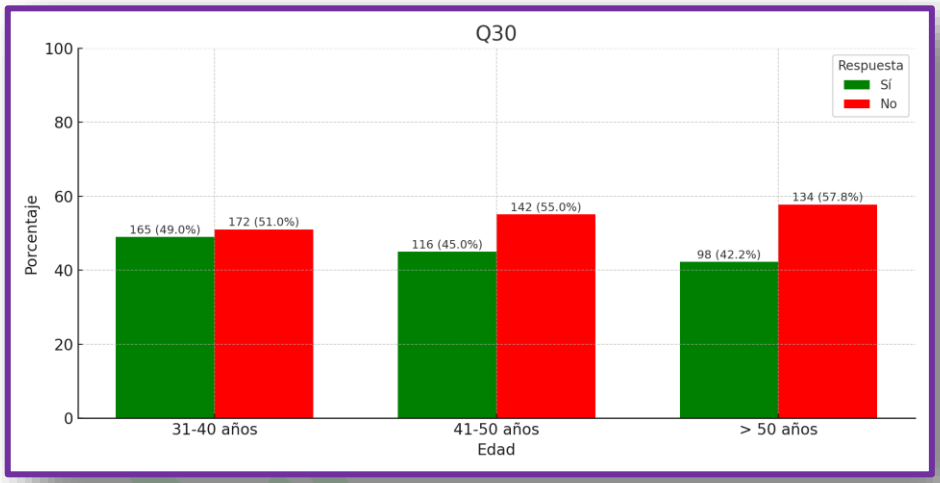
Estas secuelas pueden ser temporales, manifestándose en cambios de comportamiento o estado de ánimo, pero también permanentes, afectando la percepción del dolor, la respuesta al estrés e incluso la configuración de ciertas estructuras cerebrales.

A la vista de los resultados, teniendo en cuenta que más del 90% de los encuestados de todos los grupos de edades diferentes, resaltan la importancia de una atención pediátrica sensible y humanizada, que priorice la prevención y el adecuado manejo del dolor desde las primeras etapas de vida.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q30.- ¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?



Los resultados en la cuestión Q30 presentan diferencias entre los diferentes grupos de edad puesto que, dentro del primer segmento de 31-40 años, la distribución parece estar dividida en “acuerdo” 49% y “desacuerdo” 51%, mientras que en la proporción de 41-50 años, son un porcentaje mayor quienes están en “desacuerdo” con un 55% de participantes del grupo.

Esta diferencia se hace aún más consistente dentro del grupo de edad de mayores de 50 años donde el “desacuerdo” está presente en casi el 58% de los participantes del grupo.

La cuestión Q30 que enuncia la pregunta “¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?” genera debate porque porque pone en entredicho una creencia común que no siempre se ajusta a la realidad clínica.

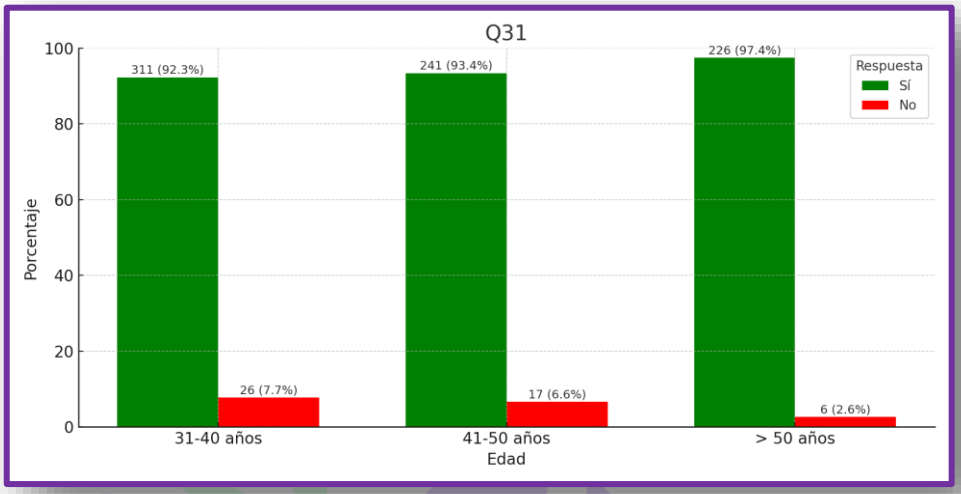
El dolor es una experiencia subjetiva influenciada por múltiples factores como son los emocionales, neurobiológicos, contextuales y emocionales, entre otros, por lo que no necesariamente guarda una relación directa con la gravedad objetiva de una lesión.

La tendencia al desacuerdo que aumenta con la edad podría reflejar una mayor experiencia y comprensión del carácter multifactorial del dolor, en contraposición a una visión más reduccionista que podría estar presente en profesionales con menos años de práctica. Esto sugiere que el conocimiento sobre el dolor evoluciona con la experiencia clínica y la formación continua.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q31.- ¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?



Los resultados segmentados por edad en la cuestión Q31 "¿es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?" reflejan que el acuerdo es generalizado entre todos los participantes de diferentes edades.

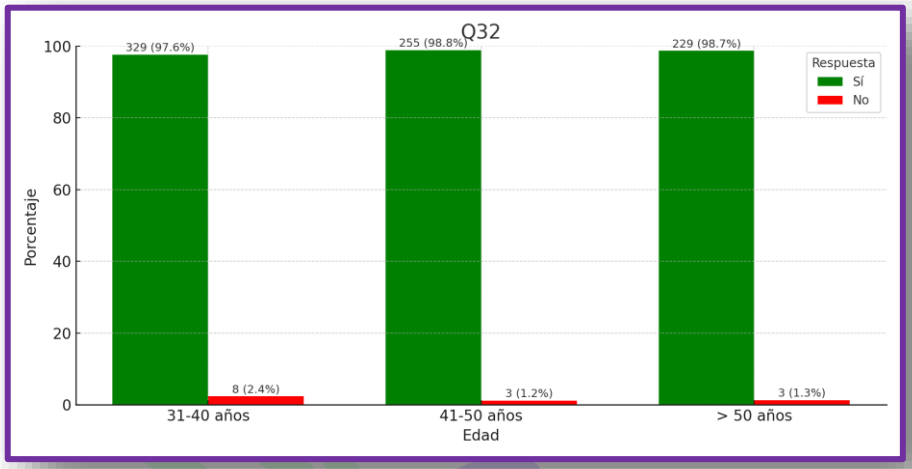
Los resultados concluyen que el 292,3% de los participantes pertenecientes al grupo de edad de 31-40 años está de acuerdo con la pregunta, el 93,4% de los de 41-50 años y el 97,4% de los mayores de 50 años también.

Este consenso evidencia una comprensión compartida sobre la importancia de la comunicación adaptada a la edad en el contexto del manejo del dolor y la ansiedad infantil. Explicar los procedimientos médicos, incluso a niños pequeños, se percibe como una estrategia efectiva para reducir el miedo y promover una experiencia más positiva y colaborativa durante la atención sanitaria.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q32.- ¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?



En la cuestión Q32 sobre "¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?" también existe un acuerdo generalizado entre los tres grupos de edad.

El 97,6% de las personas de 31-40 años se mostraron "de acuerdo" con el enunciado, el 98,8% de los de 41-50 años y el 98,7% de los mayores de 50 también. Estas respuestas reflejan una percepción ampliamente compartida sobre el impacto negativo que puede tener el dolor en la vida cotidiana de los niños.

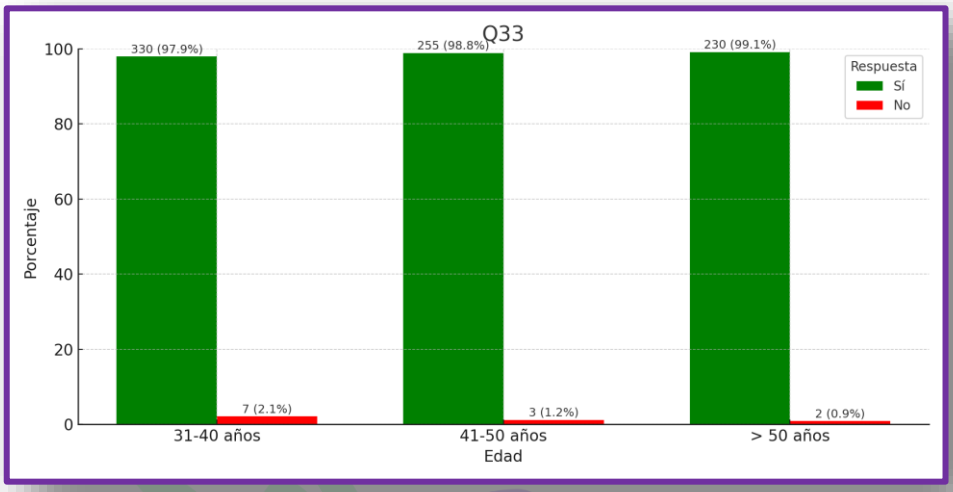
Los resultados de la cuestión Q32 muestran un acuerdo casi unánime entre los diferentes grupos de edad respecto a que el dolor en los niños mayores de 6 años interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares.

Los resultados concluyen y evidencian una conciencia extendida de que el dolor puede afectar significativamente el desempeño funcional y social de los infantes. A partir de los 6 años, los niños deben asistir al colegio, participar en actividades deportivas o artísticas y establecer vínculos sociales más complejos, todos aspectos que pueden verse limitados si el dolor no se gestiona adecuadamente.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q33.- ¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?



El acuerdo es generalizado también en la cuestión Q33 sobre si "¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?". Se puede observar que incluso en el grupo de edad de mayores de 50 años, el porcentaje que se mostró en desacuerdo con esta afirmación es menor al 1% (reportando un 0,9% de los participantes). En el caso del grupo de edad que mayor discrepancia presenta con respecto a la afirmación de la pregunta encontramos el 2,1% del grupo de edad de 31-40 años.

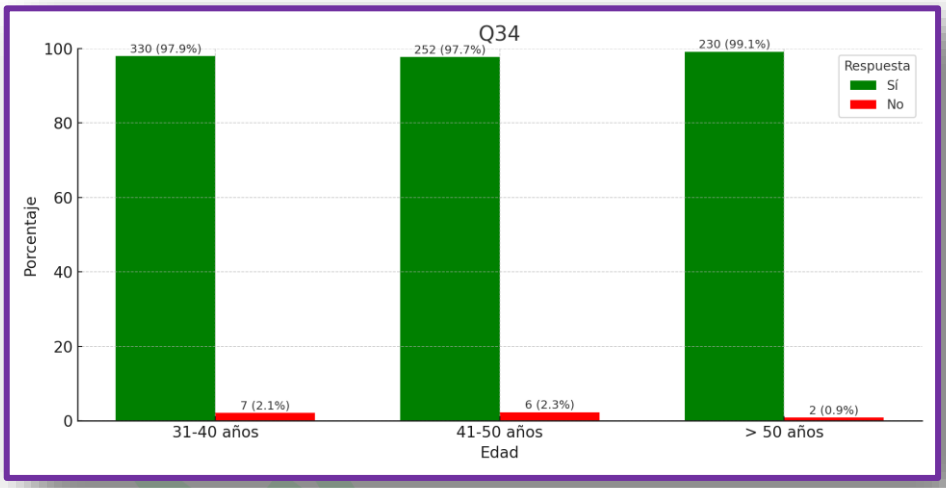
Estos datos enlazan directamente con la cuestión anterior y con la siguiente, ya que reflejan cómo el dolor, dependiendo de su intensidad y duración, puede influir de forma significativa en la manera en que los niños se relacionan con su entorno: desde sus compañeros y profesores en el ámbito escolar hasta los miembros de su núcleo y red familiar.

Por ello, es fundamental que todas las personas que intervienen en la vida cotidiana del niño estén sensibilizados y formados sobre cómo el dolor puede alterar su comportamiento, estado de ánimo y participación en actividades, afectando así su desarrollo integral.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q34.- ¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?



Los resultados de la cuestión Q34 sobre "¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?" reflejan un acuerdo globalizado entre los tres grupos de edad.

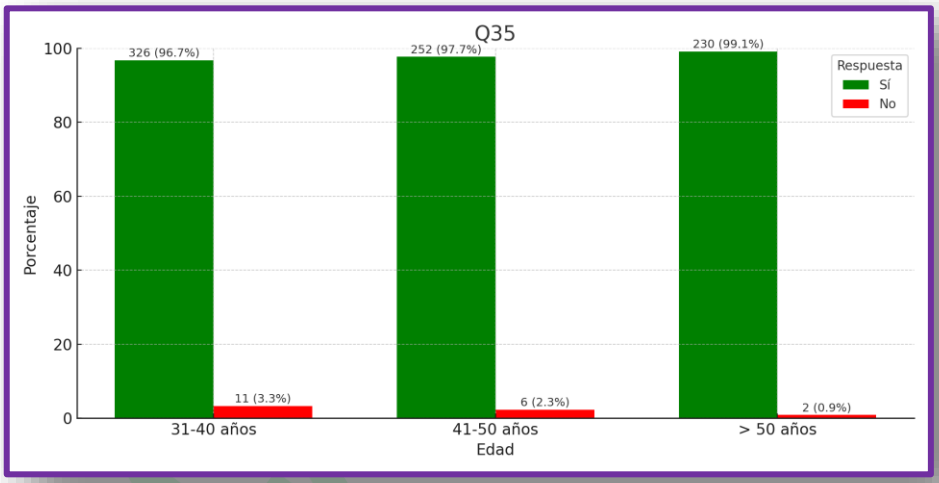
El grupo de edad con mayor acuerdo es el de mayores de 50 años con un 0,9% de personas participantes pertenecientes a este grupo de edad en desacuerdo, mientras que el grupo de edad con un grupo de personas de acuerdo con la pregunta es el de 41-50 años con un 97,7% de personas de acuerdo.

No obstante, estas diferencias mínimas podrían reflejar no solo la experiencia, sino también variaciones en la formación o el grado de exposición a situaciones clínicas concretas. En definitiva, aunque la afirmación es respaldada de forma amplia, la profundidad del acuerdo puede estar influenciada por factores generacionales o profesionales que vale la pena seguir explorando.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q35.- ¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?



Los resultados segmentados por edad en la cuestión Q35 sobre "¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?" reflejan un acuerdo mayoritario entre los tres grupos de edad.

Fueron el 96% aproximadamente de personas del grupo de 31-40 años quienes mostraron su nivel de acuerdo, el 97,7% en el grupo de edad de 41-50 años y el 99,1% en el grupo de mayores de 50 años.

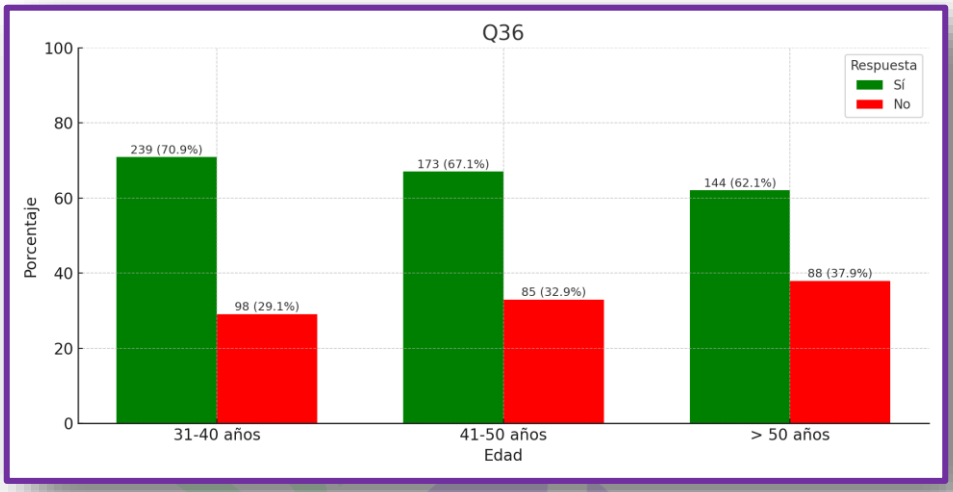
Estos resultados refuerzan la creciente conciencia sobre las implicaciones profundas del dolor en el desarrollo infantil, más allá del plano físico. El elevado nivel de acuerdo en los tres grupos de edad, especialmente entre los mayores de 50 años (con un 99,1%), sugiere que existe una comprensión generalizada de que el dolor no solo afecta el bienestar inmediato del niño, sino que también puede tener consecuencias a largo plazo en su desarrollo cognitivo y emocional.

Esta percepción subraya la importancia de intervenir de manera oportuna y adecuada en la experiencia dolorosa, no solo para aliviar el sufrimiento, sino también para proteger el desarrollo integral del niño.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q36.- ¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?



Los resultados de la cuestión Q36, que indaga si "¿se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?", muestran una tendencia clara hacia la afirmación, aunque con diferencias relevantes entre los grupos de edad.

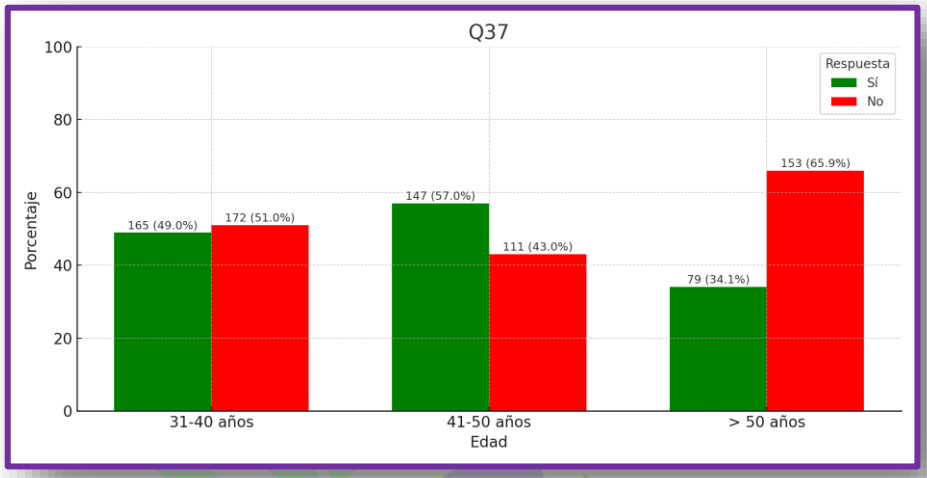
El grupo de 31-40 años es el que presenta el mayor porcentaje de respuestas afirmativas (70,9%), seguido del grupo de 41-50 años con un 67,1%, y por último, el grupo de mayores de 50 años con un 62,1%.

A pesar de que el "sí" predomina en todos los casos, la disminución progresiva del porcentaje con el aumento de edad podría indicar diferencias generacionales en la percepción o implementación de prácticas analgésicas proactivas. Este patrón sugiere que los profesionales más jóvenes podrían estar más sensibilizados o actualizados respecto a protocolos de manejo del dolor en contextos pediátricos.

Por otro lado, el hecho de que un porcentaje importante en todos los grupos, especialmente el 37,9% en la sección de mayores de 50 años, responda "no" evidencia que todavía existen barreras o inconsistencias en la aplicación de medidas preventivas del dolor, lo cual plantea la necesidad de una formación continua y unificación de criterios clínicos en torno al manejo del dolor infantil.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q37.- ¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?



La cuestión Q37 aborda "¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?", cuestión esencial para conocer la percepción de estas personas, de forma segmentada por edad, con respecto a la opinión sobre si la formación es adecuada en la materia de abordaje de dolor infantil.

Se puede observar que en el grupo de edad de 31-40 años, el 49% se muestra "de acuerdo" con la afirmación mientras que el 51% la rechaza. Dentro del siguiente grupo de edad, el 57% se mostró "de acuerdo" mientras que el 43% se posicionó en "desacuerdo" con la afirmación. En el grupo de edad de mayores de 50 años, el desacuerdo con la afirmación resulta ser consistente con un 65,9% de los participantes de ese grupo de edad.

Estos resultados reflejan una percepción diversa y, en cierto modo, preocupante respecto a la formación recibida sobre el manejo del dolor agudo en la infancia. Si bien los grupos de edad más jóvenes (31-50 años) muestran una división relativamente equilibrada entre acuerdo y desacuerdo, destaca que en el grupo de mayores de 50 años predomina claramente el desacuerdo (65,9%).

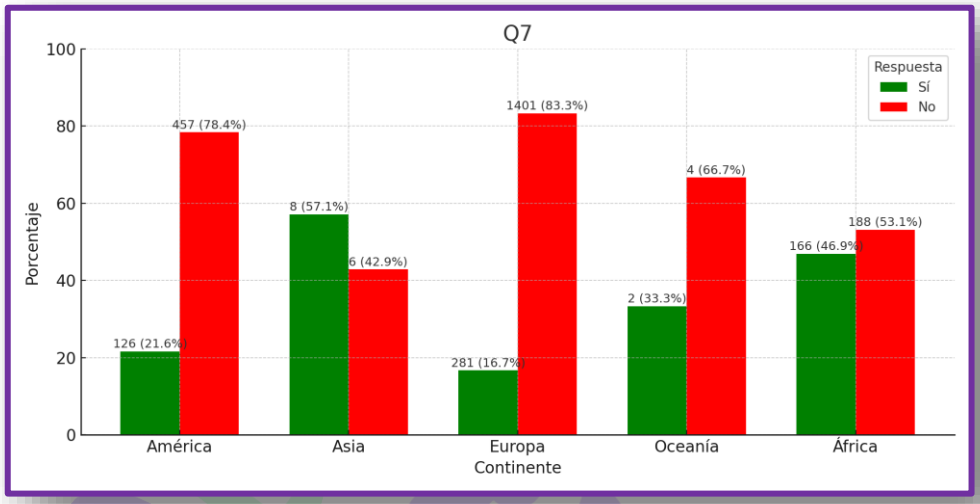
Este patrón puede interpretarse como una señal de que, aunque ha habido avances en la inclusión de contenidos sobre dolor pediátrico en la formación más reciente, aún persisten lagunas formativas, especialmente entre los profesionales con mayor trayectoria. Esto subraya la necesidad de programas de actualización continua que garanticen una preparación homogénea y eficaz para todos los profesionales, independientemente de su edad o años de experiencia, asegurando así una atención óptima y sensible al dolor infantil.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

c. Continente

Q7.- ¿Tiene hijos/as menores de edad?



Los resultados de la tabla evidencian que es mayor el número de personal de salud que no tienen hijos menores de edad en comparación a los que tienen, si vemos la relación por continente en Europa es casi 5 veces más el número de personal de salud que no tienen hijos menores en relación a los que tienen en ese mismo continente, en cambio en américa es 3,6 veces más los no tienen hijos en comparación con los que tienen hijos menores de edad. En Oceanía, África y Asia la relación es entre 1 a 2.

Los resultados de la tabla cruzada entre continente y tenencia de hijos menores de edad en el personal de salud muestran un patrón interesante que merece análisis desde una perspectiva sociocultural, demográfica y profesional. Del total de 2639 encuestados, el 77.9 % (n = 2056) no tiene hijos menores de edad, mientras que solo el 22.1 % (n = 583) sí los tiene. Esta tendencia se presenta de manera diferenciada por continentes, siendo más marcada en Europa y América.

En Europa, por ejemplo, la proporción de trabajadores de salud sin hijos menores es particularmente elevada: por cada persona que sí tiene hijos menores (n = 281), hay casi cinco que no (n = 1401). Este dato es coherente con las estadísticas demográficas del continente, donde las tasas de natalidad han disminuido de manera sostenida en las últimas décadas, y la maternidad/paternidad tiende a postergarse por factores como la búsqueda de estabilidad profesional, la precarización laboral y las políticas familiares limitadas en algunos países (Eurostat, 2023).

Esta postergación de la maternidad o paternidad también puede estar asociada al nivel de exigencia y compromiso que implica el ejercicio

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

profesional en salud. Como señala Çakma & Abidin. (2021), muchos trabajadores sanitarios enfrentan largas jornadas laborales, cambios frecuentes de turno y exposición constante a situaciones de alto estrés, factores que pueden influir en la decisión de retrasar o evitar la crianza activa de hijos durante su desarrollo profesional. Además, en el contexto europeo, existe una mayor cultura de individualismo y planificación de la vida personal, que puede influir en estos patrones.

En el caso de América, aunque también predomina el grupo que no tiene hijos menores (n = 457) sobre quienes sí los tienen (n = 126), la relación es de aproximadamente 3.6 a 1, lo que indica una menor brecha comparativa respecto a Europa. Este hallazgo es relevante, ya que en muchos países latinoamericanos la maternidad y paternidad siguen ocurriendo en edades más tempranas, y las redes familiares suelen ser más amplias y corresponsables (Rojas-Guzmán & Lill, 2021). Sin embargo, el personal de salud con hijos en esta región enfrenta mayores desafíos, debido a la falta de políticas laborales de conciliación, la escasez de apoyos institucionales y el impacto del estrés crónico en la salud mental.

Este doble rol —de profesional de salud y cuidador parental activo— ha sido ampliamente estudiado. Teicher et al. (2023) evidencian que los profesionales de salud con hijos, especialmente si estos presentan condiciones médicas complejas, enfrentan altos niveles de agotamiento emocional, disminución en la calidad del sueño y alteraciones en las relaciones familiares. Lo anterior se acentúa cuando los sistemas de salud carecen de mecanismos de apoyo estructurado, como ocurre en gran parte de América Latina.

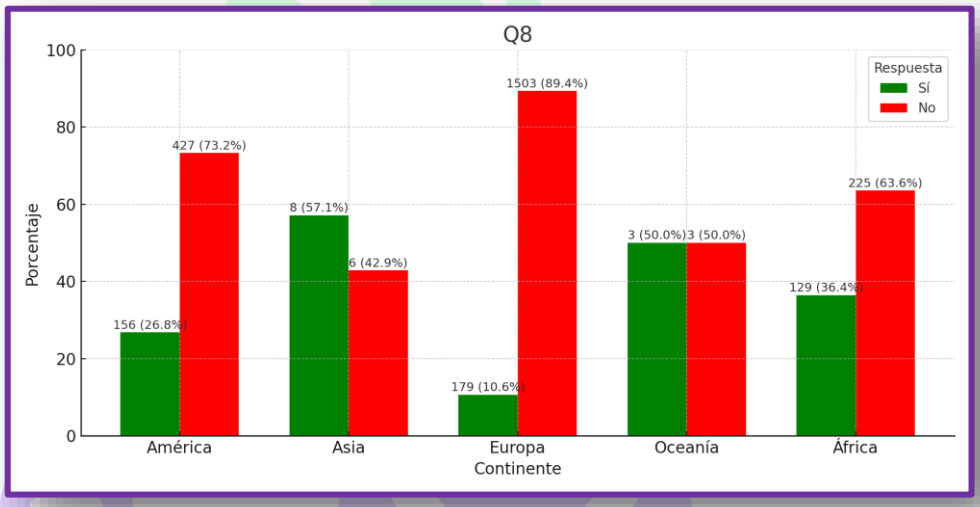
En los continentes con menor representación numérica en la muestra —África, Asia y Oceanía— se observa una distribución más equilibrada entre quienes tienen y no tienen hijos menores. En África, por ejemplo, la diferencia es leve (166 sí tienen hijos vs. 188 que no), lo que puede estar vinculado con una mayor tasa de natalidad en esta región, así como con un contexto sociocultural donde el rol parental se asume más tempranamente. En estos contextos, sin embargo, el cuidado de los hijos puede estar mediado por redes comunitarias o extensas, lo que redistribuye parcialmente la carga. Desde una perspectiva de género y salud laboral, diversos estudios han demostrado que la tenencia de hijos menores de edad afecta especialmente a las mujeres profesionales de salud, quienes asumen con mayor frecuencia la carga del cuidado infantil (Lee et al., 2023). Esta situación repercute en su bienestar emocional, rendimiento laboral e incluso en su permanencia dentro del sistema de salud, particularmente durante crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19 (Us, Boran, Yalçın et al., 2024).

Así, los datos obtenidos en la tabla permiten inferir que la experiencia directa del cuidado infantil es menos común entre el personal de salud encuestado, particularmente en Europa y América, lo que puede tener implicancias en su sensibilidad hacia prácticas de cuidado centradas en la familia y en la infancia.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Este panorama plantea la necesidad de que las instituciones de salud y educación incluyan en la formación continua y en la práctica clínica, herramientas que fortalezcan la perspectiva familiar y humanizada, independientemente de la experiencia parental directa. Asimismo, las políticas laborales deben contemplar la implementación de medidas de conciliación y apoyo para el personal que sí tiene hijos menores, con el fin de preservar su salud física y emocional, y mejorar el clima organizacional.

Q8.- ¿Tiene personas mayores a su cargo?



La gráfica evidencia que Europa concentra el mayor número absoluto de participantes (n=1,682), de los cuales 179 (10.6 %) indicaron tener personas mayores a su cargo, mientras que 1,503 (89.4 %) no. A pesar de la amplia base de encuestados, la proporción de cuidadores es relativamente baja. En América, participaron 583 profesionales. De ellos, 156 (26.8 %) afirmaron tener a su cargo adultos mayores, una proporción considerablemente superior a la europea. Este dato podría reflejar diferencias estructurales en la red de apoyo institucional y familiar entre regiones. Por su lado, África muestra una proporción aún más alta: 129 de 354 participantes (36.4 %) cumplen este rol, siendo el continente con la mayor carga relativa de cuidado entre los encuestados. En Asia, aunque el total de participantes fue reducido (n=14), 8 personas (57.1 %) declararon ser cuidadores, lo que representa la mayor proporción relativa de cuidado familiar entre todas las regiones, aunque el tamaño muestral limita la generalización. Finalmente, en Oceanía, de los 6 participantes, 3 (50.0 %) reportaron tener personas mayores a su cargo.

Los datos coinciden con los hallazgos de Looman, van den Heuvel y Huijsman (2018), quienes señalaron que en regiones europeas con una

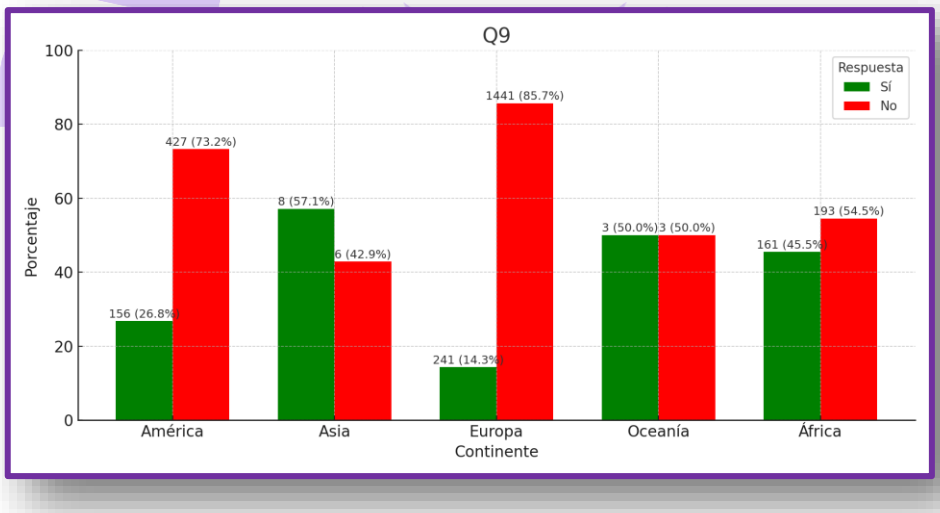
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

mayor oferta de servicios formales de cuidado (como residencias, cuidados a largo plazo y atención domiciliaria profesional), los cuidadores familiares —incluidos profesionales de salud— reportan menor carga emocional y mayor bienestar. Esto explica en parte la baja proporción de cuidadores en Europa.

Por el contrario, en regiones como América Latina y África, donde el sistema de cuidados formales es limitado o inaccesible, la responsabilidad recae casi exclusivamente en el entorno familiar, incluso cuando el familiar cuidador es un profesional de salud. Según Montañez et al. (2022), la cohabitación con adultos mayores en estos contextos se asocia con una carga subjetiva significativa, agravada por la escasez de apoyo institucional.

Gómez-Soler et al. (2024), refiere que los cuidadores familiares realizan tareas médicas complejas, muchas veces sin orientación formal, lo que agrava el riesgo de errores, agotamiento y deterioro en la calidad de vida del cuidador. Este escenario plantea un riesgo de salud ocupacional para el personal sanitario, especialmente en regiones con alta carga de cuidado familiar como África y América. La exposición continua al estrés —tanto profesional como doméstico— incrementa el riesgo de burnout, ansiedad y problemas psicosomáticos (Halperin, et al., 2022).

Q9.- ¿Tiene personas dependientes a su cargo?



Según la gráfica, Asia y Oceanía, aunque con tamaños muestrales pequeños, presentan las mayores proporciones de profesionales con personas dependientes a su cargo (57.1 % y 50.0 %, respectivamente). África también presenta una cifra considerable: más de un tercio (36.4 %) de los profesionales declara tener personas dependientes bajo su cuidado. Por su parte en América, cerca de 1 de cada 4 profesionales cumple funciones de cuidado informal (26.8 %). Y en Europa, aunque concentra la mayor

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

cantidad de participantes, solo el 10.6 % cumple funciones de cuidado, lo cual podría estar relacionado con una mayor disponibilidad de servicios formales y políticas públicas de cuidado (Wagner & Brandt, 2018). Aunque con tamaños muestrales reducidos, Asia y Oceanía muestran las tasas más altas de personal sanitario que cumple funciones de cuidado informal. Estos hallazgos reflejan posibles contextos en los que el cuidado familiar continúa siendo un pilar central, frente a la limitada cobertura de servicios institucionales de apoyo.

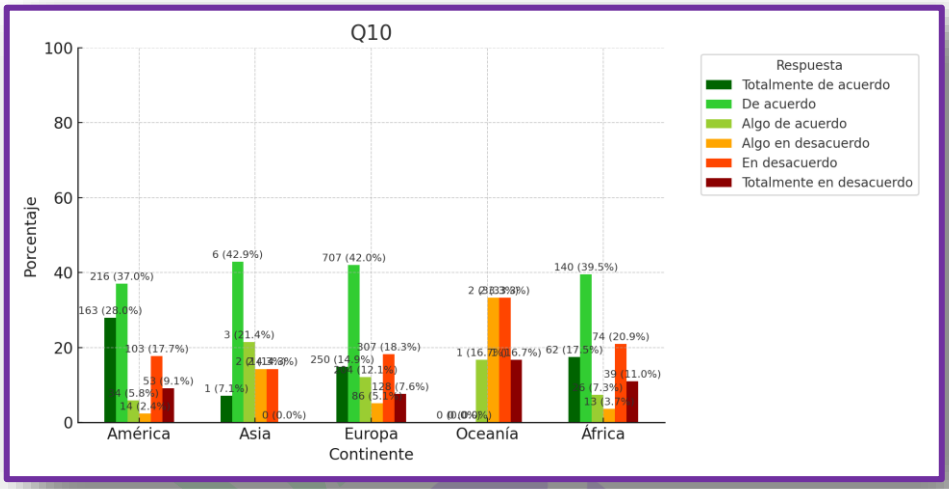
En África y en América, un número significativo de profesionales también asume responsabilidades de cuidado familiar. Esta tendencia está asociada a sistemas de salud fragmentados, falta de redes formales de apoyo y desigualdades estructurales que cargan el cuidado doméstico sobre las familias, particularmente las mujeres del sector salud (Sanjuán-Quiles, A. et al., 2023). Lo que es ratificado por Pérez y Urrejola (2024), quienes mencionan que los cuidadores informales en contextos de alta demanda y bajo soporte institucional favorece altos niveles de agotamiento y ansiedad, así como una percepción de abandono por parte de las estructuras laborales.

Mientras en Europa muestra la proporción más baja de profesionales con personas dependientes a su cargo, lo cual puede explicarse por la existencia de políticas públicas más sólidas en atención a la dependencia y servicios de apoyo domiciliario. Este hallazgo está respaldado por el estudio de Wagner & Brand (2018) que demuestra que, en regiones europeas con mejor cobertura de cuidado formal, los trabajadores cuidadores presentan menor carga emocional y mejor bienestar general. Esto sugiere que el acceso a recursos sociales y comunitarios no solo alivia la carga del cuidador, sino que también optimiza su desempeño profesional.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q10.- Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.



Los resultados a la cuestión Q10 sobre si "Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales" reflejan una distribución desigual entre continentes.

Pese a que la opción "de acuerdo" ha sido la más votada por las personas de América (37%), en Asia (42,9%), Europa (74%) y África (39,5%), en Oceanía la postura mayoritaria se encuentra en torno al desacuerdo con un 16,7% en "totalmente en desacuerdo" con la afirmación.

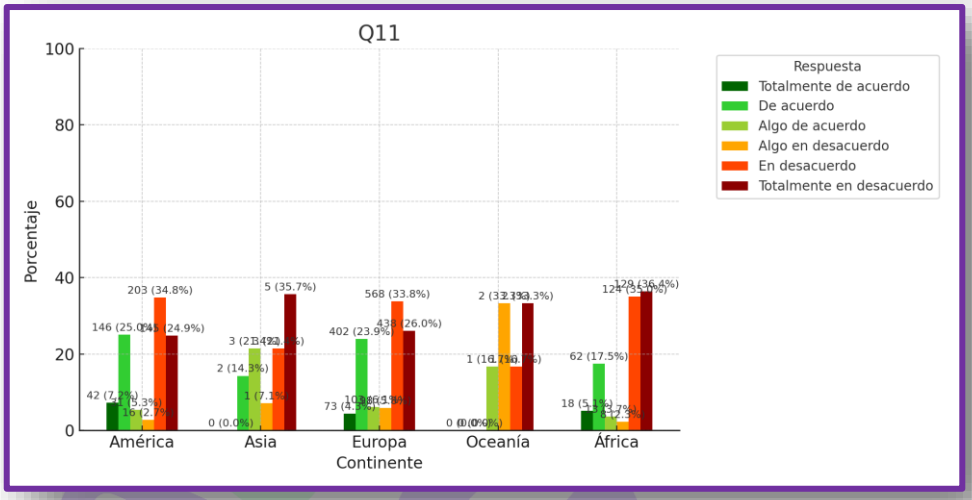
Esto refleja que en la mayoría de continentes, especialmente en América (28%) y África (17,5%) la mirada hacia la identificación del dolor intenso en los niños/as se basa en el modelo biomédico enfocándose únicamente en la variación de las constantes vitales.

La alta dependencia de las constantes vitales como indicador de dolor en América y África denota una formación técnica centrada en biomarcadores, lo cual puede llevar a subestimar el dolor si no se presentan estos signos.
Europa parece haber adoptado un enfoque más integral, entendiendo que las constantes vitales son solo uno de varios indicadores, lo cual puede conducir a una evaluación más precisa del dolor infantil.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q11.- Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.



Los resultados de la pregunta Q11 del cuestionario que enuncia que “debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas”, reflejan unas respuestas mayoritariamente “en desacuerdo” entre todos los participantes de todos los continentes.

Segmentando por región, en América la opción “totalmente en desacuerdo” fue votada por el 24,9%, en Asia por el 35,7%, en Europa un 26% (con el añadido de los 33,8% participantes posicionados “en desacuerdo” simple), más del 30% en Oceanía “totalmente en desacuerdo” y el 36,4% “totalmente en desacuerdo” por los participantes procedentes de África.

El continente que presenta mayor nivel “de acuerdo” respecto a esta afirmación es América con un 25% de los participantes procedentes de esta región. Esta creencia errónea está más presente en América, lo que indica la necesidad de actualización profesional. La neurobiología actual ha demostrado que incluso los recién nacidos perciben dolor de forma significativa. En Europa, menos del 50% se mostró de acuerdo con esto, reflejando probablemente una capacitación más ampliada sobre desarrollo neurológico y manejo del dolor infantil desde etapas tempranas.

Por tanto, este gráfico evidencia que el reconocimiento del dolor en menores de 2 años no depende solo del conocimiento científico sobre el desarrollo neurológico, sino también de factores socioculturales, económicos y políticos que varían por continente:

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

- *Europa y América del Norte*: Implementan con mayor rigor las recomendaciones de organismos internacionales sobre el manejo del dolor en la primera infancia. Hay acceso a escalas de valoración específicas como NIPS o FLACC, así como intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Esto refleja un mayor reconocimiento de que, aunque los bebés no tengan memoria declarativa, sí experimentan dolor, y su sistema nervioso inmaduro los hace más vulnerables a experiencias nocivas. Según Anand & Fitzgerald (2022), en países como Suecia, Canadá o el Reino Unido, el dolor en neonatos se aborda desde una perspectiva bioética y neuropsicológica, integrando a las familias en el proceso de cuidado.

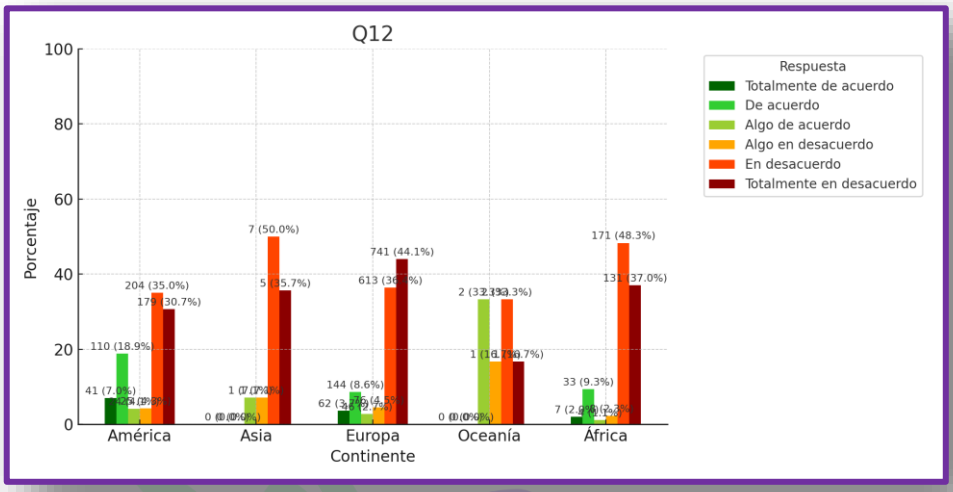
- *América Latina*: Si bien hay avances, aún persisten prácticas hospitalarias que subestiman el dolor en menores de 2 años. Muchos hospitales no cuentan con protocolos específicos y las prácticas se basan en percepciones individuales del personal. Un estudio de Meléndez et al. (2022) en hospitales públicos de Perú y Colombia reveló que solo el 58% de profesionales de enfermería reconocía el dolor como un fenómeno relevante en neonatos, y menos del 40% aplicaba herramientas estandarizadas.

- *Asia y África*: Se enfrentan a desafíos estructurales, culturales y educativos. Aunque existen países como Japón o Corea del Sur con prácticas avanzadas, en otras regiones del sudeste asiático o África Subsahariana, el dolor infantil se trata escasamente debido a la escasa formación en neurodesarrollo pediátrico. Walker et al. (2021) señalan que la falta de acceso a opioides pediátricos y la carencia de protocolos estandarizados afectan gravemente la atención del dolor en África Central, donde la mayoría de hospitales no consideran sistemáticamente la analgesia en niños menores de 2 años.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q12.- Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.



La pregunta Q12 sobre si "estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor", es un concepto incorrecto más aceptado en América (18,9% de personas "de acuerdo" con la afirmación) y Oceanía (33% de personas "algo de acuerdo" con la afirmación), lo cual puede limitar la empatía y personalización del tratamiento.

En Europa se muestra mayor conciencia sobre la subjetividad del dolor infantil, probablemente como resultado de enfoques más centrados en el paciente y mejor formación teórica y práctica.

Esto se refleja en el porcentaje tan elevado de personas europeas que votaron estar "totalmente en desacuerdo" con la afirmación (44,1%), seguida de África con un 48,3% "en desacuerdo" simple y un 50% en Asia "en desacuerdo".

Es necesario concienciar a las personas sobre que cada niño/a experimenta el dolor de forma única, influido por factores diversos desde psicológicos y sociales hasta biológicos o neurocognitivos.

El gráfico evidencia una verdad fundamental en pediatría: el dolor es una experiencia subjetiva, incluso en la infancia temprana. La idea de que "un mismo estímulo produce el mismo dolor" en todos/as los/as niños/as es errónea. La intensidad del dolor depende de factores como:

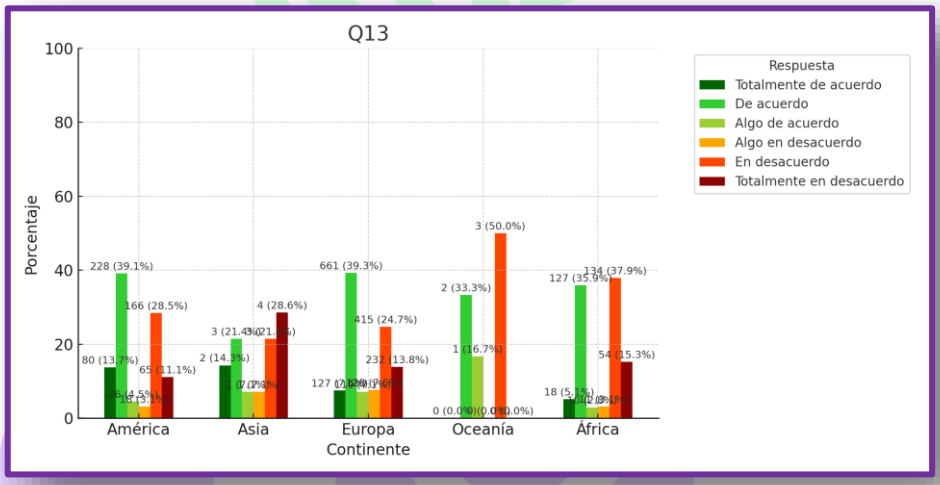
- Maduración del sistema nervioso.
- Presencia o ausencia de estrategias analgésicas.
- Acompañamiento familiar.
- Estado nutricional y salud general.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

- Apoyo emocional y condiciones del entorno.

Aunque el sistema nervioso aún está en desarrollo en niños/as menores de 2 años, la percepción del dolor puede ser más intensa, ya que los mecanismos inhibitorios (moduladores) están menos desarrollados. Sin embargo, cómo se manifiesta ese dolor varía según el entorno psicosocial y cultural en el que se encuentra el niño o niña.

Q13.- Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.



Las respuestas a la cuestión Q13 sobre si "Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor" presenta resultados diversos entre las distintas regiones. La distribución resulta ser similar entre las personas procedentes de América y de Europa donde, la mayor proporción de personas se sitúa "de acuerdo" (39,1% y 39,3%, respectivamente), mientras que, en Asia, la más votada es "totalmente en desacuerdo" (28,6%) y en Oceanía y África, la opción más votada fue "en desacuerdo" (37,9%).

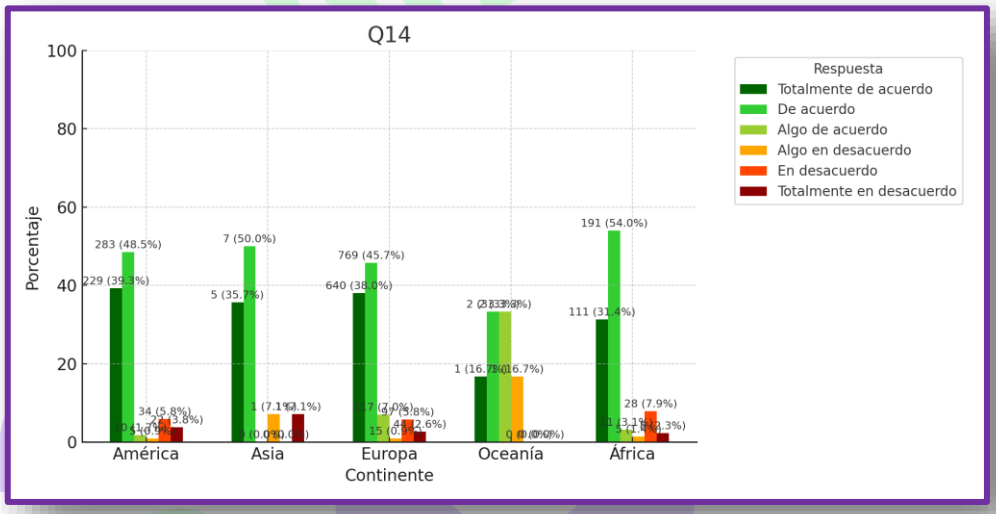
Esto indica que en los países donde la postura mayoritaria es "totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" puede que no se conozcan totalmente los efectos de los opioides en este tipo de población y pacientes vulnerables, mientras que en las posturas donde el "totalmente en desacuerdo" es lo más referido, puede que no se dé la importancia total necesaria a los riesgos y beneficios de la aplicación de estos grupos farmacológicos y se decanten por su uso, aunque el mismo no tiene por qué tener totalmente connotaciones negativas.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

La desinformación sobre la tolerancia a opioides en lactantes es más prevalente en América y Oceanía, cuestión que puede provocar tratamientos insuficientes para el dolor en neonatos, afectando su bienestar inmediato y futuro.

Es por ello que es necesario crear mayor conocimiento sobre la farmacocinética y farmacodinamia en pediatría, promoviendo un uso más seguro y eficaz de opioides bajo supervisión clínica.

Q14.- Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.



Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece a Europa, con un total de 1682 personas, de las cuales 1526(90.7%) indicaron que está de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 156 (9.3%) está en desacuerdo.

En el caso de América, 583 participantes respondieron, de los cuales 522 (89.5 %) indicaron que está de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 61 (10.5%) está en desacuerdo.

Para África, se identificaron 354 encuestados, de los cuales 313(88.4%) indicaron que está de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 41 (11.6%) está en desacuerdo.

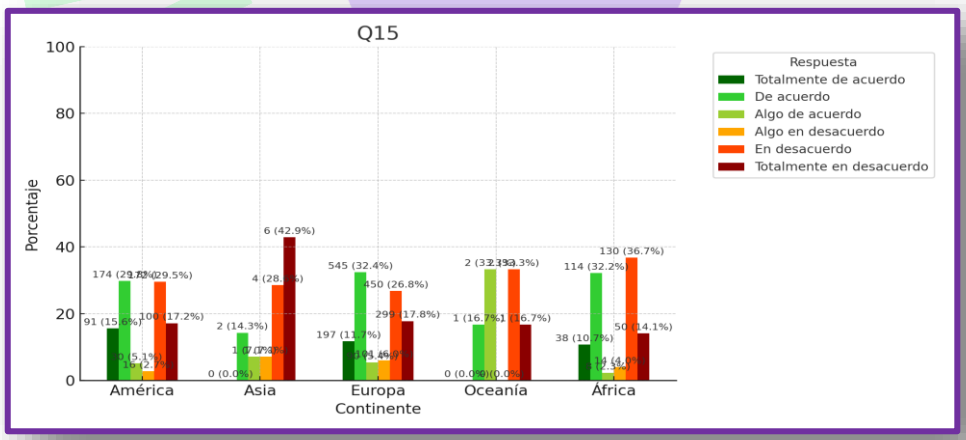
En cuanto a Asia, participaron 14 personas, de los cuales 12 (85.7 %) indicaron que está de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 2 (14.3%) está en desacuerdo.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Lo encontrado se respalda en Välimäki et al. (2021), quienes reportaron que el 71 % de las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en 27 países europeos utilizan protocolos estandarizados para el manejo del dolor y sedación, con un 81 % realizando evaluaciones diarias del dolor. Además, el 92 % de estas UCIP indicaron que las enfermeras son las principales responsables de monitorizar el dolor en niños, evidenciando un compromiso sólido y un acuerdo generalizado en adaptar las dosis posteriores según la respuesta individual del paciente. No obstante, se encontró una variabilidad significativa en la implementación de estos protocolos entre distintos países y centros, atribuida a diferencias en recursos, formación y políticas institucionales.

En el contexto americano, se observa una creciente tendencia a individualizar las dosis analgésicas en el manejo del dolor pediátrico, con variaciones regionales. En América del Norte, Fowler et al. (2020) reportaron que médicos de urgencias pediátricas en Canadá priorizan el control adecuado del dolor por sobre el riesgo de dependencia a opioides, enfocándose en las necesidades específicas de cada paciente. Por su parte, en América Central, McNeil et al. (2021) evidenciaron que la integración de cuidados paliativos pediátricos en 17 países latinoamericanos es variable, con una marcada necesidad de mejorar la formación y la implementación de prácticas individualizadas para el manejo del dolor pediátrico. Esto refleja que, aunque existe consenso sobre la personalización del tratamiento, la aplicación práctica y el nivel de preparación siguen siendo heterogéneos en la región americana, incluso más que en Europa.

Q15.- Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.



Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece a Europa, con un total de 1682 personas, de las cuales 832(49.5%) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor, mientras que 850 (50.5%) está en desacuerdo.

En el caso de América, 583 participantes respondieron, de los cuales 295 (50.6 %) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor, mientras que solo 288 (49.4%) está en desacuerdo.

Para África, se identificaron 354 encuestados, de los cuales 160 (45.2%) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor, mientras que 194 (54.8%) está en desacuerdo.

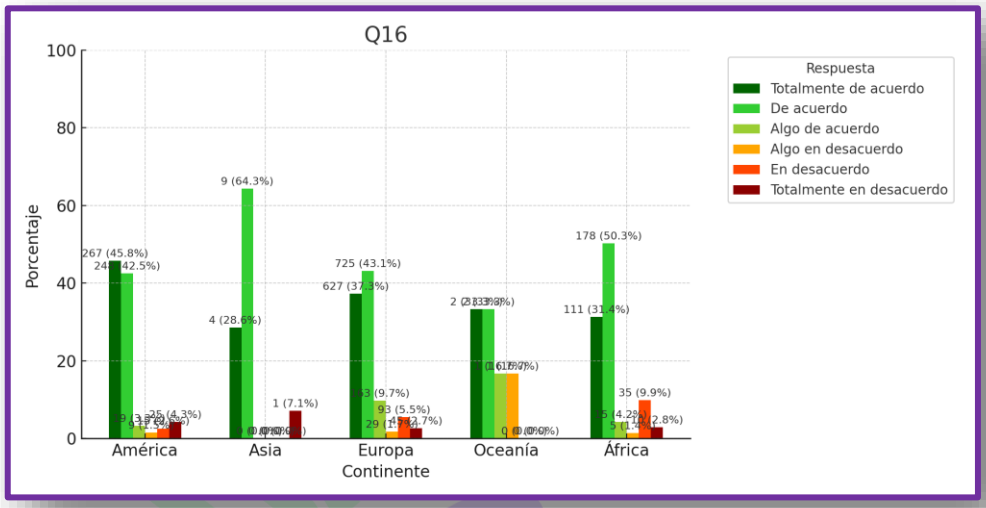
En cuanto a Asia, participaron 14 personas, de los cuales 3 (21.4 %) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor, mientras que 11 (78.6 %) está en desacuerdo.

Al respecto se encontró la siguiente investigación que permite contrastar los resultados encontrados. Cozzi et al., (2021) En el manuscrito resultado del trabajo de un grupo de investigación de médicos de urgencias pediátricas y anestesiólogos italianos, expertos en el manejo del dolor. El grupo revisó la literatura sobre dolor psicosomático y trastorno de síntomas somáticos y desarrolló una práctica clínica específica para el ámbito de las urgencias pediátricas. Encontraron los siguientes resultados: El manuscrito proporciona información sobre las principales características clínicas que comparten los pacientes con dolor psicosomático, así como sobre los criterios diagnósticos actuales y el manejo adecuado en urgencias. Además, destaca los posibles riesgos que puede enfrentar el médico de urgencias al tratar con estos pacientes. Concluyeron que esta práctica clínica debe considerarse como un punto de partida hacia una mejor comprensión de los pacientes con dolor psicosomático y una estandarización de la atención en el ámbito de las emergencias pediátricas.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q16.- El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.



Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece a Europa, con un total de 1682 personas, de las cuales 1515 (90.1%) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 167 (9.9%) está en desacuerdo.

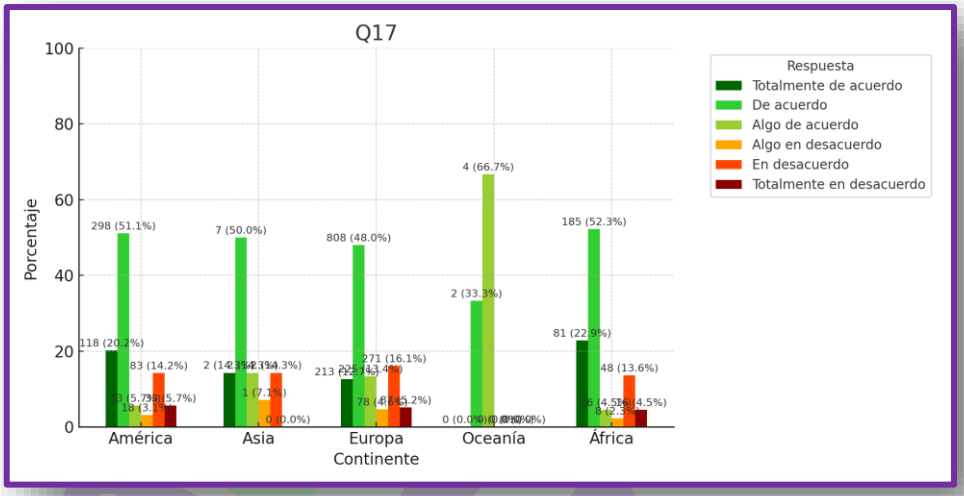
En el caso de América, 583 participantes respondieron, de los cuales 534 (91.6 %) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 49(8.4%) está en desacuerdo.
Para África, se identificaron 354 encuestados, de los cuales 304(85.9%) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 50 (14.1%) está en desacuerdo.

En cuanto a Asia, participaron 14 personas, de los cuales 13 (92.9%) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 1 (7.1%) está en desacuerdo.

El dolor infantil es reconocido como una experiencia compleja y subjetiva, influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan de manera dinámica. En Europa, esta perspectiva integral se refleja en la implementación de estrategias multidisciplinarias para la evaluación y manejo del dolor pediátrico. Un estudio realizado en Italia evidenció que la mayoría de los hospitales pediátricos de tercer nivel emplean protocolos estandarizados para la evaluación y manejo del dolor, incorporando tanto intervenciones farmacológicas como no farmacológicas, y considerando aspectos emocionales y sociales en el tratamiento (Marchetti et al., 2023).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q17.- Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.



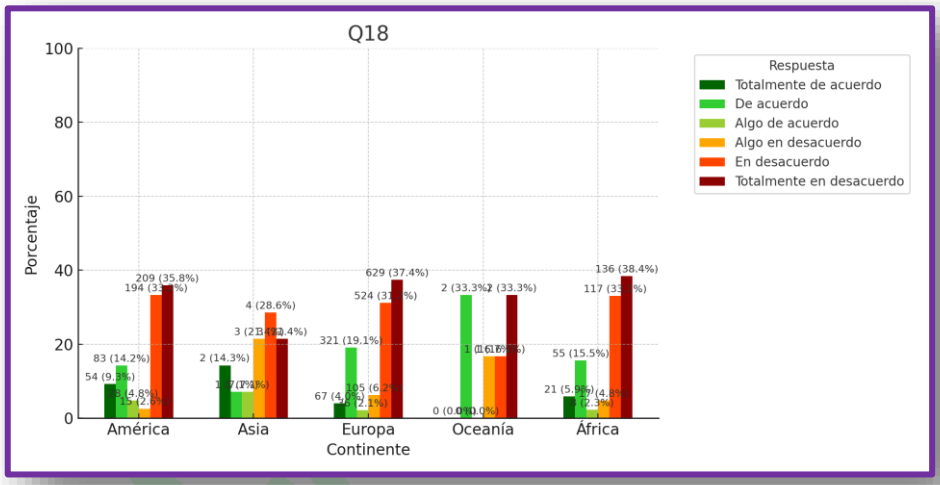
Las respuestas en torno a la cuestión Q17 "las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso" muestran que, a pesar de una mayoría en la opción "de acuerdo" en América (51,1%), Asia (50%), Europa (48%) y África (52,2%), principalmente, no muestran posicionarse en la opción "totalmente de acuerdo" lo que genera debate sobre si las personas no encuentran o conocen la seguridad y el potencial de las técnicas no farmacológicas para el abordaje de las distintas intensidades del dolor.

En Oceanía, la mayoría parece situarse en posición "algo de acuerdo" con un 66,7% de la proporción de personas pertenecientes a este continente.

El hecho de que muy pocos seleccionen "totalmente de acuerdo" abre un debate relevante sobre la percepción de su eficacia frente al dolor más intenso. Este debate puede explicarse con la falta de evidencia conocida o percibida o el reconocimiento de los límites de estas técnicas. A pesar de esto, el hecho de que no se alcancen porcentajes altos en el extremo de "totalmente de acuerdo" podría ser un llamado a fortalecer la confianza en estas herramientas y ampliar la investigación sobre su eficacia en contextos de dolor más severo.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q18.- Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.



Los resultados en torno a la cuestión Q18 segmentadas por continentes sobre si "durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes", refleja un desacuerdo globalizado entre las diferentes regiones.

En América el 35,8% de las personas se situó "totalmente en desacuerdo", el 23,4% en Asia, el 37,4% en Europa, el 33,3% en Oceanía y el 38,4% en África. Esto genera que la tendencia hacia permitir que los padres puedan estar presentes está en auge, haciendo así partícipes a los padres de brindar tranquilidad a los pacientes pediátricos y de esta manera, poder reducir sus niveles de ansiedad o incertidumbre.

A pesar de esta tendencia, son algunas las personas que a también se posicionaron en la postura "totalmente de acuerdo", especialmente en América (9,3%), Asia (14,3%) y África (5,9%). A pesar de la tendencia hacia la inclusión, el hecho de que todavía haya personas que se posicionen "totalmente de acuerdo" con que los padres no deben estar presentes plantea interrogantes sobre las barreras culturales, estructurales o incluso formativas que aún persisten.

La mayoría de respuestas en desacuerdo parece indicar una conciencia creciente del valor psicológico y emocional que representa la presencia parental para los niños. Diversos estudios han evidenciado que los padres pueden ayudar a reducir el dolor percibido, la ansiedad y la angustia en los pacientes pediátricos durante procedimientos médicos. Esto va en línea con un enfoque de atención más centrado en la familia.

Un estudio en Singapur muestra que el 91% de los médicos y 65% del personal de enfermería prefieren que los padres no estén presentes, citando estrés profesional y retrasos.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Palomares et al. (2023) en España reportaron que un 72 % de los profesionales opinan que los padres deben estar presentes en procedimientos menos invasivos, pero solo 4 % en intervenciones invasivas. Además, la edad del profesional influye negativamente en la aprobación.

Ponthier et al. (2020) en Francia observaron gran variabilidad, donde la presencia se permitía mayormente en muestras de sangre, pero no en procedimientos críticos pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.

En Estados Unidos, el enfoque centrado en la familia ha impulsado políticas que promueven la presencia parental en emergencias y procedimientos, avaladas por sociedades como la AAP y ACEP. No obstante, en estudios israelíes y de EE. UU., muchos padres optan por acompañar, pero los profesionales aún muestran reticencia.

Los resultados obtenidos en este estudio, al analizar las respuestas según el continente de origen de los participantes, revelan una tendencia homogénea de oposición hacia la presencia de los padres durante procedimientos dolorosos en niños. En continentes como Europa, América y África, aproximadamente el 70 % de los profesionales manifiestan su desacuerdo con esta práctica. Aunque estas cifras coinciden con otros estudios realizados en distintos contextos internacionales, resulta necesario detenernos a reflexionar críticamente sobre esta realidad.

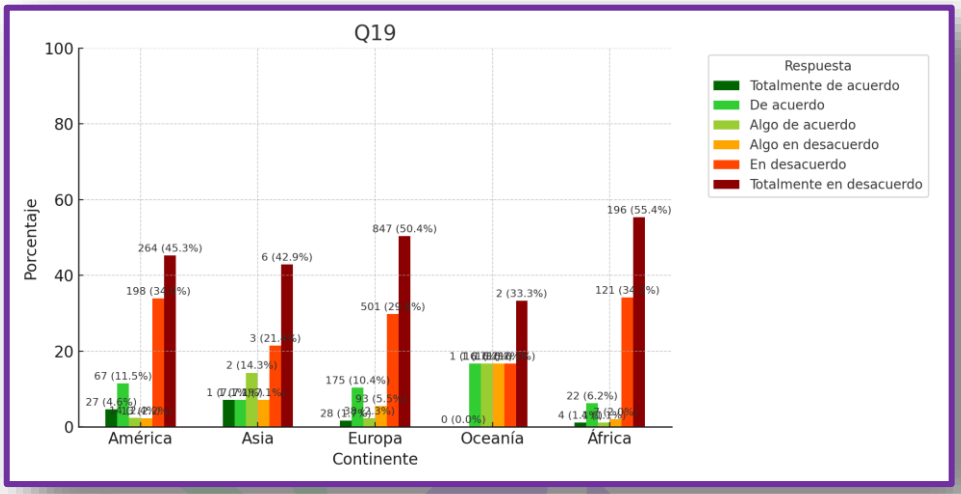
Desde una postura investigativa y ética, preocupa que, pese a la sólida evidencia científica que respalda los beneficios del acompañamiento parental —como la reducción del dolor percibido, la ansiedad y la mejora en los indicadores fisiológicos del niño—, la mayoría del personal de salud continúe restringiendo esta posibilidad. Tal contradicción sugiere que las decisiones clínicas no siempre se fundamentan en la mejor evidencia disponible, sino más bien en creencias arraigadas, temores personales, barreras institucionales y en la falta de formación en enfoques de atención centrada en la familia.

Esta resistencia profesional podría estar relacionada con la percepción de que la presencia de los padres genera mayor estrés, limita la autonomía del profesional o incluso interfiere con la dinámica del procedimiento. No obstante, dichas preocupaciones, si bien comprensibles, no deberían primar por sobre los principios bioéticos fundamentales como la beneficencia, la no maleficencia y el respeto por los derechos del niño hospitalizado, tal como lo plantea la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1989).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q19.- Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.



La tabla evidencia las posturas de profesionales de la salud de diferentes continentes sobre la afirmación de que los niños deben ser alentados a soportar el dolor antes de recibir algún alivio. A partir de 2,639 participantes, los hallazgos son los siguientes: África (n=354): 324 (91.5 %) están en desacuerdo en distintos grados (196 totalmente, 7 algo, 121 en desacuerdo). Solo 30 (8.5 %) muestran algún nivel de acuerdo, América (n=583): 475 (≈81.5 %) están en desacuerdo (264 totalmente, 13 algo, 198 en desacuerdo), 108 (18.5 %) manifiestan cierto grado de acuerdo, Asia (n=14): 10 (≈71.4 %) en desacuerdo; 4 (28.6 %) a favor, Europa (n=1682): 1,441 (≈85.7 %) en desacuerdo; solo 121 a favor (7.2 %) y Oceanía (n=6): 4 (66.7 %) en desacuerdo; 2 (33.3 %) a favor. Globalmente, 2,254 de los 2,639 participantes (≈85.5 %) rechazan la idea de que los niños deban tolerar el dolor antes de recibir tratamiento, lo que refleja un fuerte consenso internacional en contra de postergar el alivio del dolor en la infancia.

La evidencia científica apoya contundentemente la visión predominante en los datos: Según la American Academy of Pediatrics (AAP) y la American Pain Society (APS), el dolor infantil debe tratarse de forma inmediata y efectiva, sin esperar a que el niño "lo soporte" (AAP & APS, 2016). Friedrichsdorf et al. (2020) encontraron que los hospitales que implementan protocolos de alivio inmediato reportan menos complicaciones emocionales en los niños y mejor relación familia-salud. Anand & Craig (2021) destacan que los niños tienen derecho al alivio del dolor, independientemente de su edad, conducta o contexto, y que el retraso puede tener consecuencias físicas, emocionales y neurobiológicas. En contraste, actitudes que promueven el "aguante" antes del alivio reflejan prácticas tradicionales, no respaldadas por la ética ni la evidencia actual, y

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

que han sido superadas por enfoques centrados en el bienestar integral del niño.

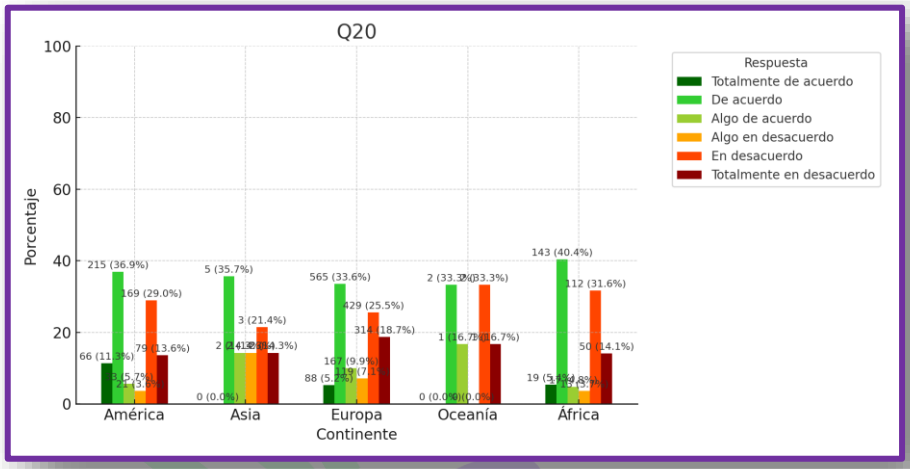
Los datos obtenidos muestran una tendencia global clara: los profesionales de todos los continentes —con ligeras variaciones— desaprueban rotundamente la idea de que los niños deban soportar el dolor antes de recibir una medida de alivio. Esta respuesta es consistente con los principios actuales de la pediatría moderna y con los derechos del niño hospitalizado establecidos por la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989).

Estos resultados son positivos, ya que evidencian una creciente conciencia profesional sobre la necesidad de brindar un cuidado humanizado, empático y libre de sufrimiento innecesario. No obstante, preocupa que aún exista un porcentaje —aunque minoritario— de profesionales que justifican o toleran la postergación del alivio del dolor. Esta postura refleja una visión desactualizada del cuidado, que debe ser abordada mediante estrategias formativas, normativas e institucionales. Promover el aguante del dolor como un valor o mecanismo de fortaleza no solo es clínicamente inadecuado, sino también éticamente cuestionable. Como profesionales de la salud, estamos llamados a proteger al niño de cualquier forma de sufrimiento evitable, y esto incluye no solo lo físico, sino también lo emocional y psicológico. Por tanto, es fundamental continuar fortaleciendo las competencias del personal de salud en el manejo del dolor pediátrico, implementando protocolos eficaces y fomentando una cultura de cuidado que priorice el alivio oportuno y empático del sufrimiento infantil, sin esperar a que el niño lo “tolere” o “supere”.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q20.- Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.



Las respuestas sobre la cuestión Q20 se ven distribuidas de forma no uniforme puesto que las opiniones sobre la cuestión “dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real” se distribuyen de manera parecida en torno a las respuestas “de acuerdo” con un 36,9%, un 35,7%, un 33,6%, un 33,3% y un 40,4% en América, Asia, Europa, Oceanía y África, respectivamente; mientras que las respuestas hacia “en desacuerdo” son del 29%, 21,4%, 25,5%, 33,3% y 31,6% en los mismos continentes mencionados, respectivamente.

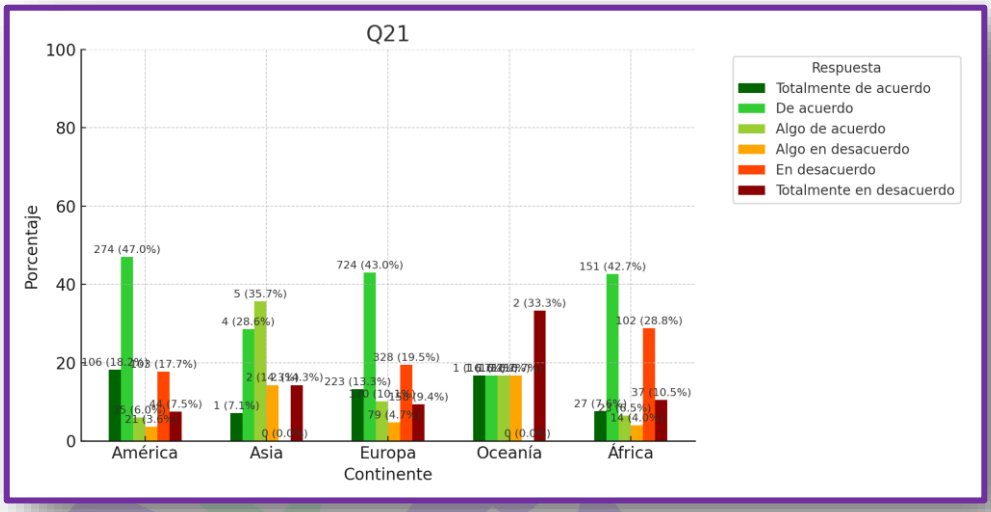
La distribución de respuestas a la cuestión Q20 refleja una clara falta de consenso global sobre el uso de placebos en el diagnóstico del dolor infantil. La similitud entre los porcentajes de quienes están “de acuerdo” y “en desacuerdo” sugiere que existe una división de opiniones significativa, posiblemente influenciada por factores éticos, formativos y culturales.

El hecho de que una proporción considerable respalde el uso de placebos podría indicar una persistencia de prácticas clínicas cuestionables, donde se duda de la veracidad del dolor expresado por el niño. Sin embargo, la existencia de un porcentaje similar de desacuerdo demuestra que una parte del personal sanitario también reconoce los dilemas éticos y la falta de justificación científica en recurrir a estrategias engañosas para evaluar el dolor.

Este escenario pone de manifiesto la necesidad de reforzar la formación ética y clínica sobre el manejo del dolor infantil, promoviendo métodos de evaluación más respetuosos y basados en la evidencia, que no comprometan la confianza entre el niño, la familia y el equipo de salud.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q21.- Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.



La distribución por continente muestra notorias diferencias culturales y profesionales en la percepción del riesgo de adicción pediátrica al uso de opioides: Europa es el continente con mayor número de participantes, destacando fuertemente por su alto nivel de acuerdo: 724 personas respondieron “De acuerdo” y 223 “Totalmente de acuerdo”. América también presenta una alta percepción del riesgo, con 274 “De acuerdo” y 106 “Totalmente de acuerdo”, aunque con mayor dispersión que Europa. África mantiene una distribución equilibrada, pero con menor volumen de respuestas y un nivel medio de acuerdo (151 "De acuerdo"). Asia y Oceanía presentan datos muy limitados (n<10 en la mayoría de categorías), lo que impide conclusiones representativas, aunque sus respuestas tienden hacia el acuerdo moderado.

Las diferencias regionales en la percepción del riesgo de adicción a opioides reflejan también las disparidades en políticas de salud, acceso a medicamentos y educación profesional, tal como se señala en múltiples revisiones internacionales:

- Europa y América del Norte han tenido experiencias directas con crisis de opioides, especialmente en EE.UU. y Canadá, lo que ha generado un cambio de paradigma hacia la prescripción responsable y ha sensibilizado a los profesionales de la salud (Volkow et al., 2019; Häuser et al., 2021). Europa en particular ha promovido desde hace décadas guías más estrictas en analgesia pediátrica y protocolos de seguridad, lo que explica la alta percepción de riesgo mostrada en el gráfico (WHO, 2012).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

- En América Latina, si bien el acceso a opioides es más limitado, se observa una creciente preocupación entre los profesionales de salud por los efectos adversos de su uso en pediatría, aunque con menor estandarización de guías (Garcia-Rodríguez et al., 2018).
- En África y Asia, el acceso a opioides para el dolor pediátrico ha sido históricamente muy limitado, no solo por falta de disponibilidad, sino también por barreras regulatorias y culturales (Berterame et al., 2016). Esto puede influir en una menor percepción del riesgo, dado el menor contacto clínico directo con estas terapias.

La figura por continente revela cómo el contexto geográfico, social y sanitario influye profundamente en la percepción profesional sobre el uso de opioides en pediatría. Europa lidera ampliamente en la afirmación del riesgo de adicción, lo que puede explicarse por su alta inversión en formación clínica, la presencia de guías éticas estrictas, y su experiencia más estructurada con el control de estos medicamentos. La conciencia del riesgo en este continente se traduce en un enfoque más preventivo y en la promoción activa de alternativas no opioides para el tratamiento del dolor agudo.

América, particularmente influida por la crisis de opioides en EE.UU., también muestra un elevado nivel de acuerdo, aunque con mayor dispersión. Esto refleja un entorno aún en transición, donde se mezcla una alta exposición al uso de opioides con una creciente necesidad de reformular su indicación clínica.

África, por su parte, muestra una postura intermedia. Aunque la percepción del riesgo existe, es probable que el uso restringido de opioides en el ámbito pediátrico —por factores regulatorios, económicos o de acceso— contribuya a una menor conciencia sobre sus efectos a largo plazo. Del mismo modo, Asia y Oceanía muestran resultados demasiado limitados para una conclusión sólida, aunque apuntan a una tendencia general de precaución.
Estos datos evidencian la necesidad de adoptar enfoques regionalizados en las políticas de uso de opioides pediátricos. No todos los continentes enfrentan el mismo contexto, por lo que las estrategias educativas, regulatorias y clínicas deben adaptarse a la realidad de cada región. Aun así, el mensaje global debe ser claro: los opioides tienen un lugar legítimo en la analgesia pediátrica, pero su uso debe estar estrictamente regulado, justificado y monitoreado, especialmente para prevenir el desarrollo de dependencia futura.

Las percepciones profesionales sobre el riesgo de adicción a opioides pediátricos varían considerablemente según el continente, reflejando diferencias en experiencias históricas, marcos regulatorios, niveles de acceso y educación clínica. Estas variaciones no deben interpretarse como contradicciones, sino como indicadores del grado de exposición y regulación que cada región ha enfrentado. Es indispensable promover la armonización

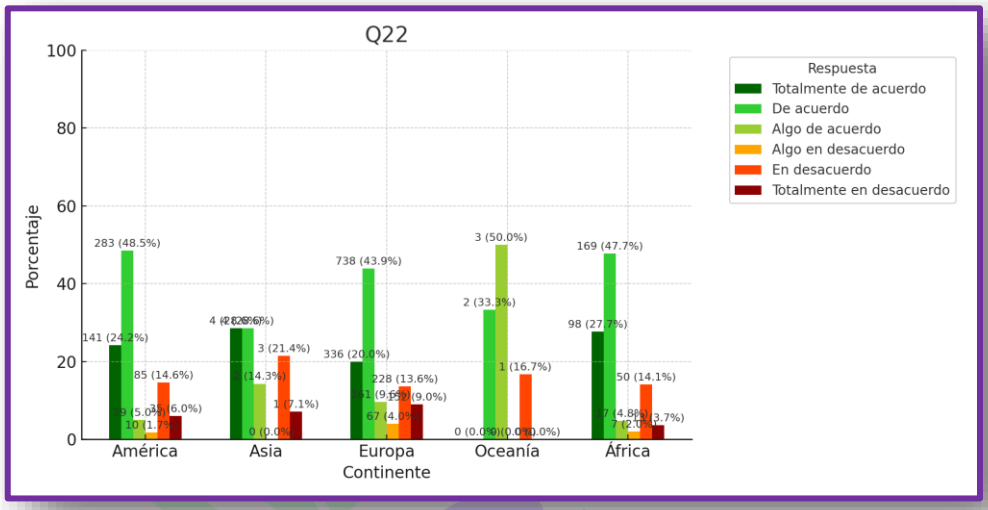
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

internacional de guías clínicas, sin dejar de considerar las particularidades culturales y sanitarias de cada región.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q22.- Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.



En el análisis por continentes, se aprecia que, son los participantes del continente europeo que afirman estar de acuerdo, mayoritariamente, asi mismo es el continente que también mayoritariamente reconoce estar algo de acuerdo y totalmente de acuerdo; seguido del continente América, que respondieron 453 participantes estar de acuerdo, algo o totalmente de acuerdo, siendo el continente asiático el que menos respuestas tuvo y estas fueron casi uniformemente distribuidas en las diferentes opciones de respuestas.

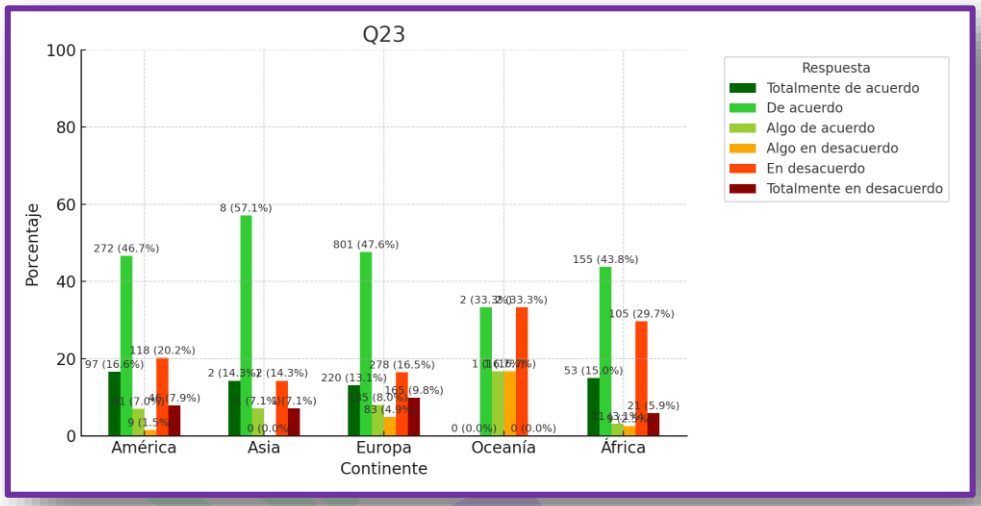
Sobre la temática, la Asociación Americana de Pediatría (2018), postula que es necesaria la prevención del dolor en el neonato, no solo por cuestiones éticas sino porque la exposición a sensaciones dolorosas en edades tan tempranas, y especialmente en la prematuridad, supone consecuencias en diferentes niveles de la persona con secuelas a corto y largo plazo como dificultades en la adaptación al entorno postnatal, generando problemas en el vínculo con los padres y en la alimentación. El neonato cuenta con neuroplasticidad, pero si se lo expone a situaciones dolorosas, estas generarán un bajo umbral de dolor para el resto de la vida.

Sobre los resultados del conocimiento de la aplicación de escalas, también cuenta la actitud de los propios pacientes, puesto que podrían dificultar un adecuado diagnóstico y control del dolor. En algunas ocasiones, los pacientes se conforman con alivio moderado del dolor, no demandando más analgesia o incluso rechazándola por miedo a sus posibles efectos adversos.

En conjunto, los datos reflejan un compromiso global creciente, aunque con diferencias regionales que deben atenderse mediante formación continua y acceso equitativo a herramientas de evaluación.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q23.- Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)



En el analisis por continentes, es evidente que los participantes del continente europeo (1156), respondieron mayoritariamente estar de acuerdo, algo de acuerdo o totalmente de acuerdo, seguido del continente americano, que respondían estar de acuerdo o algo y totalmente de acuerdo con 410 respuestas mientras que Oceanía fue el continente con menores respuestas, distribuidas casi de manera uniforme en todas las opciones.

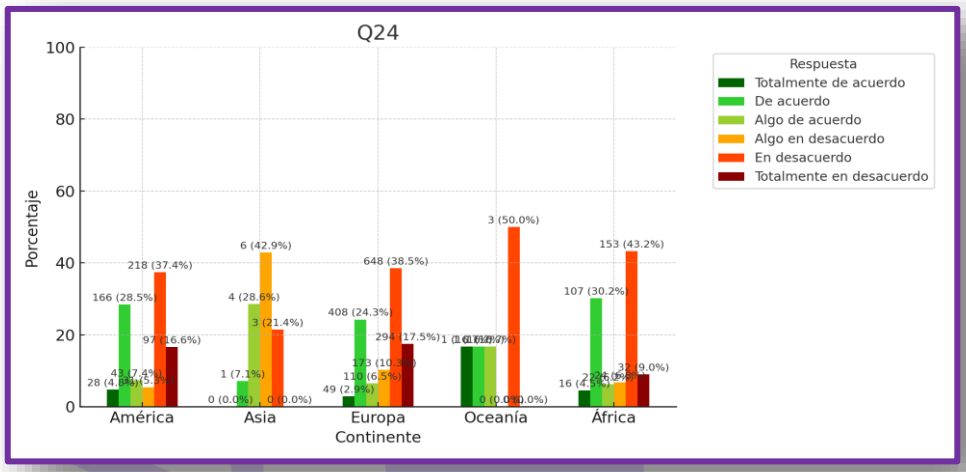
Durand y Mosqueda (2022), realizó su estudio sobre la efectividad del uso de realidad virtual en la disminución del dolor en niñas, niños y adolescentes sometidos a venopunción incorporando el uso de la realidad virtual en niños/as y adolescentes entre 4 y 19 años, sometidos a venopunción. Esta técnica viene siendo utilizada con estudios prospectivos y de cohorte, un 38,4% realizado en Turquía y 15,3% en Estados Unidos. En un 76,9% de las investigaciones, el uso de realidad virtual fue eficaz en la disminución de la percepción del dolor. Conduciendo a la conclusión que el uso de realidad virtual en la venopunción es una intervención de distracción efectiva que reduce significativamente la percepción del dolor autoinformado en niños/as y adolescentes entre 4 a 19 años, obteniendo menor puntuación en escalas del dolor, en comparación con grupos al que no se les aplicó la realidad virtual.

Celeste-Gómez, M. (2018) en un estudio en España en dos hospitales públicos, afirma que todo niño nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional es considerado prematuro. Estos infantes necesitan apoyo para lograr la supervivencia; es así como, según la Sociedad Iberoamericana de Neonatología, los niños nacidos pretérmino son sometidos a diversos procedimientos que en la mayoría de los casos producen dolor. Los bebés prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional son sometidos a entre 5 y 14 procedimientos dolorosos por día, y el 80 % de ellos no recibe

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

analgésicos. Es importante, a su vez, considerar que el hecho de sufrir dolor podría generar consecuencias en su desarrollo, ya sea a corto o largo plazo.

Q24.- La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.



El gráfico de la pregunta Q24 sobre si "la formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente" muestra dispersión en las respuestas, lo que evidencia una falta de consenso entre los participantes a nivel global. En América, el 37,4% de los encuestados respondió "en desacuerdo", mientras que un 28,5% se mostró "de acuerdo", y solo un 4,8% marcó "totalmente de acuerdo". Esto refleja una opinión dividida, donde una parte significativa reconoce parcialmente la afirmación, pero una mayoría expresa cierto desacuerdo o duda. En Europa, la tendencia es similar: el 38,5% respondió "en desacuerdo", y el 24,3% "de acuerdo", lo que también señala un posible escepticismo frente al contenido de la afirmación evaluada.

En África se repite el patrón, con un 43,2% que seleccionó "en desacuerdo" y un 30,2% "de acuerdo", confirmando que la afirmación no cuenta con una aceptación mayoritaria. En Asia, aunque los porcentajes son más bajos por la menor participación, el 42,9% también eligió "algo en desacuerdo", lo que refuerza esta tendencia global. Oceanía muestra el caso más extremo: el 50% de los encuestados se ubicó en "algo en desacuerdo" y ninguno eligió las opciones "totalmente en desacuerdo".

En conjunto, estos datos evidencian que la afirmación evaluada en la Q24 genera incertidumbre o es vista con escepticismo en la mayoría de los continentes. La notable presencia de respuestas en "algo en desacuerdo" sugiere que no se trata de un rechazo absoluto, sino de una posición intermedia que podría estar influenciada por desconocimiento, falta de evidencia o diferencias culturales y profesionales.

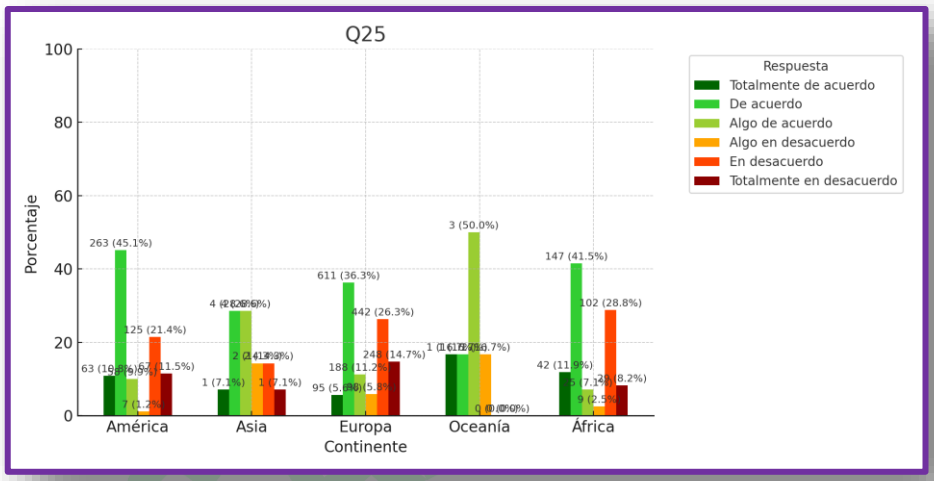
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

Q25.- Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.



En el análisis por continentes, se aprecia el continente de Europa respondió mayoritariamente estar de acuerdo (611), algo de acuerdo (188) y y totalmente de acuerdo (95), En cuanto al reconocimiento de signos precoces de dolor en recién nacidos, el 57.1% de los encuestados afirma estar de acuerdo en algún grado (7.7% totalmente de acuerdo, 10.5% algo de acuerdo y 38.9% de acuerdo). Sin embargo, un 42.9% manifiesta desacuerdo (25.4% en desacuerdo, 4.4% algo en desacuerdo y 13.1% totalmente en desacuerdo). Al respecto en países de diversos continentes, por citar la Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia (2023), afirma que existen datos suficientes para afirmar que el neonato es capaz de percibir dolor. El reconocimiento de la existencia del dolor en el RN y su tratamiento se ha convertido en uno de los principales puntos de buena práctica clínica en los servicios de neonatología. Los componentes anatómicos y funcionales que intervienen en la percepción de los estímulos del dolor (hipocampo, sistema límbico, diencéfalo, neurotransmisores y receptores glutaminérgicos y opioides) están presentes antes del nacimiento del niño. Durante el proceso de gestación van madurando hasta las 25- 26 semanas de edad gestacional que ya se encuentran lo suficientemente desarrollados. La no mielinización o mielinización insuficiente no implica ausencia de transmisión del estímulo doloroso, sino una transmisión más lenta del mismo.

Con especial énfasis La Royal Chirldren Malbour (2023), afirma que el manejo del dolor en neonatos con enfermedad aguda y/o en el período postoperatorio no solo es humanitario, sino que también es esencial para minimizar las respuestas endocrinas, metabólicas y neurológicas al dolor. Se ha demostrado que mejora significativamente el tiempo de recuperación y la cicatrización, y puede prevenir el desarrollo de dolor crónico. Sin embargo, la exposición a opioides en ausencia de dolor puede afectar negativamente el desarrollo cerebral y el neurodesarrollo. El uso prudente de opioides en neonatos es imperativo, y seguir un algoritmo de manejo del

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

dolor ha demostrado ser eficaz para proporcionar un manejo adecuado del dolor y minimizar la exposición a opioides.

También cuenta el manejo no farmacológico en la que todos los neonatos deben recibir estrategias físicas y psicológicas adecuadas para su desarrollo durante cualquier procedimiento doloroso. Se deben usar estrategias no farmacológicas, además de las farmacológicas siempre que sea posible como contacto piel con piel, lactancia materna (depende de la intención materna y de la capacidad del neonato para amamantar), succión no nutritiva (con el consentimiento de los padres para utilizar un chupete) entre otros.

El dolor ha sido definido como toda experiencia sensorial y emocional no placentera que está asociada con daño tisular, o descrita como si lo hubiera. Dicho daño es motivado por la puesta en marcha de mecanismos hormonales diversos, así como por un aumento del grado de estrés oxidativo. Durante años ha existido la falsa creencia de que el recién nacido, por su inmadurez biológica, percibe menos el dolor y lo tolera mejor, estando actualmente demostrada, en diversas investigaciones en campos como la psicología, anatomía y neurofisiología del recién nacido la falsedad de ambos asertos.

Es importante involucrar a los padres en las estrategias de atención del desarrollo neurológico durante procedimientos dolorosos "menores" no urgentes, como punciones en el talón y venopunciones, ya que esto mejora los beneficios de estas técnicas para el neonato al tener a sus padres y familiares presentes brindando esta atención. Esta concepción errónea del dolor en el neonato ha motivado un insuficiente tratamiento del mismo, con consecuencias sobre la salud física y psíquica del recién nacido. La no mielinización o mielinización insuficiente no implica ausencia de transmisión del estímulo doloroso, sino una transmisión más lenta del mismo.

El sistema nervioso periférico se considera funcional en la semana 20 postconcepcional. La transmisión y respuesta al dolor forma parte de un complejo sistema en el que interaccionan numerosos mecanismos neuroendocrinos, con componentes tanto de sobreestimulación como de inhibición. En el recién nacido a término y pretérmino están inmaduros aún muchos mecanismos inhibitorios, por lo que el neonato puede presentar incluso respuestas fisiológicas y hormonales exageradas frente a un mismo estímulo doloroso que las mostradas por niños de mayor edad o adultos, presentando menor umbral del dolor cuanta menor es la edad gestacional del paciente. Debe promoverse un entorno adecuado, con limitación de ruidos y luz ambiental. Intervenciones que pueden ayudar a relajar al paciente incluyen la música, el hablarles suavemente o mecerles. La manipulación del neonato debe realizarse de forma lenta y suave, promoviendo comportamientos y posturas de autorregulación de autorregulación, como sostener, agarrar y succionar.

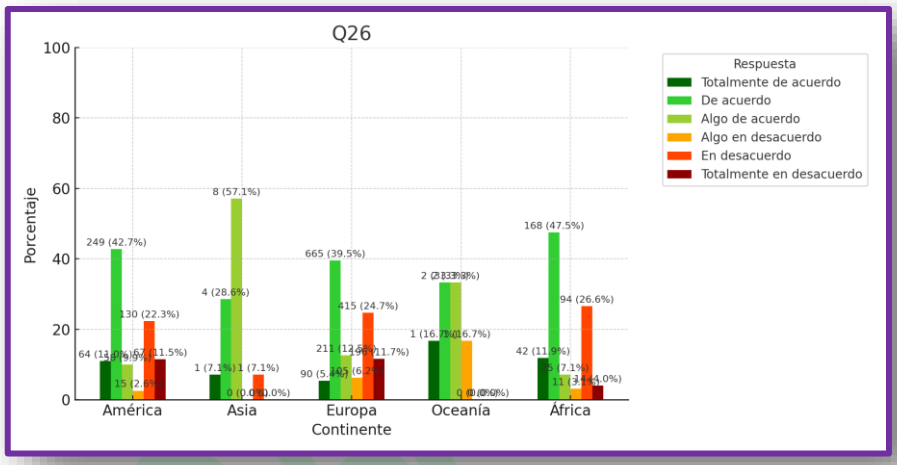
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
Project: 101177475 — HUPEDCARE — ERASMUS-EDU-2024-CBHE.2024-2027.
La Libertad, Trujillo, Perú | Cal Diego de Almagro, 344 |
info@hupedcare.com
https://www.linkedin.com/in/proyecto-hupedcare-0198a532b/

Q26.- Sé cómo actuar ante el dolor agudo en niños/as.



En relación a los encuestados de los continentes se encuentra que en los 3 continentes que se realizó el mayor número de encuestados hubo similitud en los resultados; en Europa, América y África se encontró que el mayor porcentaje están de acuerdo en saber cómo actuar frente al dolor en niños con 57.4%,63.6% y 66.3% respectivamente.

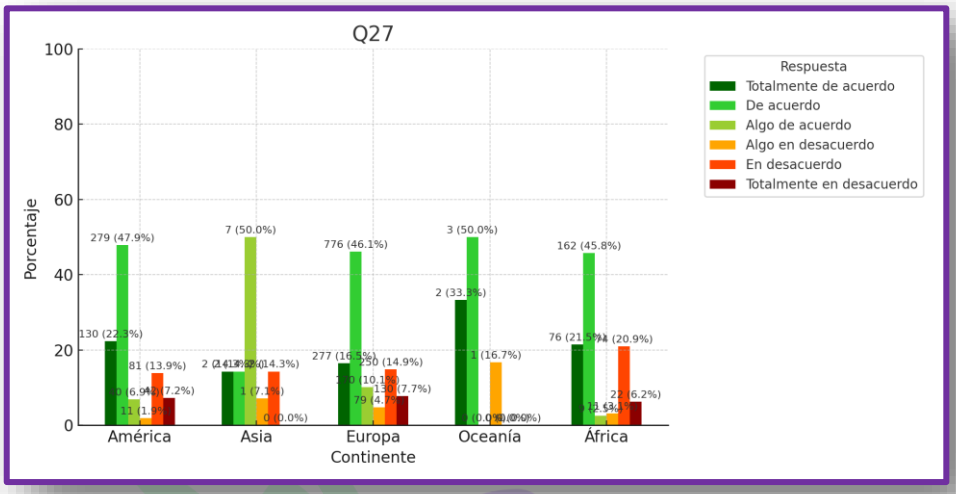
Asimismo, se encontró que el 42.6%,36.4% y 33.7% de los continentes Europa, América y África respectivamente muestran algún grado de desacuerdo.

En un estudio realizado por Cordero y col (2012), en varios países de Europa y de Iberoamérica sobre la actitud del personal de enfermería respecto a la formación continuada se pudo constatar que el 52% de los enfermeros(as) no han recibido ninguna capacitación con temáticas relacionadas con el dolor y son las que mayoritariamente muestran actitudes desfavorables. Las actitudes favorables se evidencian en quienes han recibido capacitación (18,1% y 10,7%, respectivamente); a mayor número de cursos recibidos, mejor es la actitud frente al saber que hacer en el manejo del dolor en niños. A nivel internacional, una revisión a nivel europeo de la educación del dolor para profesionales de la salud de pregrado que evalúan los planes de estudio de 242 escuelas de medicina de encontró que el 69% de las escuelas de medicina en Europa no tienen una enseñanza dedicada al dolor, con inconsistencias notables en el contenido y una falta de métodos prácticos de enseñanza en el manejo del dolor; solo el 26% de los cursos utilizaron enseñanza basada en el dolor. (Briggs EV, 2015).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q27.- Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.



En cuanto a las respuestas a la cuestión Q27 "se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas", la postura mayoritaria fue "totalmente de acuerdo" como lo refirieron 22,3% de América, el 13% de Asia, el 16,5% de Europa, el 33,5% de Oceanía y el 21,5% de África.

Respecto a la postura "en desacuerdo" el 13,9% de proporción de América, el 14,3% de Asia, el 14,9% de Europa y el 20,9% de África.

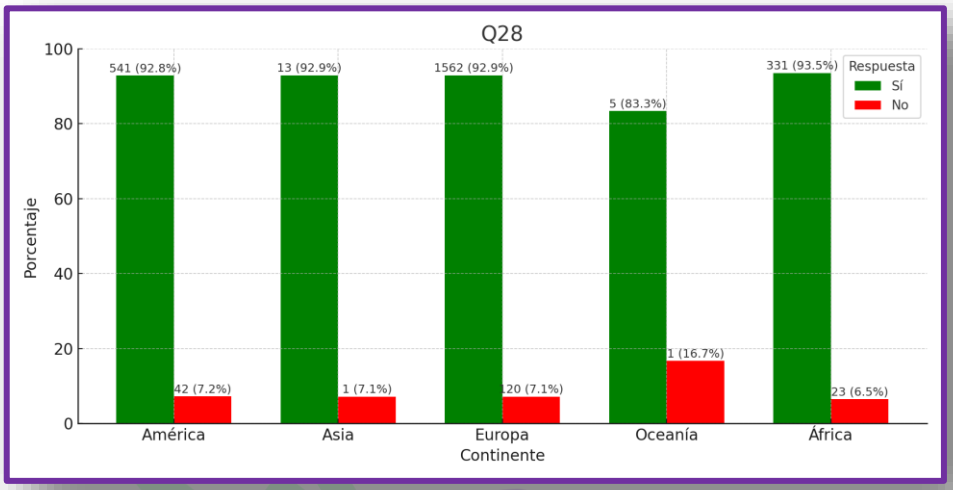
Las respuestas a la pregunta Q27 del cuestionario, muestran una tendencia positiva hacia el reconocimiento o conocimiento del tema planteado, ya que la mayoría de los participantes expresó un alto nivel de acuerdo. No obstante, la presencia de un número relevante de personas en desacuerdo indica que aún existen dudas o carencias en ciertos contextos.

Esta división sugiere que, aunque hay avances en la concienciación o formación, persisten desigualdades en el acceso o aplicación de dicho conocimiento, lo cual requiere atención para lograr una práctica más uniforme y basada en evidencia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q28.- ¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?



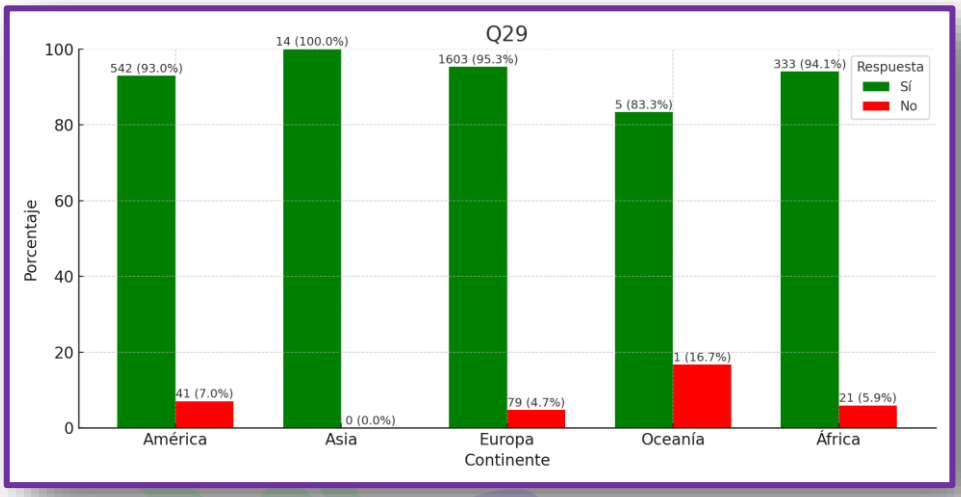
En cuanto a la pregunta Q28 sobre "¿los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?" donde la distribución es similar entre todos los continentes donde más del 90% de los participantes de cada continente se posicionó de acuerdo con respecto a la afirmación.

La amplia coincidencia entre los participantes de todos los continentes en la afirmación de que los niños tienen memoria de los episodios dolorosos refleja un cambio significativo en la comprensión del dolor infantil. Este consenso sugiere una creciente sensibilidad hacia las experiencias tempranas del dolor y sus posibles efectos a largo plazo, tanto emocional como física. La aceptación generalizada de esta idea representa un avance importante en el ámbito sanitario, especialmente en el contexto pediátrico, donde durante años se subestimó la capacidad de los niños para recordar el dolor.

El hecho de que más del 90% de los participantes esté de acuerdo indica que la mayoría de los profesionales ya incorpora esta perspectiva en su práctica clínica, lo cual puede traducirse en una mayor preocupación por prevenir o aliviar el dolor de forma oportuna. A su vez, promueve un enfoque más humanizado, respetuoso y empático, centrado no solo en el alivio inmediato, sino también en la prevención de consecuencias a largo plazo, como el desarrollo de fobias médicas o respuestas negativas ante futuras intervenciones sanitarias.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q29.- ¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?



Las respuestas a la cuestión Q29 sobre si "¿cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?" la distribución es en torno al "de acuerdo" con la afirmación de la pregunta en todos los continentes.

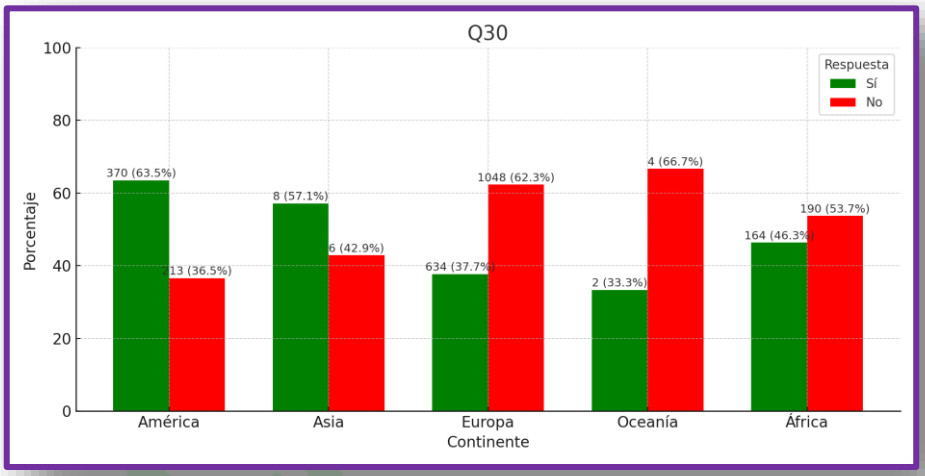
La distribución de respuestas en torno a la cuestión Q29 evidencia un consenso generalizado sobre la idea de que un control inadecuado del dolor en la infancia puede influir en la personalidad adulta. Esta coincidencia entre profesionales de distintos continentes sugiere una conciencia creciente sobre las implicancias psicológicas del dolor no tratado, y cómo estas experiencias pueden dejar huellas duraderas en el desarrollo emocional y conductual del individuo.

El acuerdo amplio también refleja un cambio de paradigma respecto a visiones más antiguas que minimizaban el impacto del dolor infantil, tratándolo como algo pasajero o sin consecuencias a largo plazo. Reconocer esta conexión entre dolor temprano y personalidad adulta implica asumir un enfoque más preventivo y proactivo en la atención pediátrica, donde el bienestar emocional se considera tan relevante como el físico.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q30.- ¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?



El gráfico muestra respuestas de profesionales de salud provenientes de cinco continentes, con una clara variabilidad regional en la conceptualización del dolor. Europa es el continente con mayor participación (1,682 profesionales). De estos, 634 (37.7%) consideran que el dolor sí es proporcional al daño, mientras que 1,048 (62.3%) opinan que no. Esto indica que una mayoría europea rechaza la visión lineal del dolor, en concordancia con modelos más contemporáneos. Mientras en En América, con 583 encuestados, 370 (63.5%) creen que el dolor es proporcional, y 213 (36.5%) no. Aquí se observa la proporción más alta de profesionales que aún mantienen una visión tradicional o biomédica del dolor. Por su parte, en En África, participaron 354 profesionales, con 164 (46.3%) a favor de la proporcionalidad y 190 (53.7%) en contra. Este grupo muestra un perfil intermedio, con opiniones divididas. Es así que en Asia, aunque la muestra es pequeña (14 participantes), 8 (57.1%) consideran que el dolor sí es proporcional, mientras que 6 (42.9%) no. A pesar del tamaño reducido, se percibe cierta prevalencia de la visión clásica. Finalmente, Oceanía cuenta con 6 participantes, de los cuales 2 (33.3%) afirmaron que sí, y 4 (66.7%) que no. Aunque la muestra es muy limitada, el patrón parece similar al europeo.

En resumen, los datos revelan una importante variabilidad geográfica en la conceptualización del dolor. Europa lidera en la adopción de una perspectiva moderna, que reconoce la subjetividad del dolor más allá del daño físico. En cambio, en América y Asia persiste con mayor fuerza la visión proporcional del dolor, posiblemente reflejando diferencias en formación profesional, acceso a evidencia científica actualizada y abordaje educativo en salud del dolor.

Los resultados del gráfico evidencian importantes diferencias continentales en la percepción del dolor, es así que en Europa es el único continente donde

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

la mayoría del personal de salud (62.3%) considera que el dolor no es proporcional a la lesión, mostrando una clara adhesión al modelo biopsicosocial.

En cambio, en América y Asia, la mayoría opina que el dolor sí es proporcional, reflejando una permanencia de la visión biomédica clásica. África muestra una distribución más equilibrada, mientras que, en Oceanía, aunque con muestra pequeña, se alinea más con la perspectiva europea.

Este patrón puede explicarse a través de diferencias en los sistemas educativos, acceso a formación en dolor y nivel de implementación del modelo biopsicosocial en cada región.

Según Raja et al. (2020), la redefinición del dolor propuesta por la IASP –como una experiencia sensorial y emocional que puede o no estar relacionada con daño tisular real– ha tenido mayor acogida en los países europeos y de Oceanía, donde las políticas de salud y la formación clínica integran mejor este enfoque. Esto concuerda con la mayor proporción de respuestas negativas a la proporcionalidad del dolor en estos continentes.
Por otro lado, Liossi et al. (2021) observaron que en regiones donde la formación en dolor es limitada o focalizada solo en aspectos anatomo-fisiológicos, como en varias partes de América Latina y Asia, los profesionales tienden a asociar el dolor exclusivamente con la magnitud del daño observable. Esto se refleja en el 63.5% del personal en América que considera que el dolor sí es proporcional.

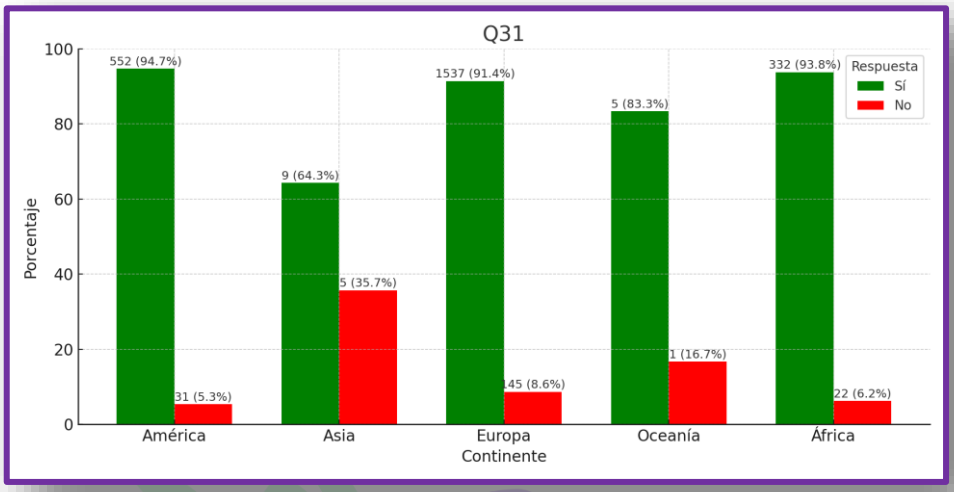
Además, el estudio de Slater et al. (2020) destaca que la adopción del modelo biopsicosocial en el abordaje del dolor depende no solo de la formación académica, sino también de las políticas nacionales de salud y el acceso a capacitación continua, lo cual explicaría las diferencias observadas entre Europa (más políticas integradoras) y otras regiones.

Finalmente, Shipton et al. (2018) demostraron que, en Oceanía y países europeos como Australia, Reino Unido y los nórdicos, los programas de pregrado en salud incluyen contenidos sobre la neurociencia moderna del dolor, lo que genera profesionales con mejor preparación para reconocer la subjetividad del dolor, incluso en ausencia de daño físico. Aunque la muestra en Oceanía es reducida en este estudio, su patrón es consistente con esta evidencia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q31.- ¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?



El gráfico muestra la distribución porcentual del personal de salud que considera que el dolor percibido por un paciente está directamente relacionado con la magnitud de la lesión, desagregado por continente. Los resultados revelan una variabilidad geográfica significativa en esta creencia. En primer lugar, se observa que África y Asia concentran los porcentajes más elevados de profesionales que adhieren a esta concepción lineal del dolor, superando en conjunto el 60% de las respuestas afirmativas. Esta tendencia podría reflejar una persistente influencia del modelo biomédico tradicional y limitaciones en la formación sobre la fisiología moderna del dolor.

En contraste, América y Europa presentan proporciones más equilibradas, con una mayor proporción de personal que reconoce que el dolor no siempre guarda relación directa con la magnitud de la lesión. Esta diferencia sugiere una mayor penetración del modelo biopsicosocial del dolor en sus sistemas educativos y clínicas de atención.

Finalmente, en Oceanía se registra el porcentaje más bajo de adhesión a la idea de proporcionalidad entre dolor y lesión, lo cual indica un mayor grado de alfabetización en neurociencia del dolor y comprensión del carácter subjetivo y multidimensional de esta experiencia.

Estos resultados reflejan no solo disparidades en la formación profesional, sino también diferentes aproximaciones al sufrimiento humano en la práctica clínica, lo que plantea la necesidad de estandarizar la educación en ciencias del dolor a nivel global, con énfasis en el enfoque biopsicosocial.

Los resultados evidencian una persistente influencia del modelo biomédico clásico en regiones como África y Asia, donde una mayoría del personal de salud continúa considerando que el dolor es directamente proporcional a la magnitud de la lesión. Esta creencia es consistente con lo reportado por

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Alotaibi et al. (2020), quienes señalaron que, en sistemas sanitarios con menor acceso a formación continua en neurociencia del dolor, las creencias erróneas sobre la relación dolor-lesión son más frecuentes y condicionan negativamente la calidad del cuidado.

En cambio, en América y Europa se observa una mayor conciencia del carácter subjetivo del dolor, lo que se alinea con el trabajo de Caneiro et al. (2021), quienes encontraron que los programas educativos basados en el modelo biopsicosocial mejoran significativamente el entendimiento de los profesionales sobre los mecanismos nociceptivos y no nociceptivos del dolor. Esta tendencia formativa ha sido impulsada por reformas curriculares y campañas de alfabetización en dolor promovidas por sociedades científicas y universidades.

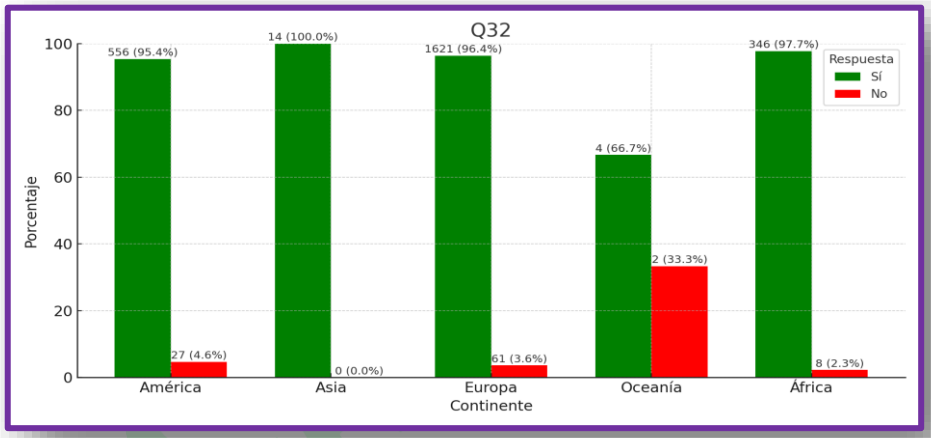
En Oceanía, la baja proporción de profesionales que mantienen una visión en proporción del dolor coincide con lo descrito por Lin et al. (2023), quienes destacaron el impacto de programas intensivos de educación en dolor sobre la reformulación cognitiva del dolor crónico y agudo por parte del personal sanitario. Esta alfabetización avanzada permite intervenciones más centradas en el sufrimiento del paciente y no exclusivamente en el daño tisular observable.

Por último, De Oliveira et al. (2022) concluyen que las creencias erróneas sobre la proporcionalidad del dolor pueden conducir a errores clínicos, como subestimación del dolor en lesiones menores o sobretratamiento en lesiones mayores, afectando la equidad y seguridad del paciente. En ese sentido, los resultados del gráfico confirman la necesidad de implementar políticas de formación continua diferenciadas por región, con el fin de reducir las brechas conceptuales y promover una atención más humanizada y basada en evidencia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q32.- ¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?



De forma general, se observa una alta proporción de respuestas afirmativas (más del 95%) en todos los continentes excepto en Oceanía.

Los datos evidencian una amplia aceptación global de los continentes evaluados en relación a la pregunta, particularmente en Asia, donde el 100% de los encuestados la aplica, seguido por África, Europa y América, con porcentajes superiores al 95%. Esto podría estar reflejando procesos de estandarización internacional, el impacto de organizaciones globales como la OMS y el cumplimiento de marcos normativos comunes (WHO, 2021).

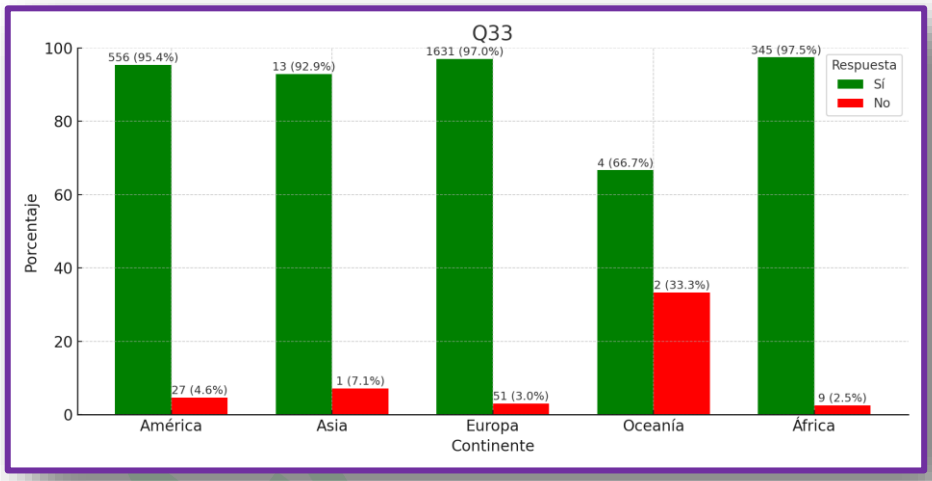
Europa destaca por tener el mayor número absoluto de respuestas afirmativas (1621), lo que sugiere una implementación masiva y posiblemente institucionalizada sobre considerar al dolor que interfiere con las prácticas curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años. Esta región ha mostrado históricamente un alto grado de adherencia a políticas sanitarias basadas en evidencia (EUPHA, 2022).

En contraste, Oceanía presenta un patrón atípico, con una proporción afirmativa considerablemente menor (66.7%). A pesar del bajo tamaño muestral (n=6), este hallazgo merece atención, debido probablemente a barreras geográficas, estructurales o diferencias normativas locales (Brown & Wilson, 2020).

Los resultados también pueden asociarse con el acceso a recursos, políticas nacionales de salud y grado de internacionalización de los programas de formación en salud. América y África, por ejemplo, muestran datos similares pese a sus diferencias económicas, lo cual puede deberse a la creciente influencia de programas globales de cooperación y formación profesional (González & Silva, 2023).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q33.- ¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?



Las respuestas en torno a la cuestión Q33 "¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?" reflejan un alto nivel de acuerdo entre todos los continentes con un 95,4% en América, un 92,9% en Asia, un 97% en Europa y un 97,5% en África.

Esta cuestión pone de relieve un consenso casi unificado entre los participantes de diferentes regiones del mundo sobre el impacto del dolor infantil en la interacción social. Los profesionales coinciden en que el dolor no solo es una experiencia física, sino que también interfiere notablemente en la relación del niño con su entorno, incluyendo compañeros, docentes y familiares.

Este amplio acuerdo, a pesar de la votación "de acuerdo" del 66,7% de Oceanía que no llega a superar una mayoría tan grande como en el resto de los continentes, sugiere una comprensión integral del dolor como fenómeno multidimensional que afecta el bienestar emocional y social. La implicación es clara: abordar el dolor infantil de forma efectiva es clave no solo para aliviar el sufrimiento, sino también para favorecer una infancia saludable y relaciones interpersonales estables.

El consenso internacional reflejado en los datos respalda la idea de que el dolor infantil tiene un impacto transversal en la vida social de los niños, independientemente de la región geográfica. Este hallazgo coincide con la literatura científica, que señala que el dolor crónico infantil afecta la calidad de las relaciones con compañeros, profesores y familiares, generando aislamiento social, dificultades académicas y tensiones familiares (Forgeron et al., 2013). El hecho de que tanto en países desarrollados (como Europa y América) como en países en desarrollo (África y Asia) la percepción sea similar, sugiere que el dolor infantil es un fenómeno universalmente

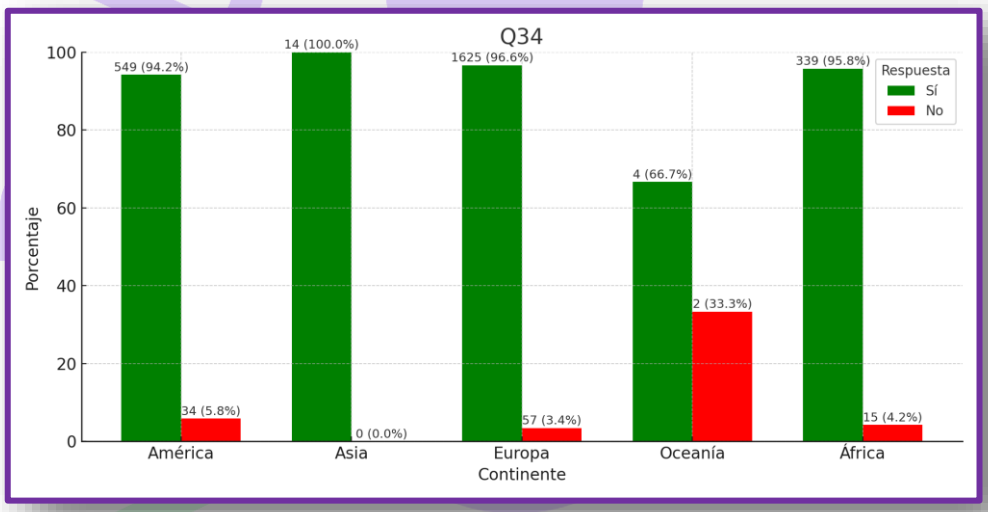
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

reconocido como un obstáculo para el desarrollo social pleno (Gorodzinsky et al., 2019; Forgeron et al., 2015).

Además, la pequeña proporción de respuestas negativas puede estar relacionada con factores culturales, diferencias en la percepción del dolor o acceso a recursos de apoyo social y sanitario. Sin embargo, la abrumadora mayoría de respuestas afirmativas refuerza la necesidad de que los sistemas de salud y educación en todos los continentes implementen estrategias integrales para abordar las consecuencias psicosociales del dolor infantil, incluyendo el apoyo a las familias y la sensibilización de la comunidad educativa (Lewandowski et al., 2010; Law et al., 2018).

Es fundamental que los profesionales de la salud, la familia y la escuela trabajen de manera coordinada para minimizar el aislamiento social y promover el bienestar integral del niño que experimenta dolor (Forgeron et al., 2013; Lewandowski et al., 2010).

Q34.- ¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?



La gráfica refleja el número de personas por continente que respondieron si el dolor influye o no en las actividades sociales o recreativas del niño. Se observa que Europa presenta la mayor cantidad de participantes afirmativos con 1,625 personas, seguida por América (549), África (339), Asia (14) y Oceanía (4). En cuanto a las respuestas negativas, Europa también lidera con 57, seguida por América (34), África (15), Oceanía (2) y Asia (0).

Este patrón sugiere una concentración significativa en la atención de niños con dolor en Europa, lo que puede estar asociado a una mayor infraestructura, acceso a recursos, o políticas institucionales más robustas

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

para la participación del personal en actividades organizacionales (Morales & Guzmán, 2020).

La distribución de la participación sugiere diferencias estructurales entre continentes. Europa representa aproximadamente el 70% del total de respuestas positivas ante la pregunta si el dolor influye en las actividades sociales o recreativas del niño, lo que pone de manifiesto una centralización del hecho en la región. Esto podría explicarse por factores como el desarrollo económico, mayor inversión en salud y educación, o una cultura institucional orientada a la formación continua del personal de salud (Herrera et al., 2019).

Por otro lado, la baja participación en Asia y Oceanía (14 y 4 respectivamente) evidencia posibles barreras geográficas, lingüísticas o tecnológicas que dificultan la inclusión equitativa del cuidado del niño con dolor, lo cual debe ser considerado si se busca implementar estrategias verdaderamente globales y accesibles (Torres & Medina, 2021).

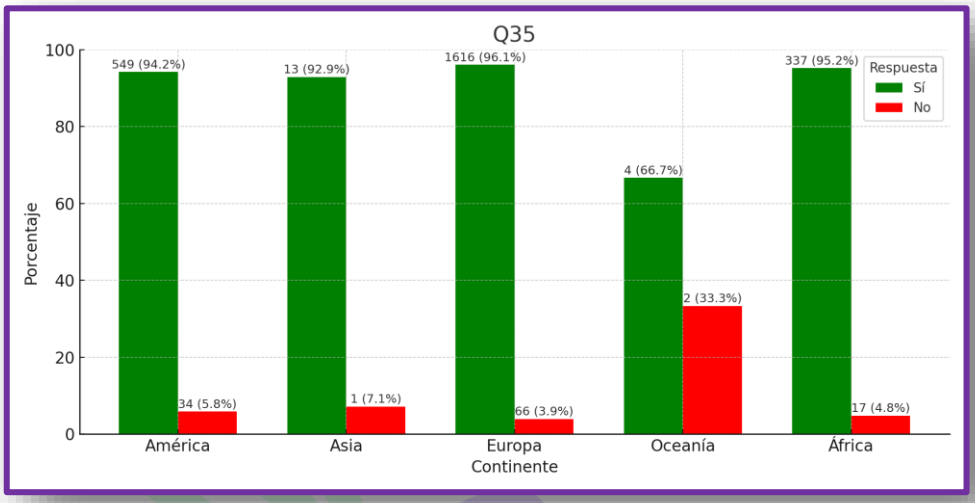
Los datos reflejan una realidad geográfica desigual en cuanto al acceso y participación institucional. Mientras Europa y América muestran una participación activa y representativa, otras regiones como Asia y Oceanía están visiblemente subrepresentadas. Esta situación podría perpetuar brechas en formación, actualización profesional e integración global del talento humano en salud (López & Salas, 2022).

Además, el caso de África, con 339 participantes positivos, pero aún 15 negativos, indica una participación significativa con desafíos persistentes. Este continente podría estar enfrentando limitaciones tecnológicas o económicas, pero también demuestra una creciente incorporación con su respuesta sobre si influye o no el dolor en las actividades sociales y recreativas del menor, lo que constituye una oportunidad clave para reforzar la cooperación internacional (Pérez & Delgado, 2018).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q35.- ¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?



La gráfica expone resultados en donde Europa concentra la mayor cantidad de respuestas afirmativas (1,616), seguida de América (549), África (337), Asia (13) y Oceanía (4). En cuanto a las respuestas negativas, se registran 66 en Europa, 34 en América, 17 en África, 2 en Oceanía y solo 1 en Asia. Este patrón evidencia una clara concentración de participación en Europa y América, con participación muy limitada en los otros continentes.
Este comportamiento puede relacionarse con el nivel de desarrollo tecnológico, el acceso a recursos institucionales y la infraestructura de formación profesional en los países europeos y americanos, factores que facilitan la integración a programas institucionales de atención al niño con dolor y si este afecta a su desarrollo cognitivo y emocional (González & Pérez, 2021).

Desde un punto de vista proporcional, la mayoría de los continentes muestran una alta tasa de respuesta positiva. Por ejemplo, África presenta un 95.2% de participación afirmativa (337 de 354 casos), América un 94.2%, y Europa un 96.1%. Asia destaca con un 92.9% (13 de 14), a pesar de su bajo volumen total. Oceanía, aunque con solo 6 casos totales, también refleja una tendencia afirmativa (66.6%). Estos resultados evidencian una actitud positiva generalizada hacia la intervención, aunque también reflejan desigualdades importantes en el acceso y la representación, especialmente desde Asia y Oceanía.

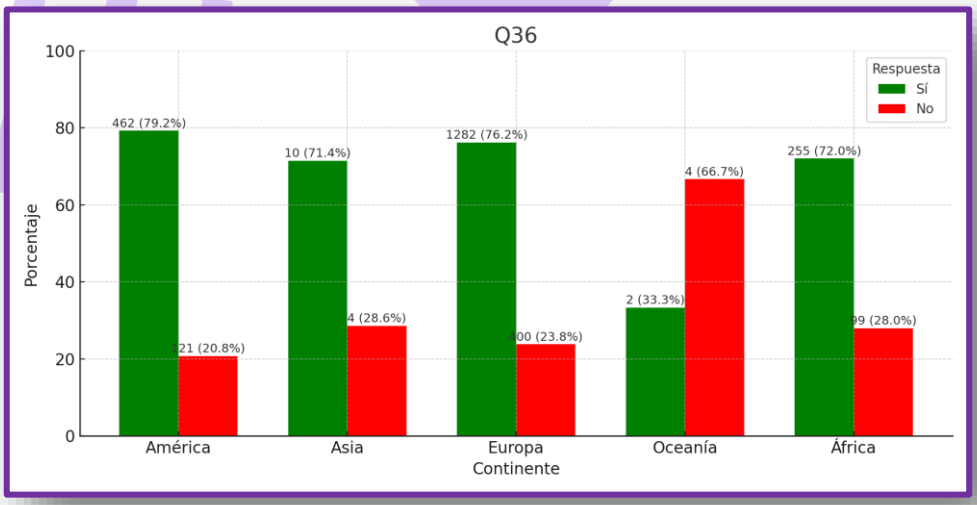
Esta disparidad puede atribuirse a factores como barreras idiomáticas, diferencias horarias, falta de conectividad digital o una escasa visibilidad de la iniciativa en regiones más periféricas en evaluar si influye o no el dolor en el desarrollo cognitivo y emocional del sujeto de atención, el niño en este caso, que son atendidos en los diversos servicios del sistema sanitario actual (Ramírez & Castaño, 2020).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Los hallazgos sugieren una fuerte concentración de la actividad institucional en Europa y América, lo cual puede estar relacionado con políticas públicas más consolidadas en torno a la formación continua, inversión en tecnología y estructuras organizacionales de salud robustas. No obstante, el bajo número de participantes en Asia y Oceanía es preocupante, ya que representa un riesgo de exclusión para profesionales de estas regiones en procesos formativos o institucionales globales. Ello obliga a revisar estrategias de inclusión y accesibilidad intercontinental que aseguren el principio de equidad en la participación (Torres & Medina, 2022).

Asimismo, la participación destacada de África, aunque inferior en volumen a América, muestra un avance esperanzador, lo cual puede relacionarse con una creciente cooperación internacional, programas de fortalecimiento institucional y esfuerzos por integrar a sus profesionales a dinámicas formativas globales (Morales & Guzmán, 2019).

Q36.- ¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?



En esta gráfica, se observa la participación afirmativa o negativa segmentada por continente. Europa mantiene la mayor cantidad de respuestas afirmativas (1,282), seguida por América (462), África (255), Asia (10) y Oceanía (2). Las respuestas negativas, aunque presentes, son proporcionalmente menores en Europa (400), América (121) y África (99), mientras que Asia y Oceanía apenas suman 4 negativas cada una.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Esto representa una recuperación notable de la participación afirmativa, en comparación con gráficos anteriores, especialmente en Europa, lo que podría estar asociado a una mejora en las condiciones o percepciones institucionales respecto a si se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumática en niños (González & Pérez, 2021).

A nivel porcentual, Europa presenta ahora un 76.2% de participación afirmativa, América un 79.2%, África un 72.0%, Asia un 71.4%, y Oceanía un 33.3%. Estas cifras muestran un incremento importante en la adhesión, especialmente en comparación con el registro previo donde la mayoría de las respuestas eran negativas. El mayor repunte se da en Europa, lo que sugiere que se han adoptado medidas analgésicas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños que aumentaron la confianza o el valor percibido de la actividad.

Los factores como la claridad de objetivos, el reconocimiento formal y la comunicación efectiva son determinantes para mejorar los procesos conducentes a realizar analgesia preventiva al dolor en niños (Martínez & Rivas, 2022).

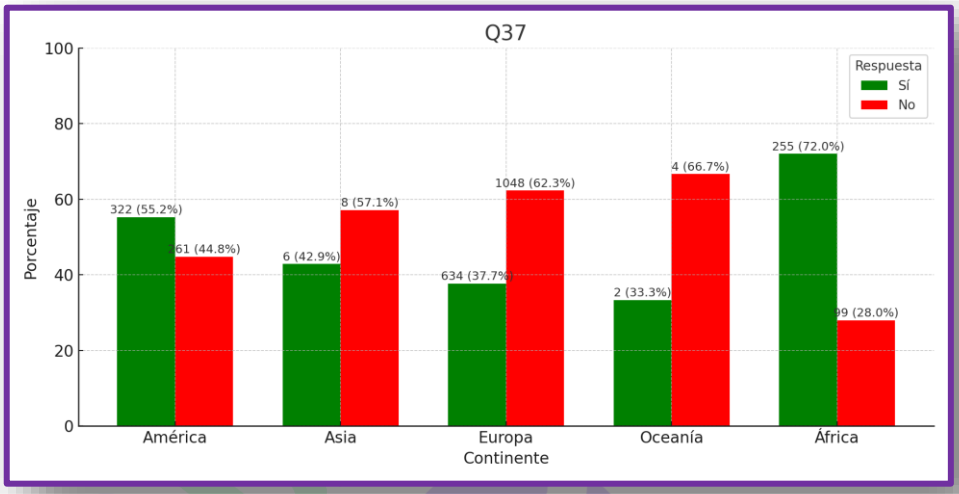
La mejora observada en este conjunto de datos es alentadora. Aunque persisten brechas en la participación en regiones como Asia y Oceanía, el alto nivel de respuestas afirmativas en Europa, América y África señala que es posible revertir una tendencia negativa con estrategias adecuadas. Este repunte puede estar vinculado a procesos de retroalimentación, mejoras logísticas o mayor implicancia de los líderes regionales de los diferentes continentes.

Según estudios recientes, la participación sostenida y eficaz se alcanza cuando las instituciones reconocen activamente el esfuerzo del personal y generan valor compartido, es decir, cuando la actividad tiene sentido tanto para la organización como para los participantes (Torres & Salazar, 2018; López & Herrera, 2020).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q37.- ¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?



La gráfica muestra que Europa lidera en volumen total con 634 respuestas afirmativas, en la formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz pero también con 1,048 negativas, lo que indica una participación altamente polarizada. América y África también muestran un número importante de respuestas negativas: 261 y 99 respectivamente, superando sus respuestas afirmativas (322 y 255). En Asia y Oceanía, aunque los números son bajos (6 “Sí” en Asia y 2 en Oceanía), también hay presencia de respuestas negativas (8 y 4, respectivamente).

Este panorama refleja una preocupante disminución en el compromiso participativo institucional, especialmente en Europa y América, que en ciclos anteriores eran referentes de alta participación afirmativa con respecto a los resultados presentados (González & Pérez, 2021). El descenso de participación afirmativa es evidente: Europa tiene ahora solo un 37.7% de respuestas positivas, América 55.2% y África 72%. Asia y Oceanía, aunque con cifras absolutas pequeñas, muestran también proporciones bajas de participación positiva (42.8% y 33.3% respectivamente). Esta tendencia sugiere una fatiga participativa global y una pérdida de conexión entre la propuesta institucional y las expectativas del personal profesional referente a la formación que perciben sobre el manejo del dolor pediátrico de forma eficiente.

Factores como la sobrecarga laboral, la falta de incentivos o la percepción de que estas actividades no impactan directamente en el desarrollo profesional pueden estar influyendo negativamente en la motivación para participar (Martínez & Rivas, 2022). Estos resultados confirman una crisis de sostenibilidad participativa, donde incluso las regiones que previamente eran altamente comprometidas (como Europa) presentan ahora una

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

mayoría de rechazo. Esta inversión en la tendencia sugiere que la estrategia institucional requiere una revisión urgente que considere no solo la logística, sino también el contenido, formato, relevancia y retorno percibido en la formación de los profesionales por continente en el manejo eficaz del dolor en niños.

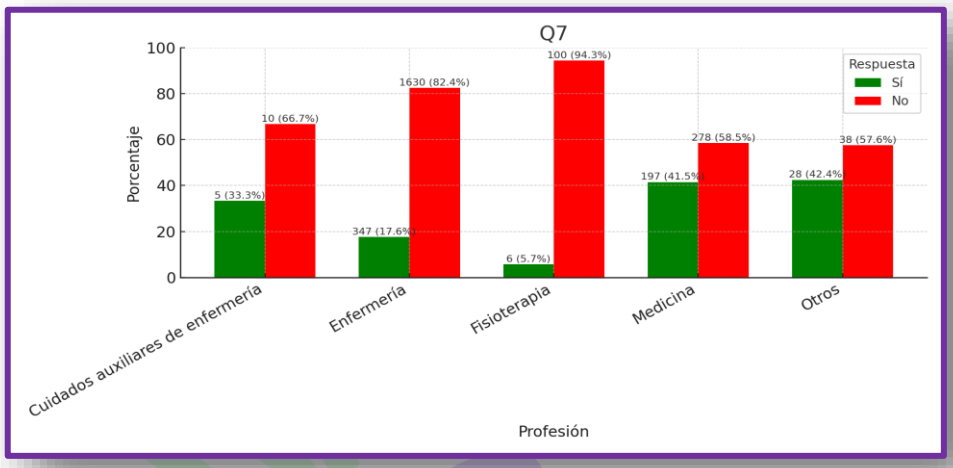
En línea con estudios recientes, para sostener procesos de formación o participación en el tiempo es esencial involucrar a los profesionales desde la planificación, generar indicadores de impacto claros y asegurar condiciones adecuadas de tiempo y reconocimiento (López & Herrera, 2020; Torres & Salazar, 2018).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

d. Profesión/Área de estudio

Q7.- ¿Tiene hijos/as menores de edad?



La Tabla muestra que los profesionales de la salud que tienen hijos menores de edad sobresalen enfermería (n=347), siguiéndole medicina (n=197) y los otros como fisioterapia, auxiliares de enfermerías y otros con muy poco número. En relación al grupo que no tiene hijos, también predomina enfermería (n=1630), seguido de medicina (n=278) y fisioterapia (n=100), y los otros grupos con muy poco, como auxiliares de enfermería (n=10) y otros (n=38).

Adib-Hajbaghery y Ahmadi (2019), en su investigación con enfermeros y enfermeras padres en Irán, encontraron que el rol doble de cuidar y trabajar en salud genera una alta sobrecarga física y emocional, con manifestaciones de agotamiento, disminución del desempeño laboral y sentimientos de culpa por no poder cumplir plenamente en ambos frentes. Estos efectos se acentúan en contextos con escaso soporte institucional o sin políticas de conciliación laboral-familiar.

Durante la pandemia de COVID-19, estas tensiones se hicieron más visibles y críticas. Çakma, G. & Abidin, Z. (2021) encontraron que los profesionales sanitarios que también eran padres vivieron niveles elevados de ansiedad, exacerbados por el temor al contagio, los turnos clínicos prolongados y la sensación de insuficiencia en el rol parental. Los autores señalan que las mujeres profesionales, en particular, reportaron una carga emocional mayor, lo que revela un componente de género en esta dinámica.

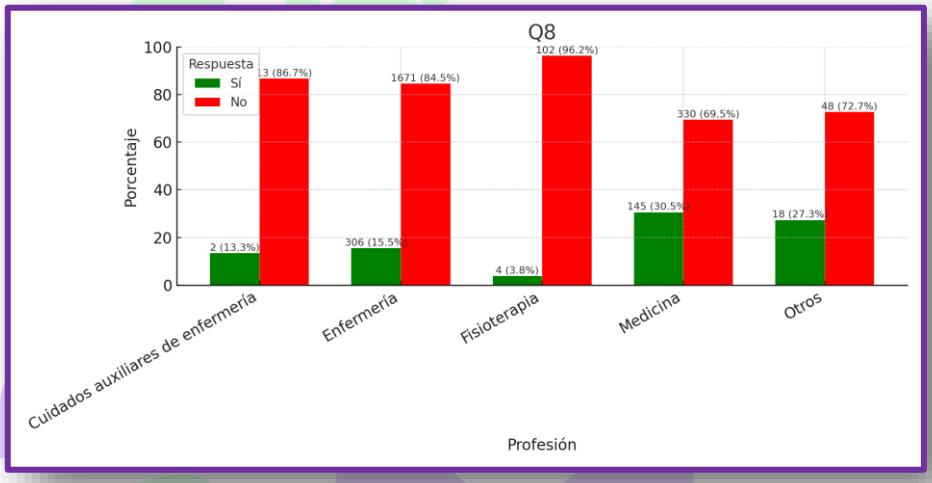
Además, los efectos de esta sobrecarga no solo recaen en el cuidador, sino también en los niños. Un estudio reciente de Us, Boran, Yalçın et al. (2024) reveló que los hijos de madres trabajadoras de salud mostraron más problemas emocionales y de conducta durante la pandemia en comparación con los hijos de madres no pertenecientes al sector salud. Estos hallazgos

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

sugieren que el estrés parental se transfiere, directa o indirectamente, al entorno familiar, afectando el desarrollo emocional infantil.

Frente a esta evidencia, se vuelve imprescindible que los sistemas de salud y las instituciones educativas o laborales implementen políticas de apoyo real para este grupo de profesionales. Estas pueden incluir horarios flexibles, servicios de cuidado infantil, asesoramiento psicológico y licencias familiares remuneradas. Además, es necesario fortalecer la investigación sobre el impacto del doble rol profesional-parental, particularmente en países de ingresos medios y bajos donde las condiciones laborales son aún más precarias.

Q8.- ¿Tiene personas mayores a su cargo?



Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece al área de Enfermería, con un total de 1,977 personas, de las cuales 306 (15.5 %) indicaron que sí tienen a su cargo personas mayores y 1,671 (84.5 %) que no. Este grupo representa no solo el mayor número absoluto, sino también una proporción importante de los cuidadores dentro del universo de profesionales encuestados, lo que evidencia su doble carga en el entorno laboral y familiar.

En el caso de Medicina, 475 participantes respondieron, de los cuales 145 (30.5 %) afirmaron tener personas mayores a su cuidado, lo que representa la proporción más alta de responsabilidad de cuidado entre todas las áreas analizadas. Este hallazgo puede interpretarse como una mayor implicancia familiar o una percepción de mayor competencia en el rol de cuidador entre profesionales médicos.

Para Fisioterapia, se identificaron 106 encuestados, con una baja frecuencia de cuidadores: solo 4 personas (3.8 %) reportaron tener mayores a su cargo,

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

mientras que 102 (96.2 %) no. De manera similar, en el grupo de "Otros" profesionales (n=66), solo 18 (27.3 %) indicaron sí tener a su cargo personas mayores, aunque su número absoluto es reducido.

En cuanto a auxiliares de enfermería, participaron 15 personas, y solo 2 (13.3 %) señalaron tener a su cargo adultos mayores, en contraste con 13 (86.7 %) que no.

Los datos revelan que, si bien el mayor número absoluto de cuidadores se encuentra en el área de enfermería debido al tamaño de la muestra, la mayor proporción relativa de responsabilidad de cuidado hacia personas mayores recae en los profesionales de Medicina (30.5 %). Esta información es clave para comprender las cargas invisibilizadas que pueden experimentar estos trabajadores sanitarios fuera de su entorno laboral, especialmente aquellos que además cumplen funciones clínicas exigentes, como es la atención a los neonatos con dolor.

El hallazgo de que el 30.5 % de los médicos encuestados tienen a su cargo adultos mayores podría deberse a su percepción de capacidad clínica, así como al rol social que se les atribuye dentro de la familia como "responsables de la salud". Estudios recientes indican que los profesionales con mayor formación clínica son más propensos a ser asignados —de forma implícita— al cuidado de familiares con dependencia, lo que incrementa su carga emocional (Pérez y Urrejola (2024).

En el caso del personal de enfermería, aunque la proporción es menor (15.5 %), el número absoluto de cuidadores es el más alto. Esto sugiere que una gran parte del total de cuidadores informales en el sector salud está conformada por enfermeras/os, quienes además suelen cumplir funciones de atención directa tanto en el trabajo como en casa (Halperin et al., 2022). La literatura reciente destaca que los trabajadores sanitarios que ejercen simultáneamente funciones de cuidado informal presentan mayor riesgo de síndrome de desgaste profesional (burnout), estrés crónico y deterioro de la salud mental, particularmente cuando realizan tareas médicas complejas fuera del ámbito institucional (Howe et al., 2024).

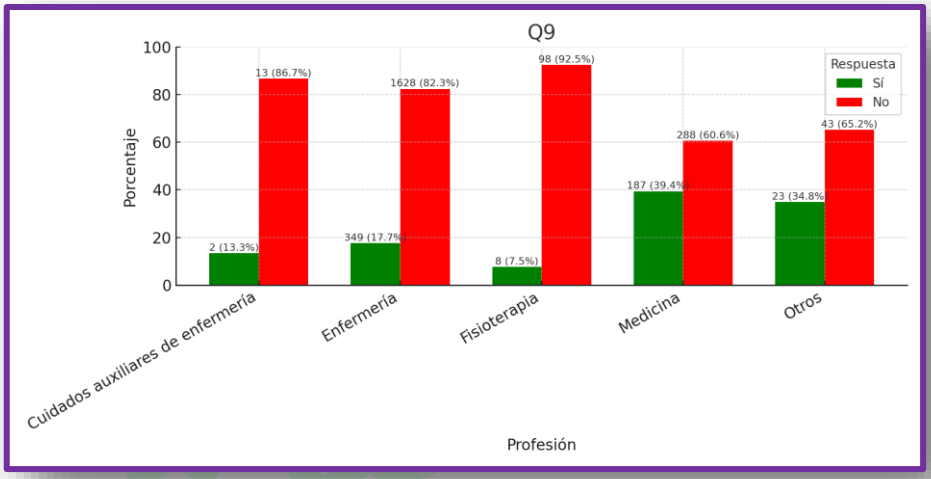
Esta doble carga ha sido asociada con una menor percepción de apoyo organizacional y una alta prevalencia de conflicto trabajo-familia, especialmente en contextos donde los sistemas de cuidado formal son insuficientes (Looman et al., 2018). En el caso peruano y latinoamericano, donde las redes comunitarias y los servicios domiciliarios aún son limitados, esta situación genera vulnerabilidad estructural para los trabajadores del sector salud.

Se puede concluir que, aunque la mayoría del personal sanitario encuestado no cuida actualmente a personas mayores, existe una presencia importante de cuidadores informales, especialmente entre médicos y enfermeros/as.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q9.- ¿Tiene personas dependientes a su cargo?



En la gráfica se muestra que enfermería representa el grupo mayoritario en la muestra. De los 1,977 participantes en esta categoría, 349 (17.6 %) indicaron tener personas dependientes a su cargo, mientras 1,628 (82.4 %) no lo hacen. Esto sugiere una alta exposición al rol de cuidador informal, lo cual puede relacionarse con el perfil históricamente feminizante de la profesión y su vinculación directa con el cuidado dentro y fuera del entorno institucional (Del Río Lozano et al., 2021).

En el caso de medicina, 187 de 475 médicos (39.4 %) reportan tener personas dependientes a su cargo. Este porcentaje es el más alto entre todas las profesiones sanitarias analizadas, lo que podría asociarse con la edad media más elevada del grupo o una mayor estabilidad laboral que permite asumir responsabilidades familiares.

En fisioterapia, de 106 profesionales, 8 (7.5 %) indicaron ejercer funciones de cuidado. Esta proporción, aunque baja, puede estar vinculada a una población profesional más joven o a características laborales que dificultan el tiempo disponible para el cuidado familiar.

Mientras entre los auxiliares de enfermería, solo 2 de 15 (13.3 %) afirmaron tener personas dependientes bajo su cuidado. Aunque se trata de un grupo pequeño, se alinea con tendencias similares a las de enfermería. Y en el grupo de “otros” profesionales de salud presenta una proporción del 34.8 % (23 de 66) que declara tener personas dependientes a su cargo, una cifra relativamente alta que merece atención por la diversidad de perfiles incluidos en esta categoría (psicólogos, tecnólogos médicos, etc.).

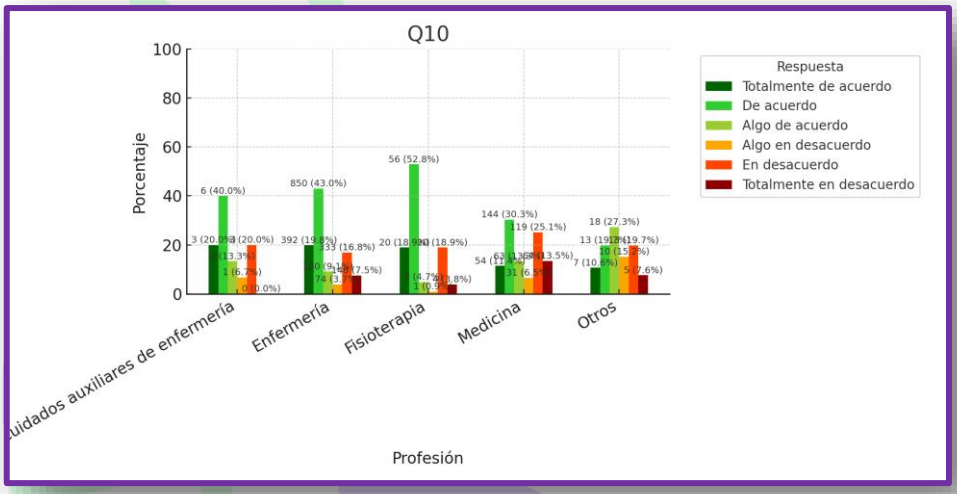
Este análisis coincide con estudios recientes que advierten sobre el fenómeno de la doble carga de cuidado entre profesionales sanitarios, especialmente en profesiones altamente feminizadas como la enfermería (Pérez, M. y Urrejola, G. (2024). La combinación de trabajo clínico y

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

cuidado informal genera una presión física y emocional que puede afectar el bienestar y el rendimiento profesional (Howe et al., 2024).

Además, investigaciones como la de Halperin, et al. (2022) destacan cómo la experiencia de cuidado personal influye en las actitudes hacia los pacientes: puede mejorar la empatía, pero también favorecer el agotamiento y el riesgo de burnout si no existe apoyo institucional. En esa línea, Looman et al. (2018) sugieren que el acceso a servicios de cuidado formal para dependientes disminuye significativamente la carga emocional de los cuidadores, especialmente si trabajan en el sector salud.

Q10.- Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.



Respecto a Q10 "para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales" las respuestas refieren que un 40% de las auxiliares de enfermería, un 43% de las enfermeras, un 52,8% de los fisioterapeutas, un 30,3% de los médicos y un 6% de otros profesionales de la salud están "de acuerdo" de que es necesario observar cambios en las constantes vitales para comprobar que un niño/a padece de dolor intenso. Por otro lado, un 20% de las auxiliares de enfermería, un 16,8% de las enfermeras, un 18.9% de los fisioterapeutas, un 25,1% de los médicos y un 15,2% de otros profesionales de la salud están "en desacuerdo".

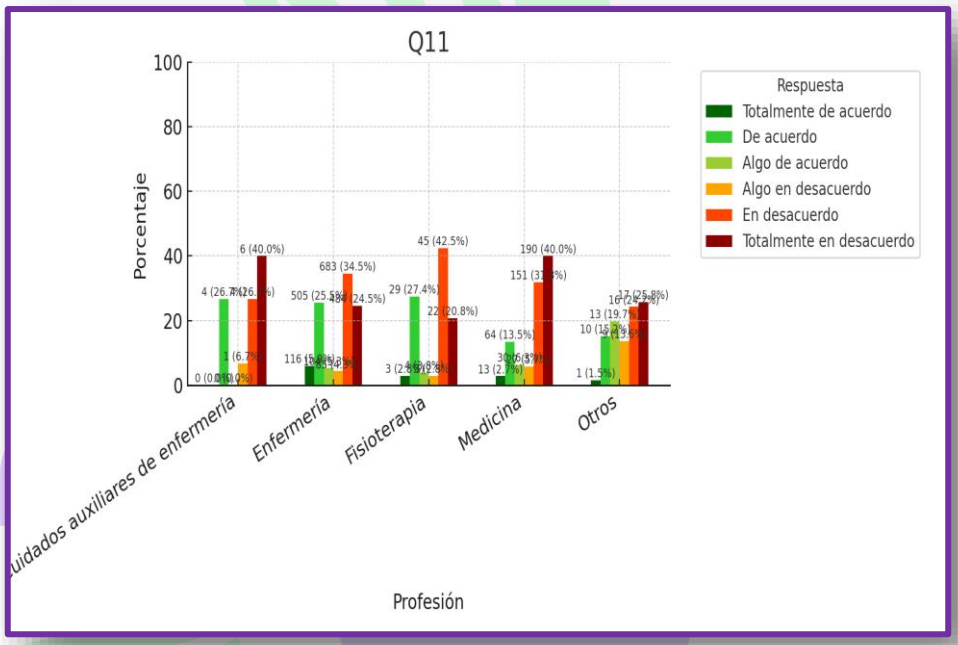
Las respuestas muestran una diversidad de opiniones entre los profesionales sanitarios en relación con el uso de las constantes vitales como indicador para identificar el dolor intenso en niños. Mientras algunos grupos, como fisioterapeutas, enfermeras y auxiliares de enfermería tienden a mostrar mayor acuerdo con esta afirmación, otros como médicos y especialmente

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

otros profesionales sanitarios presentan niveles de acuerdo notablemente más bajos. Esta diferencia puede estar influida por el tipo de formación recibida y la experiencia clínica específica con pacientes pediátricos.

Esto sugiere la necesidad de reforzar la formación en herramientas de valoración del dolor pediátrico más integrales y actualizadas.

Q11.- Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.



Respecto a Q11 “debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas” las respuestas refieren que un 40% de las auxiliares de enfermería, un 24,5% de las enfermeras, un 20,8% de los fisioterapeutas, un 40% de los médicos y un 25,8% de otros profesionales de la salud están en “totalmente desacuerdo” de que los niños/as menores de 2 años tienen disminuida la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias al dolor por un déficit en el desarrollo del sistema inmunológico. Por otro lado, un 26,7% de las auxiliares de enfermería, un 25,5% de las enfermeras, un 27,4% de los fisioterapeutas, un 13,5% de los médicos y un 15,2% de otros profesionales de la salud están “de acuerdo”.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Los hallazgos revelan posturas divididas entre los profesionales sanitarios sobre la sensibilidad al dolor en niños menores de dos años. Un grupo importante de encuestados muestra un rechazo claro a la afirmación de que los menores de esta edad presentan una sensibilidad y memoria del dolor reducidas debido al desarrollo neurológico, lo cual concuerda con la evidencia actual que reconoce que, incluso en etapas muy tempranas, los niños son plenamente capaces de experimentar dolor y registrar experiencias dolorosas.

Sin embargo, todavía persiste un nivel significativo de acuerdo con esta idea en varios grupos profesionales, lo que pone en evidencia la existencia de mitos o conocimientos desactualizados.

De acuerdo con Fitzgerald et al. (2020), los bebés no solo sienten dolor, sino que también pueden memorizar experiencias dolorosas repetitivas, lo que podría afectar su desarrollo emocional y neurológico a largo plazo. El reconocimiento de esta realidad ha transformado la práctica pediátrica y neonatal, promoviendo el uso de analgesia y técnicas de control del dolor desde la etapa neonatal. La American Academy of Pediatrics (AAP, 2022) recomienda el uso de escalas validadas de dolor incluso en recién nacidos, y señala que toda intervención dolorosa debe ir acompañada de estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

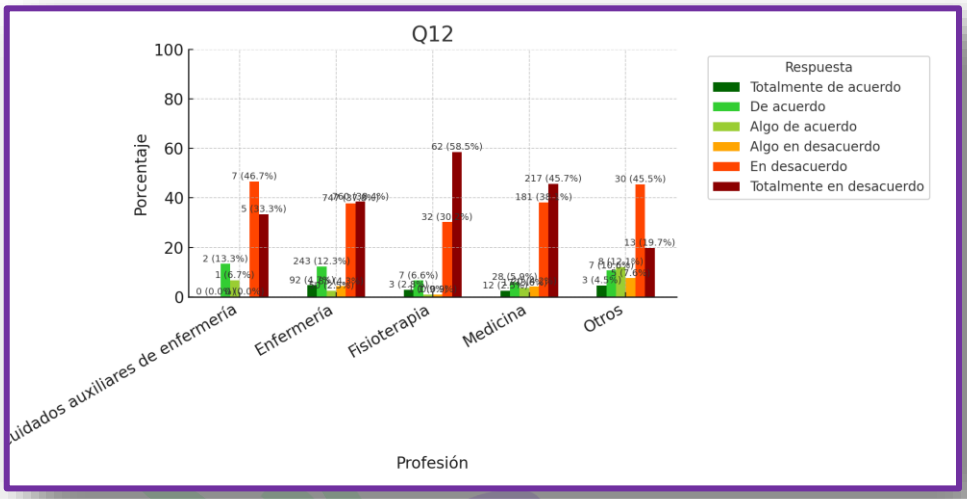
Se concluye que existe un amplio rechazo a la creencia de que los niños pequeños tienen menor sensibilidad al dolor. Esta postura muestra una mayor conciencia y actualización del conocimiento neurobiológico infantil en los grupos evaluados, especialmente en enfermería.

La opinión de los profesionales de salud encuestados refleja una evolución positiva del conocimiento clínico en torno al dolor infantil. La clara mayoría en desacuerdo con la afirmación sugiere que hoy se reconoce que los niños menores de 2 años sí sienten dolor y pueden recordar experiencias dolorosas, lo cual es esencial para brindar una atención ética y basada en evidencia.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q12.- Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.



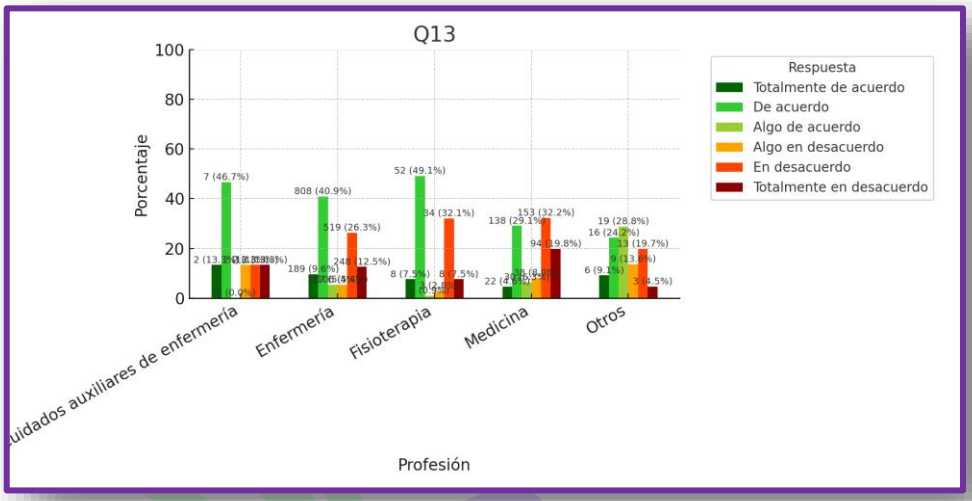
Respecto a la pregunta Q12 “estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor” las respuestas refieren que un 46,7% de las auxiliares de enfermería, un 37,8% de las enfermeras, un 30,2% de los fisioterapeutas, un 38,1% de los médicos y un 45,5% de otros profesionales de la salud están en “desacuerdo” de que estímulos similares en niños/as refieren intensidades similares de dolor. Un 33,3% de las auxiliares de enfermería, un 38,4% de las enfermeras, un 58,5% de los fisioterapeutas, un 45,7% de los médicos y un 19,7% de otros profesionales de la salud están en “totalmente desacuerdo”.

Los resultados de la pregunta Q12 reflejan una comprensión bastante generalizada entre los profesionales sanitarios sobre la variabilidad individual en la percepción del dolor infantil. La mayoría de los encuestados, especialmente fisioterapeutas, médicos y enfermeras, rechazan la idea de que estímulos similares generen respuestas de dolor iguales en todos los niños, lo que indica un reconocimiento del carácter subjetivo del dolor.

Esta postura está alineada con el conocimiento actual, que señala cómo factores como la edad, el estado emocional, las experiencias previas y el entorno influyen significativamente en la intensidad del dolor percibido. Este hallazgo pone de relieve la importancia de una atención centrada en el paciente, adaptada a las características y necesidades de cada niño.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q13.- Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.



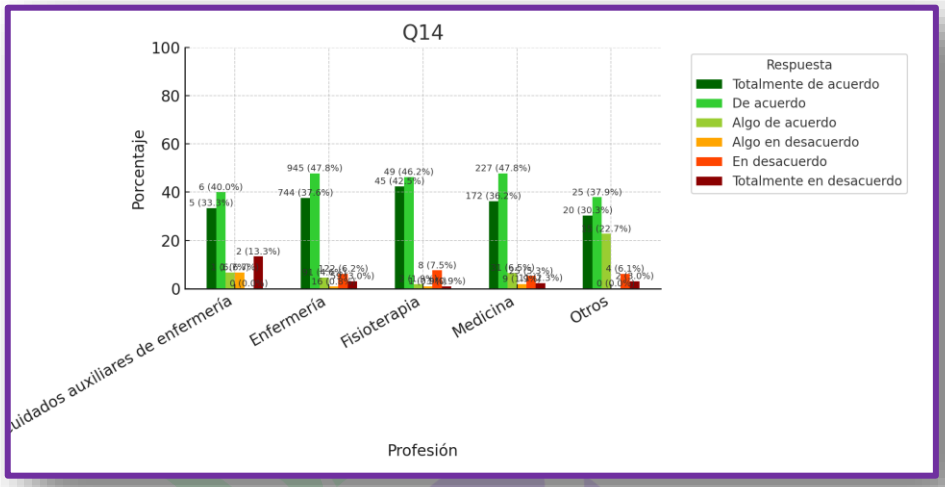
Respecto a Q13 “los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor” las respuestas refieren que un 46,7% de las auxiliares de enfermería, un 40,9% de las enfermeras, un 49,1% de los fisioterapeutas, un 29,1% de los médicos y un 24,2% de otros profesionales de la salud están en “de acuerdo” de que los niños/as menores de 6 meses de edad no puedan tolerar los opioides para el alivio del dolor. Un 13,3% de las auxiliares de enfermería, un 12,5% de las enfermeras, un 7,5% de los fisioterapeutas, un 19,8% de los médicos y un 4,5% de otros profesionales de la salud están en “desacuerdo”.

Las respuestas a la pregunta Q13 reflejan una tendencia generalizada entre los profesionales sanitarios a considerar que los niños menores de seis meses no pueden tolerar el uso de opioides para el alivio del dolor. Esta creencia, aunque comprensible por la sensibilidad clínica que implica tratar a lactantes, no está completamente alineada con la evidencia médica actual, que indica que los opioides pueden ser utilizados en este grupo etario bajo estricta supervisión, con ajustes de dosis y monitorización adecuada. La alta proporción de respuestas afirmativas sugiere que persisten dudas o falta de información actualizada sobre el manejo del dolor en neonatos y lactantes.

Además, el bajo nivel de desacuerdo indica que pocos profesionales se sienten seguros al contradecir esta afirmación, lo que refuerza la necesidad de formación específica y basada en guías clínicas para asegurar un tratamiento del dolor seguro y efectivo desde los primeros meses de vida.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q14.- Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.



Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece a la profesión de Enfermería, con un total de 1977 personas, de las cuales 1780(90%) indicaron que están de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 197 (10%) está en desacuerdo.

En el caso de Medicina, 475 participantes respondieron, de los cuales 430(90.5%) indicaron que están de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 45 (9.5%) está en desacuerdo.

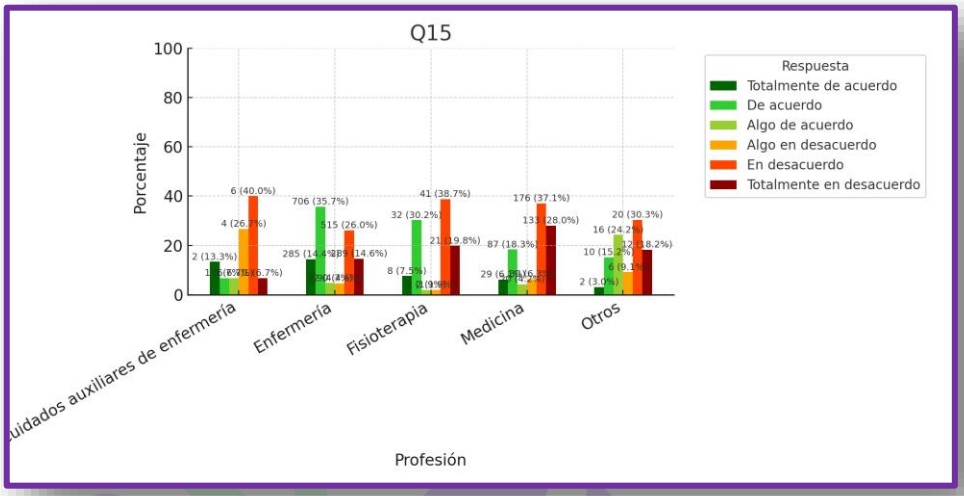
Para Fisioterapia, se identificaron 106 encuestados, de los cuales 96(90.6 %) indicaron que están de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 10 (9.4%) está en desacuerdo.

En cuanto a auxiliares de enfermería, participaron 15 personas, de los cuales 12(80%) indicaron que están de acuerdo con la individualización del tratamiento tras la dosis inicial, mientras que solo 3 (20%) está en desacuerdo.

Los hallazgos coinciden con Endalew et al. (2022), señalando que el 89,3 % de los enfermeros afirmó que la gestión y alivio del dolor son prioritarios en el tratamiento pediátrico, y el 80,7 % estuvo de acuerdo en que los analgésicos para el dolor postoperatorio deben administrarse inicialmente. Además, Yuan (2024), evidenció que la formación especializada al personal de enfermería permitió ampliar y reforzar sus capacidades en el abordaje del dolor pediátrico desde un enfoque integral, combinando estrategias farmacológicas y no farmacológicas, observándose una mejora significativa en el nivel de conocimiento y actitud hacia la gestión del dolor.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q15.- Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.



Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece a la profesión de Enfermería, con un total de 1977 personas, de las cuales1083(54.8 %) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor , mientras que solo 894 (45.2%) está en desacuerdo en distintos grados.

En el caso de Medicina, 475 participantes respondieron, de los cuales 136(28.6 %) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor, mientras que solo 339 (71.4%) está en desacuerdo.

Para Fisioterapia, se identificaron 106 encuestados, de los cuales 42(39.6 %) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor, mientras que solo 64 (60.4%) está en desacuerdo.

En cuanto a auxiliares de enfermería, participaron 15 personas, de los cuales 4(26.7 %) indicaron que están de acuerdo con el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor, mientras que solo 11 (73.3%) está en desacuerdo.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

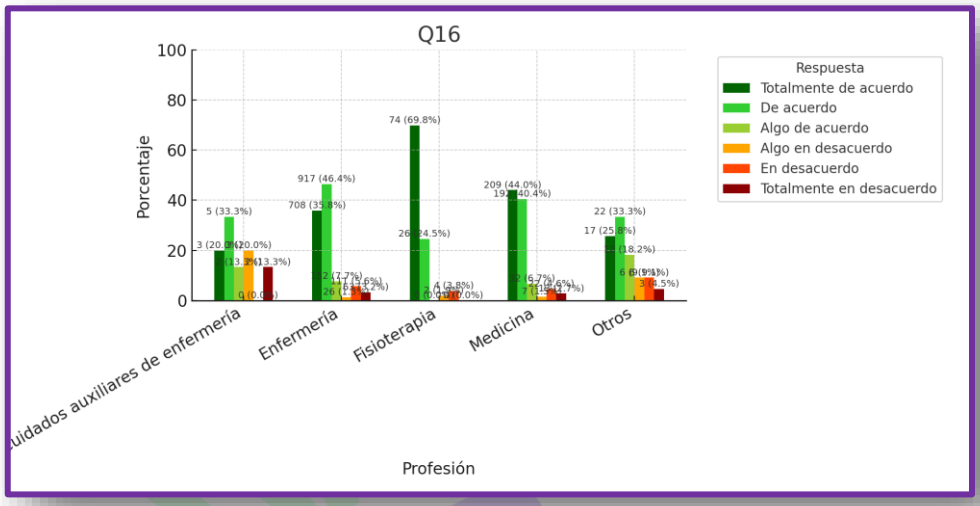
Al respecto se encontró la siguiente investigación que permite contrastar los resultados encontrados: Wren (2019). Concluye que el manejo multidisciplinario del dolor, que incluye terapias farmacológicas y no farmacológicas integrativas, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del dolor agudo y crónico. Las intervenciones farmacológicas incluyen opioides y agentes ahorradores de opioides que abordan aspectos específicos de la fisiología del dolor nociceptivo y neuropático. Simultáneamente, las intervenciones no farmacológicas integrativas, como la TCC, las IMC, la hipnosis y la acupuntura, se centran en los componentes cognitivo-afectivos y fisiológicos de la experiencia del dolor y promueven el desarrollo de herramientas de afrontamiento que pueden conducir a mejoras a largo plazo del dolor, el funcionamiento psicológico y la calidad de vida. Dada la investigación existente, se recomienda la incorporación de un tratamiento multidisciplinario para el manejo del dolor, que incluya terapias farmacológicas multimodales y no farmacológicas integrativas, en las primeras etapas del proceso de atención a jóvenes con dolor agudo y crónico.

En esa misma línea, Hasanah et al. (2024) reportaron que los enfermeros aplican intervenciones cognitivas y ambientales en el 48–60 % de los casos, destacando el apoyo familiar (60 %), ambiental (45 %) y emocional (36 %) como componentes clave. Estas prácticas, valoradas por su eficacia, bajo riesgo y viabilidad operativa, incluyen la educación al paciente y su familia, técnicas de confort, posicionamiento y adecuación del entorno hospitalario. Su adecuada implementación requiere del desarrollo de competencias comunicativas, habilidades sociales y autorregulación emocional por parte del profesional de enfermería, permitiendo establecer vínculos empáticos con el entorno familiar del niño y facilitar un clima terapéutico que optimiza la respuesta clínica y potencia los efectos del tratamiento farmacológico.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q16.- El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.



Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece a la profesión de Enfermería, con un total de 1977 personas, de las cuales 1777 indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 200 está en desacuerdo.

En el caso de Medicina, 475 participantes respondieron, de los cuales 433(91.2%) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 42 (8.8%) está en desacuerdo.

Para Fisioterapia, se identificaron 106 encuestados, de los cuales 100(94.3%) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 6 (5.7%) está en desacuerdo .

En cuanto a auxiliares de enfermería, participaron 15 personas, de los cuales 10 (66.7 %) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que el dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales, mientras que solo 5 (33.3%) está en desacuerdo.

Al respecto se encontró la siguiente investigación que permite contrastar los resultados encontrados: Casini et al., (2023), reporta el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) en pacientes pediátricos con enfermedades graves, crónicas e incapacitantes, centrándose específicamente en enfermedades oncológicas, neurológicas y hepáticas. De hecho, muchas medicinas complementarias y alternativas afirman aliviar los síntomas en pacientes con cáncer o durante el tratamiento oncológico, reducir la carga de las enfermedades neurológicas, aliviar los síntomas de la

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

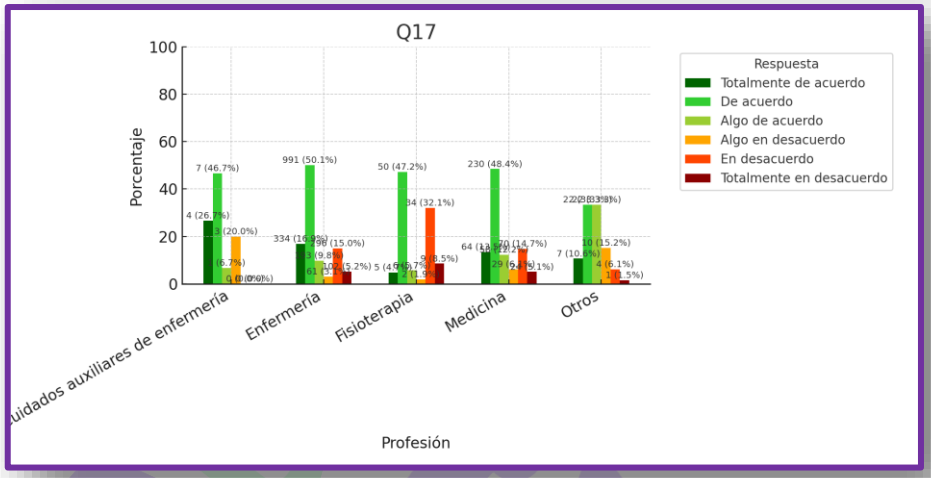
enfermedad hepática o reducir el riesgo de desarrollar enfermedades hepáticas. El uso de la MCA se está integrando cada vez más en el tratamiento de algunas enfermedades graves en pacientes pediátricos. La MCA se utiliza para mejorar la eficacia de las terapias convencionales, pero también para aliviar el dolor, el malestar y el sufrimiento derivados de las enfermedades y su tratamiento, que a menudo se asocian con una carga significativa de efectos adversos. El uso de la MCA en niños también tiene un gran impacto en la capacidad de los padres para afrontar las enfermedades graves de sus hijos, ya que puede aliviar los síntomas que más afectan su calidad de vida. Finalmente, es recomendable que los médicos comprendan mejor las oportunidades que ofrece el uso de la MCA.

Del mismo modo Atefeh (2025). Identificó varias barreras clave para el manejo eficaz del dolor pediátrico, como deficiencias en el conocimiento y la capacitación de los profesionales sanitarios, limitaciones organizativas y estructurales, dificultades con la medicación y la prescripción, limitaciones ambientales y situacionales, brechas de comunicación, barreras tecnológicas, factores parentales, problemas sistémicos y de políticas, dificultades logísticas y limitaciones específicas del contexto. Por otro lado, los facilitadores se destacaron como componentes esenciales para la mejora, incluyendo iniciativas profesionales de los profesionales sanitarios, mejoras estructurales y organizativas, participación familiar, intervenciones educativas y de capacitaciones específicas, innovaciones tecnológicas, mejoras en los procedimientos, adaptaciones de la atención remota y virtual, mejoras en las políticas y relaciones interprofesionales de apoyo. Concluye que abordar estas barreras multifacéticas requiere un enfoque holístico que integre una mejor educación, apoyo organizacional, desarrollo tecnológico y participación activa de la familia. Implementar estos facilitadores tiene el potencial de mejorar significativamente las prácticas de manejo del dolor, promoviendo una mayor calidad de atención y calidad de vida para los pacientes pediátricos.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q17.- Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.



Del total de participantes, se observa que la mayoría pertenece a la profesión de Enfermería, con un total de 1977 personas, de las cuales 1518 (76.8 %) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que las intervenciones no farmacológicas son eficaces para el dolor leve a moderado, pero poco útiles frente al dolor intenso, mientras que solo 459 (23.2 %) está en desacuerdo.

En el caso de Medicina, 475 participantes respondieron, de los cuales 352 (74.1%) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que las intervenciones no farmacológicas son eficaces para el dolor leve a moderado, pero poco útiles frente al dolor intenso, mientras que solo 123 (25.9%) está en desacuerdo.

Para Fisioterapia, se identificaron 106 encuestados, de los cuales 61 (57.5 %) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que las intervenciones no farmacológicas son eficaces para el dolor leve a moderado, pero poco útiles frente al dolor intenso, mientras que solo 45 (42.5 %) está en desacuerdo.
En cuanto a auxiliares de enfermería, participaron 15 personas, de los cuales 12 (80%) indicaron que están de acuerdo con la afirmación que las intervenciones no farmacológicas son eficaces para el dolor leve a moderado, pero poco útiles frente al dolor intenso, mientras que solo 3 (20 %) está en desacuerdo.

Al respecto se encontraron las siguientes investigaciones que permiten contrastar los resultados encontrados.Kaur et al., (2024), reportan los siguientes resultados: El estudio reveló que la mitad de los lactantes del grupo de lactancia materna sintieron dolor intenso, mientras que la mayoría de los lactantes de los grupos de musicoterapia y sacarosa oral sintieron dolor intenso durante la vacunación pentavalente. La mediana de la

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

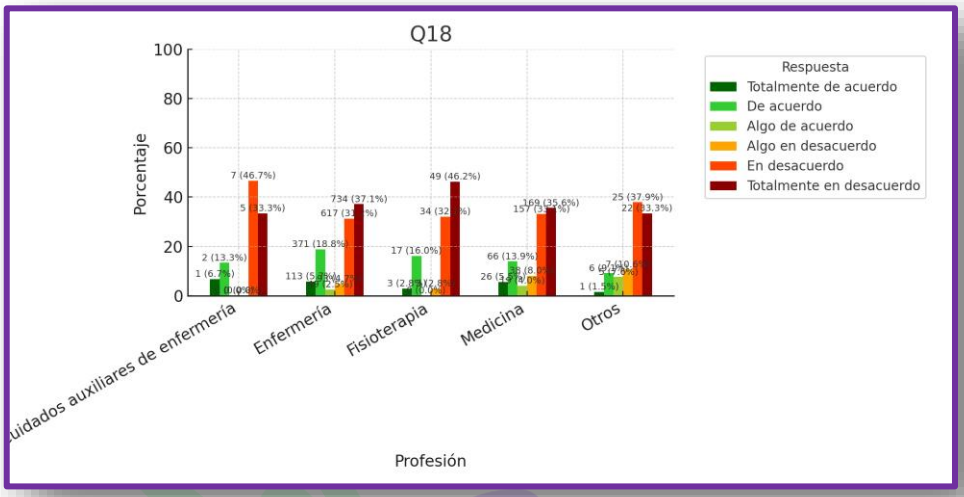
puntuación de dolor en la lactancia materna, la musicoterapia y la sacarosa oral fue de 4,50, 6 y 7, respectivamente. La lactancia materna presentó diferencias significativas con respecto a la musicoterapia y la sacarosa oral en cuanto a la puntuación de dolor. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre la musicoterapia y la sacarosa oral. En general, los resultados indican que la lactancia materna tuvo un impacto claro en el alivio del dolor durante la vacunación pentavalente en comparación con las otras intervenciones, mientras que la musicoterapia y la sacarosa oral no mostraron diferencias significativas en su eficacia. El estudio concluyó que la lactancia materna es un método seguro, fiable, rentable y de fácil acceso para aliviar el dolor del lactante durante la vacunación pentavalente. Es un método sencillo para aliviar el dolor en los lactantes durante la vacunación.

Por otro lado, Bové (2025), encontró el siguiente resultado: El manejo del dolor en lactantes es crucial durante la atención dolorosa. Este trabajo evalúa el efecto de la lactancia materna sobre el dolor durante procedimientos, medido mediante la Escala de Dolor Neonatal Infantil. Una revisión rápida incluyó nueve ensayos controlados aleatorizados (ECA) en PubMed, que compararon la lactancia materna con otras técnicas (contacto materno, sacarosa, etc.). La lactancia materna reduce significativamente el dolor en comparación con el contacto materno y su eficacia es comparable a la de la sacarosa. A pesar de las limitaciones metodológicas, esta técnica simple y eficaz podría integrarse en el manejo del dolor en la rehabilitación pediátrica. Se necesitan más estudios para aclarar sus beneficios.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q18.- Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.



Del total de 2 639 encuestados, la mayoría (979) se posiciona en "Totalmente en desacuerdo", seguido de 840 "En desacuerdo". Esto indica que el consenso general entre los profesionales es que los padres no deberían estar presentes durante procedimientos dolorosos. En todas las áreas, entre un 68–80 % sostiene que los padres no deben estar presentes. La proporción de profesionales a favor es marginal (< 5 %).

La revisión sistemática de Rheel et al. (2022) encontró que la presencia de padres durante procedimientos dolorosos se asocia con menos dolor autoinformado y mejores signos fisiológicos en niños, aunque la evidencia sobre la ansiedad y el comportamiento fue inconsistente. Azak et al. (2022), en otra revisión, concluyeron que asistir y participar de forma activa alivia los niveles de dolor infantil.

Un estudio en servicios de emergencia mostró que hasta el 91 % del personal médico y 64 % de enfermería opinan que la presencia parental genera estrés en los profesionales, retrasa los procedimientos y afecta la eficiencia.

En España, Palomares et al. (2023) encontraron que el 72 % del personal considera innecesaria la presencia familiar, especialmente en procedimientos invasivos, coincidiendo con tu encuesta: el rechazo se incrementa con mayor invasividad y edad del profesional.

En neonatología (Ponthier et al., 2020), se observó gran variabilidad: los padres normalmente están durante muestreos de rutina, pero raramente en procedimientos invasivos (punción lumbar, intubación).

En estudios multicéntricos (Balice et al., 2020), se promovió la colaboración con padres, pero su rol fue aun mayormente pasivo. Los padres

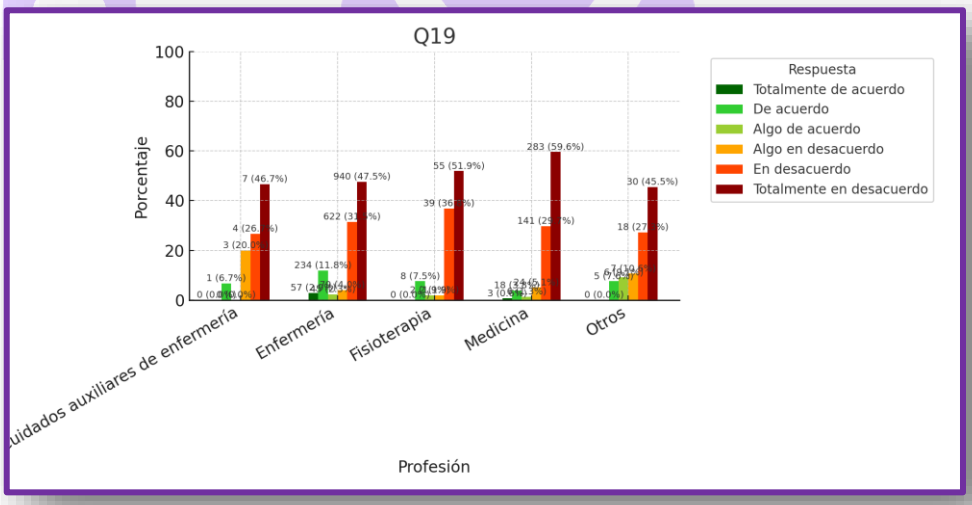
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

manifestaron voluntad de participar activamente si estuviesen mejor informados e integrados.

Los resultados del presente estudio revelan que la mayoría de los profesionales de la salud —en especial del área de enfermería y medicina— expresan una postura negativa respecto a la presencia de los padres durante procedimientos dolorosos en niños. Esta tendencia se observa de forma consistente entre los distintos grupos profesionales, con porcentajes superiores al 65 % que se manifiestan en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con dicha práctica.

Desde el rol de investigador, esta postura resulta preocupante, pues contrasta significativamente con la evidencia científica reciente, la cual respalda el acompañamiento parental como una estrategia beneficiosa para reducir el dolor, la ansiedad y el estrés en los niños hospitalizados (Azak et al., 2022; Rheel et al., 2022). A pesar de estos beneficios comprobados, la resistencia por parte del personal sanitario persiste, lo cual sugiere la influencia de factores institucionales, culturales y personales, tales como la falta de formación en atención centrada en la familia, el temor a interferencias en el procedimiento o el estrés asociado a la supervisión de los padres (Palomares et al., 2023).

Q19.- Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.



A partir de los 2639 participantes, se observa lo siguiente: a nivel de Enfermería (n=1977): La mayoría discrepa con la afirmación. Un total de 1444 profesionales se ubican entre "Totalmente en desacuerdo" (734), "Algo en desacuerdo" (93) y "En desacuerdo" (617), representando el 73% del total

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

de esta categoría. Medicina (n=475): 364 (≈76%) están en desacuerdo (169 totalmente, 38 algo, 157 en desacuerdo), aunque 111 muestran algún nivel de acuerdo. Fisioterapia (n=106): 86 en desacuerdo (≈81%), con solo 20 a favor. Auxiliares de enfermería (n=15): 12 (80%) en desacuerdo, 3 (20%) a favor. Otros (n=66): 54 (≈82%) en desacuerdo, 6 a favor. En conjunto, el 75% de los encuestados se opone a la idea de hacer que los niños soporten el dolor antes de proporcionarles alivio, lo cual indica una posición predominante a favor del tratamiento oportuno del dolor infantil, sin necesidad de postergarlo innecesariamente.

La literatura es clara en cuanto a que el dolor en la infancia no debe ser subestimado ni postergado. Estudios muestran que incluso procedimientos rutinarios como la vacunación o canalización venosa pueden causar dolor persistente, miedo y ansiedad si no se tratan adecuadamente (Wong et al., 2019). La International Association for the Study of Pain (IASP) y la American Academy of Pediatrics (AAP) recomiendan enfáticamente el manejo precoz del dolor pediátrico, evitando enfoques obsoletos que promuevan la tolerancia forzada al dolor (Anand & Craig, 2021).

Según el estudio de Friedrichsdorf et al. (2020), retrasar el alivio del dolor en niños puede generar hipersensibilidad futura, trauma psicológico y desconfianza en el sistema de salud. Además, se ha demostrado que el dolor mal manejado en la infancia puede cronificarse o sensibilizar al sistema nervioso (Stevens et al., 2019).

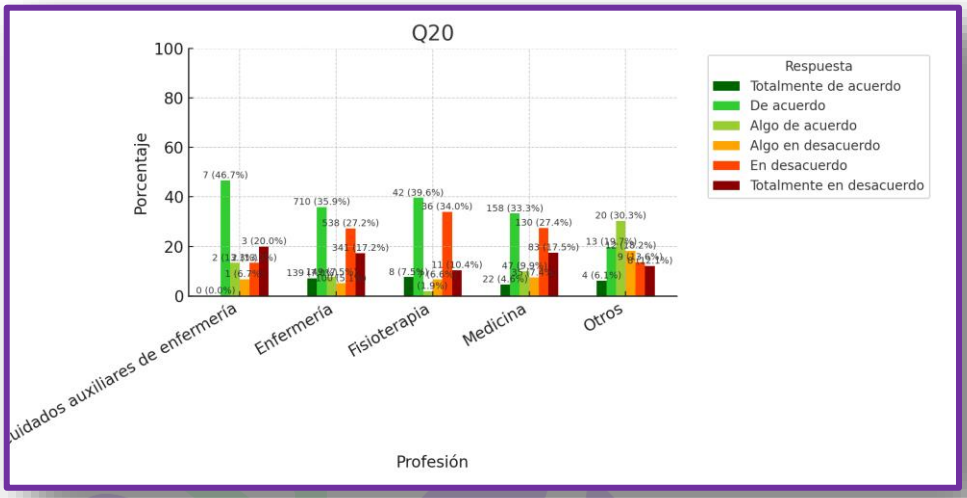
Los resultados de este estudio reflejan una postura profesional mayoritaria coherente con las directrices científicas y éticas contemporáneas: los niños no deben ser alentados a soportar el dolor innecesariamente, y el alivio debe ofrecerse de forma precoz y eficaz. La tendencia encontrada en esta investigación resulta alentadora, pues muestra que la mayoría de los profesionales valoran la experiencia de dolor infantil y rechazan ideas tradicionales que promovían la tolerancia como mecanismo de fortaleza.

No obstante, la presencia de un 25% de respuestas a favor de que los niños "soporten el dolor antes de recibir alivio" aún representa una barrera importante para la implementación de un cuidado humanizado. Esta postura puede estar influenciada por creencias culturales, falta de formación en manejo del dolor infantil o por el desconocimiento de los efectos adversos de una atención basada en la minimización del sufrimiento. Por lo tanto, es urgente continuar fortaleciendo la educación en manejo del dolor pediátrico, actualizar protocolos institucionales, y promover una cultura de cuidado compasiva que respete el derecho del niño a recibir atención libre de dolor evitable.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q20.- Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.



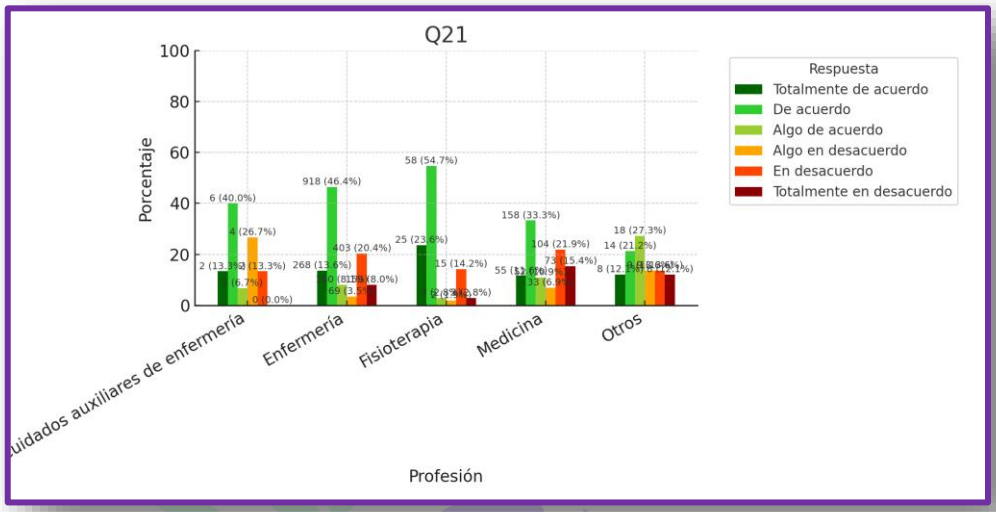
Respecto a Q20 "dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real" las respuestas refieren que un 46,7% de las auxiliares de enfermería, un 35,9% de las enfermeras, un 39,6% de los fisioterapeutas, un 33,3% de los médicos y un 19,7% de otros profesionales de la salud están "de acuerdo" de que dar a los niños/as placebos es una prueba útil para determinar si el dolor es real. Un 12,2% de las auxiliares de enfermería, un 27,2% de las enfermeras, un 34% de los fisioterapeutas, un 27,4% de los médicos y un 13,6% de otros profesionales de la salud están en" desacuerdo".

Las respuestas a la pregunta Q20 evidencian una preocupante proporción de profesionales sanitarios que están de acuerdo con el uso de placebos como herramienta para verificar la autenticidad del dolor en niños. Esta práctica, aunque históricamente utilizada en algunos contextos, está actualmente desaconsejada desde el punto de vista ético y clínico, especialmente en población pediátrica, ya que pone en duda la validez del sufrimiento expresado por el niño y puede afectar negativamente la relación terapéutica.

Si bien una parte del personal sanitario muestra desacuerdo con esta afirmación, los resultados reflejan que aún persisten concepciones erróneas o desactualizadas sobre la evaluación del dolor infantil. Estos datos subrayan la necesidad de fortalecer la formación en ética clínica y en métodos de valoración del dolor basados en la evidencia, para garantizar una atención más respetuosa, empática y efectiva.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q21.- Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.



El gráfico por profesión revela una interesante diversidad de opiniones en torno al potencial adictivo de los opioides en pediatría. Destaca el grupo de enfermería, que expresa un acuerdo significativo con la afirmación, lo cual es coherente con su papel clave en el seguimiento continuo del paciente, la administración de medicamentos y la educación familiar. Esta cercanía con la realidad cotidiana del dolor infantil le proporciona una perspectiva empática y también crítica frente al uso indiscriminado de opioides.

Por otro lado, el grupo de medicina muestra una postura dividida: si bien hay una proporción notable que reconoce el riesgo de adicción, también hay una cantidad considerable que manifiesta desacuerdo. Esta dualidad puede deberse a que algunos médicos consideran que el uso controlado y en contexto clínico justificado de opioides no implica necesariamente un alto riesgo, siempre que se sigan protocolos estrictos. No obstante, la literatura indica que incluso exposiciones breves a opioides en menores pueden asociarse a un mayor riesgo de uso indebido en etapas posteriores (Matson et al., 2019).

En tanto, los fisioterapeutas y otros profesionales de la salud parecen mostrar mayor consenso en torno al riesgo, lo que podría deberse a su enfoque no farmacológico del manejo del dolor. Al no recetar medicamentos, su postura suele estar más alineada con la prevención del uso innecesario de fármacos con potencial adictivo.

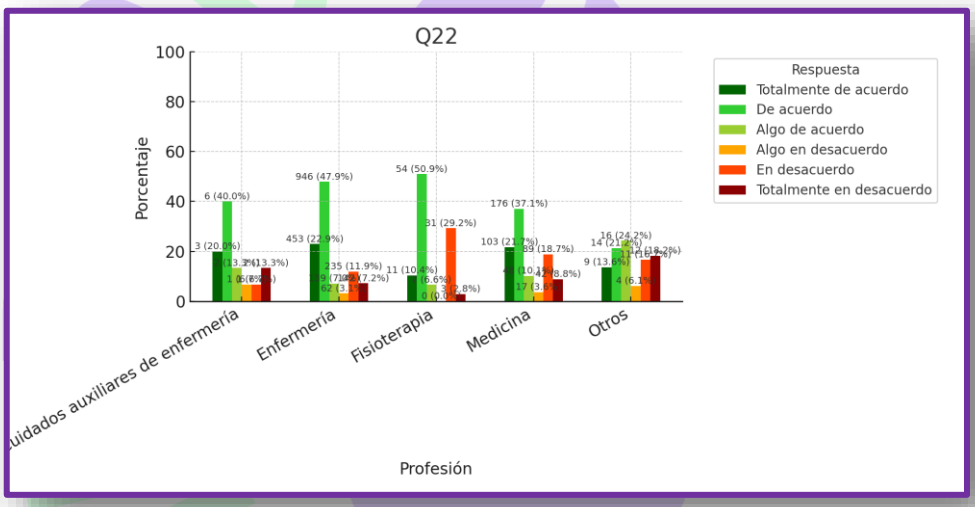
Es relevante también considerar que los auxiliares de enfermería presentan muy baja participación, lo que limita una interpretación concluyente de sus percepciones. Aun así, su rol en el cuidado directo debería ser más considerado en estudios posteriores, dado su impacto en la administración práctica de analgésicos.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

En conjunto, esta diversidad de percepciones evidencia la necesidad de fortalecer la educación interprofesional sobre el manejo del dolor pediátrico, especialmente en lo referente a los riesgos asociados a los opioides. La actualización de guías clínicas, acompañada de una estrategia educativa que incluya a todos los niveles del personal de salud, es esencial para tomar decisiones clínicas seguras, éticas y fundamentadas en evidencia.

La figura no solo revela un nivel alto de conciencia sobre el riesgo de adicción entre profesionales como enfermería, sino que también pone de manifiesto la necesidad de seguir homogeneizando criterios clínicos y éticos sobre el uso de opioides en pediatría. El enfoque debe ser interdisciplinario, preventivo y basado en evidencia.

Q22.- Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.



En el gráfico, se evidencia que, del total de participantes, se aprecia que 1987(75.3%), servidores asistenciales, respondieron estar de acuerdo, algo y totalmente de acuerdo, mientras que 652 (24.7%), afirma algún tipo de descuerdo. De manera específica por profesión, el mayor número corresponde a Enfermería, con un total de 1,977 personas, de las cuales 1538 (77.8 %) indicaron estar de acuerdo, algo de acuerdo o totalmente de acuerdo en conocer y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as, siendo la diferencia (22.2%, que manifestó algún tipo de desacuerdo.

En la parte médica, de los 475 participantes 327 (68.8 %) afirmaron estar de acuerdo en algún grado a la pregunta del estudio, mientras que el 31.2% manifestaron algún nivel de desacuerdo. Con relación a los demás grupos

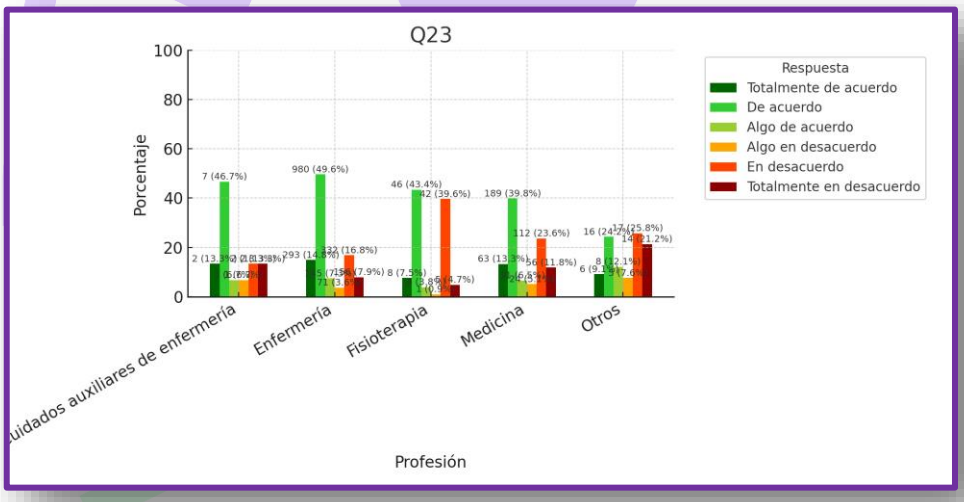
Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

ocupacionales, el número de respuestas fue mucho menor con respuestas distribuidas cis de manera homogénea.

Haciendo el análisis por profesiones, se observa que es el personal de enfermería que mayoritariamente conoce y aplica escalas de valoración del dolor; siendo los resultados similares, a los encontrados por Bonilla, A. P., et al. (2019), que reporto que el nivel global del conocimiento de los profesionales enfermeros encuestados fue aceptable, aunque se detectó desconocimiento de escalas apropiadas para evaluar dolor en niños, especialmente en quienes no se pueden expresar verbalmente.

También es preciso resaltar que, si bien la mayoría de los participantes afirma estar de acuerdo que conocen y aplican las escalas, existe un grupo significativo (24.7 %) que tiene algún tipo de desacuerdo, lo que supone la implementación de acciones institucionales y de orden formativo para revertir los resultados en beneficio de las acciones sanitarias de prevención y tratamiento del dolor.

Q23.- Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)



Realizando el análisis por profesiones, se verifica que es el personal de enfermería quien manifiesta mayoritariamente estar de acuerdo en que conoce y aplica la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS, seguido en menor proporción por los profesionales médicos, mientras que los otros grupos ocupacionales su aporte es mínimo en todas las respuestas.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

La escala analgésica de la OMS (2023), también guía la titulación de la medicación según las necesidades del paciente, permite a los profesionales sanitarios ajustar las dosis para proporcionar un alivio óptimo del dolor evitando efectos secundarios indeseados. Está basada en el uso de analgésicos y coanalgensicos que incluso es eficaz en el tratamiento del dolor oncológico, con dicha escala se obtiene buen control del dolor en cerca del 80% de los casos.

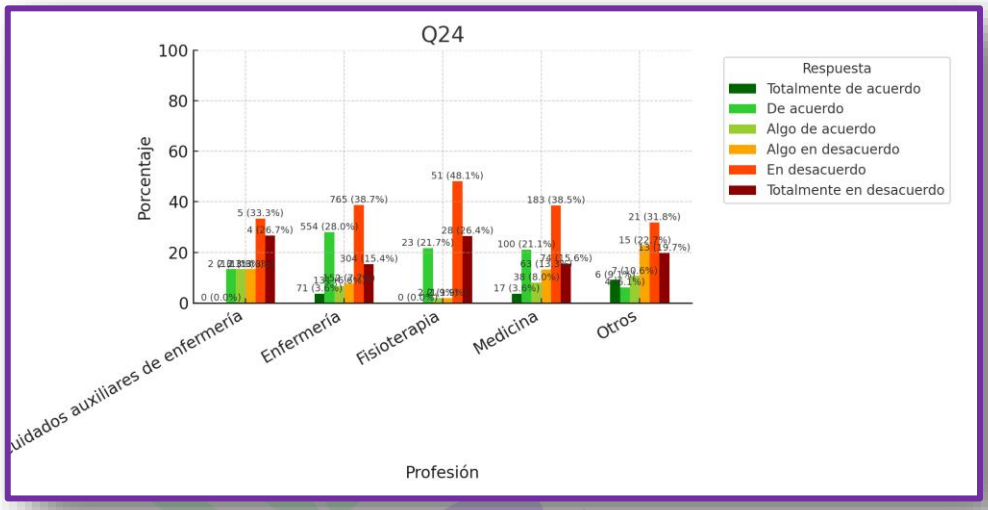
La evaluación, registro, tratamiento y seguimiento del dolor en los hospitales forma parte de la calidad de atención que se brinda a los pacientes, y tal es su importancia que la evaluación del dolor ha sido considerada como el quinto signo vital. Esta connotación indica la necesidad de que todos los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, evalúen y brinden tratamiento del dolor eficientemente. (Colina et. al. 2022).

En el momento de la evaluación del dolor se debe tomar en cuenta su localización, tipo, duración, frecuencia, intensidad, irradiación, síntomas y signos acompañantes, factores agravantes y atenuantes, así como medicamentos que lo alivian o lo provocan, el personal de salud debe conocer la historia clínica del paciente, realizar exploración física orientada al dolor, identificando datos clínicos anormales, asociados al dolor. Carrasco et al. (2023), en su estudio sobre manejo del dolor, recomienda que, al brindar tratamiento para el dolor, los profesionales de la salud deben fundamentarlo en su fisiopatología, y empleo de medios que permitan hacer una valoración de su origen y evolución. Las guías para el manejo del dolor de la OMS ofrecen recomendaciones generales, como administración de analgésicos, siempre que sea posible deberá prescribirse por vía oral, deben administrarse en intervalos de tiempo fijos, y la siguiente dosis antes de que concluya el efecto de la dosis anterior. Finalmente, se recomienda dosis individualizadas, y su incremento o disminución sea acorde con las manifestaciones de cada paciente.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q24.- La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.



Analizando los resultados por profesiones, se aprecia que todos los grupos mayoritariamente 2236, respondieron estar en descuerdo, algo y totalmente en desacuerdo, mientras que 957, manifestaron de acuerdo, algo o totalmente de acuerdo. De manera específica son el grupo ocupacional de enfermera quienes aportan la cifra mayor de participantes seguidos del grupo médico.

En los servicios de atención pediátrica, se estima que el dolor producido por procedimientos afecta entre un 22% a un 77% de los pacientes. Estudios han revelado que hasta al 78% de los niños hospitalizados, se le realiza al menos un procedimiento doloroso, con una media de 6 procedimientos por niño/a (Leyva M, et al. 2022).

La evaluación del dolor en neonatos es una tarea difícil para los profesionales de la salud, ya que estos son incapaces de manifestarlo de manera verbal, generando que su cuantificación se base en una valoración subjetiva por el personal de salud mediante el uso de las diferentes escalas de dolor. Es por ello que la evaluación y manejo del dolor en neonatología se ha convertido en uno de los objetivos más importantes en el presente siglo (Hall R et.al. 2019).

Estudios realizados en neonatos humanos de bajo peso sugieren que la exposición temprana a estímulos nociceptivos afecta el desarrollo y que la reactividad al dolor disminuye con respecto a los recién nacidos (RN) sanos. El estrés y la disminución de la actividad parasimpática vinculados al dolor se asocian a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas y cardiovasculares. Los estudios demuestran que los RN pueden experimentar hipersensibilidad al dolor por la inmadurez del sistema nervioso, ya que la mielinización está en desarrollo y la transmisión sináptica es más lenta. Esto

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

genera que las respuestas del RN sean inespecíficas incrementando la dificultad a la hora de evaluar el dolor con las escalas clínicas convencionales, por lo que un adecuado manejo del mismo es vital para el desarrollo óptimo del RN.

Mederos et.al. (2024), en su estudio sobre el conocimiento de la respuesta a estímulos nociceptivos en mamíferos es de alto valor traslacional, así como en RN humanos. Se estima que podría tener un impacto a nivel nacional y en la forma en que los equipos asistenciales abordan el tratamiento del dolor y el disconfort. Es una herramienta novedosa y aún no explorada, lo cual puede impactar positivamente en la calidad de la asistencia. Contar con herramientas confiables y objetivas de evaluación del disconfort, de fácil uso e interpretación por todo el equipo asistencial, contribuye a mejorar el cuidado de los neonatos durante la estancia hospitalaria, recordando que la exposición a estímulos dolorosos repetidos durante la internación genera consecuencias nocivas a corto y largo plazo.

Este modelo contribuye con la curva de aprendizaje del equipo de salud en el uso del NIPE™ en una situación de coma profundo. Además, agrega un alto valor trasnacional dada la homología fisiológica con el ser humano, por lo que los resultados obtenidos en este estudio son de utilidad para la práctica clínica en el cuidado de los RN, tanto en la valoración del disconfort como para valorar el nivel de sedoanalgesia.

Formar profesionales altamente especializados en proporcionar cuidados a pacientes con enfermedades agudas, terminales o crónicas avanzadas, sus competencias incluye la gestión efectiva del dolor y otros síntomas físicos, así como el apoyo emocional tanto al paciente como a sus familias. Además, al realizar una especialidad en Cuidado Paliativo, desarrollará planes de cuidado personalizados que promueven la calidad de vida y el confort del paciente.

Muchos profesionales sanitarios no se sienten bien preparados para llevar un adecuado manejo del dolor, constituyendo la formación y capacitación de esta una de las principales estrategias para conseguir un manejo adecuado. Casi la totalidad de los profesionales consideraba útil recibir formación específica sobre el manejo del dolor, identificando un porcentaje importante de profesionales un déficit de conocimientos sobre estos aspectos.

Al igual que subraya Davidson et al. (2023), los datos actuales proporcionan un fuerte imperativo para establecer el manejo del dolor como una prioridad educativa, clínica y de investigación en el ámbito de la nefrología. Es necesario integrar estrategias que permitan un abordaje continuo del dolor, participando a los profesionales en su práctica habitual, identificando áreas de desarrollo del conocimiento para conseguir mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Las limitaciones del estudio son las propias de este tipo de metodología. Sin bien es cierto que las características sociodemográficas de los participantes

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

en el estudio, según los datos consultados con el INE año 2022, son representativas de los profesionales de enfermería en España, constituyen una información de utilidad como punto de partida para conocer la situación de esta problemática y poder contextualizarla.

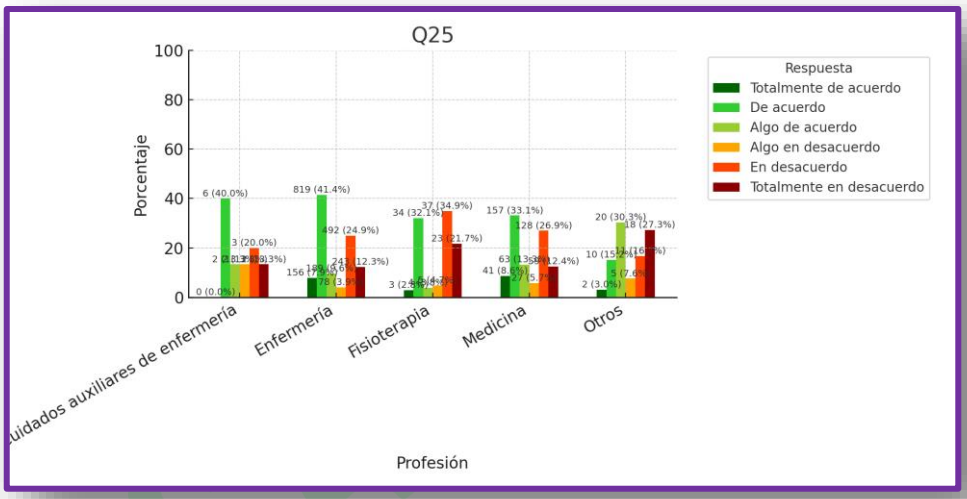
A partir de estos resultados, se puede afirmar que la enfermería nefrológica en España percibe que el manejo del dolor de los pacientes durante la sesión de hemodiálisis se encuentra en vías de mejora, identificando la existencia de variabilidad en la práctica clínica en cuanto a la administración de los analgésicos. Así mismo, estos profesionales demandan formación específica, así como la existencia de protocolos de actuación ante el manejo del dolor en hemodiálisis. Son los profesionales con menos de 5 años de experiencia quienes manifestaron tener peor nivel de conocimientos, sin embargo, aquellos con más de 5 años de experiencia los que consideraron más útil recibir formación específica.

Sería de interés que las diferentes instituciones y sociedades científicas dieran respuesta a esta situación, desarrollando formación específica en esta materia, así como documentos de consenso/protocolos, que permitan conseguir un mejor control del dolor en las personas en hemodiálisis, pudiendo así contribuir en la mejora de su calidad de vida.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q25.- Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.



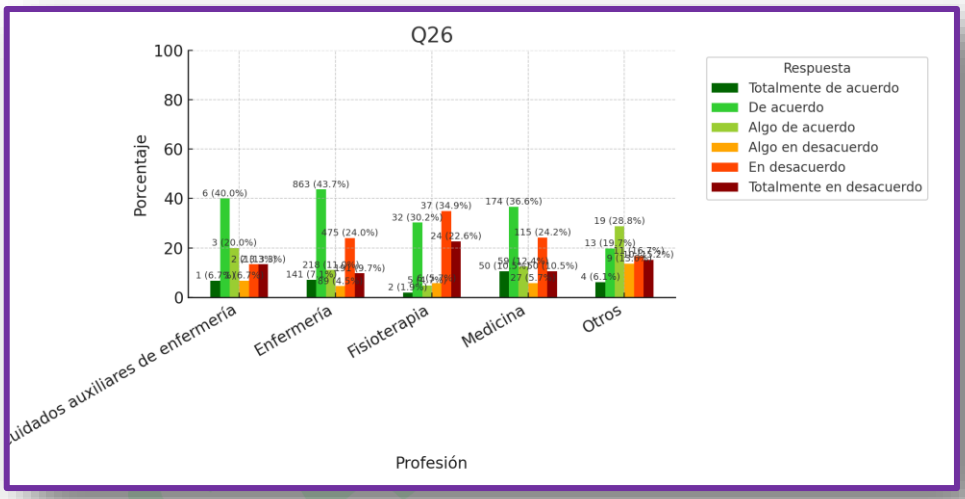
Los resultados muestran que, según grupo ocupacional, es el profesional de enfermería quien de 1977 participantes mayoritariamente respondió estar de acuerdo, algo o totalmente de acuerdo con 1164 respuestas que representan el 58.9 mientras que 813 (41.1%), respondieron en desacuerdo o algo o en total descuerdo. Le siguen los profesionales médicos quienes de 261 respondieron estar de acuerdo algo de acuerdo o totalmente de acuerdo mientras que 214 manifestaron algún nivel de desacuerdo.

En el recién nacido prematuro, se produce un mayor riesgo de daño neurológico por patologías asociadas a hemorragia intraventricular o la isquemia cerebral, al aumentar la presión intracraneal. El dolor, como fuente de estrés, produce aumento de la susceptibilidad a infecciones por a la depresión del sistema inmune derivada del mismo. Las investigaciones realizadas, sugieren que los recién nacidos sometidos al dolor en las primeras etapas de la vida, sufre cambios morfológicos y funcionales en el cerebro que desencadenan respuestas afectivo-funcionales exageradas a experiencias dolorosas posteriores. Las consecuencias a corto y largo plazo de la exposición de los recién nacidos a estrés y dolor hacen esencial una evaluación adecuada de este. Sin embargo, en muchas ocasiones esta evaluación puede resultar compleja ya que se trata de una estimación subjetiva pues el paciente es incapaz de expresar verbalmente su dolor.

Un estudio realizado durante tres meses en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales calculó que un recién nacido pretérmino puede ser sometido a 300 procedimientos dolorosos durante su estancia, aproximadamente 14 al día. Entre las estrategias a seguir se pueden distinguir medidas farmacológicas y no farmacológicas. Al tratarse de un grupo de edad tan vulnerable, hay que tener en cuenta tanto el tratamiento del dolor en el recién nacido como que las intervenciones ofrezcan la máxima eficacia con el menor riesgo.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q26.- Sé cómo actuar ante el dolor agudo en niños/as.



Del total de encuestados el personal de enfermería muestra el 61.8% en saber cómo actuar frente al dolor agudo en niños, así como también se encuentra un porcentaje considerable (38.2%) quienes refieren algún grado de desacuerdo, aspecto que debe hacer reflexionar acerca del modo de la actuación profesional. Al revisar la literatura, estudios realizados por Collao afirman que la evolución positiva de un niño y su estadía en el hospital, se acorta en función de la actitud que la enfermera tenga hacia su dolor.

Trabajos de Twycross (A, 2008)destacan que existen factores que inciden en que las enfermeras no siempre perciban el dolor de sus pacientes, lo que se asocia invariablemente con la valoración que el profesional haga del dolor.

Por otra parte, (Jacob E, 2007)concluye que no hay evidencia en los registros clínicos de que las enfermeras desarrollen herramientas apropiadas para valorar el dolor y evalúen las respuestas de los niños hacia las estrategias de manejo, lo que representa también una actitud desfavorable. Asi mismo (Aguilar, 2012) en un estudio analizó la actitud de enfermería ante el dolor infantil relacionada con la formación de los profesionales, reflejó que la mayor parte de las actitudes desfavorables ante el dolor correspondían a profesionales que no habían recibido capacitación en el manejo del dolor infantil, mientras que aquellos que habían acudido a cursos tenían mejor actitud.

En un estudio realizado por (Martinez, 2007) el 45,7% de las enfermeras y 40,7% de las estudiantes opinan que el alivio del dolor es más perjudicial que el propio dolor. Los conocimientos sobre tópicos son similares en ambos grupos. El 40% de los estudiantes piensan que el dolor en el niño es menor. Solo el 21,33% del personal de enfermería conoce métodos de cuantificación del dolor. Es necesaria la formación del personal de enfermería para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

En relación al personal de medicina encontramos que el 59.6% de los encuestados sabe cómo actuar frente al dolor en niños y el 40.4% muestra algún grado de desacuerdo. Siendo el médico el profesional de primera línea y sobre todo el pediatra quienes manejan y refuerzan la salud de los niños es esencial que sepan que se debe hacer, cuando y como en los niños con dolor. En 1998, (Riaño Galán, 1998) publicaron un trabajo donde mostraban el estado de los conocimientos de los pediatras sobre el dolor infantil. Los resultados que reveló aquel trabajo eran, en general, señalaba que la formación de los pediatras sobre la evaluación y manejo del dolor era, a juicio de los propios profesionales, escaso o inexistente. Más aún, casi la mitad de los encuestados afirmaba no conocer ninguna directriz sobre el manejo del dolor infantil.

De igual manera en (MAIXE, citado 2025)publicaron el trabajo realizado en pediatras, donde se encontró que un 54% de los encuestados afirmaba no saber qué hacer. Sólo entre el 26 y el 28 % de los participantes en la encuesta afirmaron que la formación de los pediatras en el manejo del dolor agudo era suficiente. No obstante, la mayoría de ellos afirmaban conocer las escalas de evaluación del dolor en niños (88%) y la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños de la OMS (65%). Por otra parte, aunque más de la mitad de los participantes afirmaba creer que trataba adecuadamente el dolor agudo en los niños (65%), un número casi idéntico afirmaba sentirse incómodo delante de un niño con dolor agudo (66%).

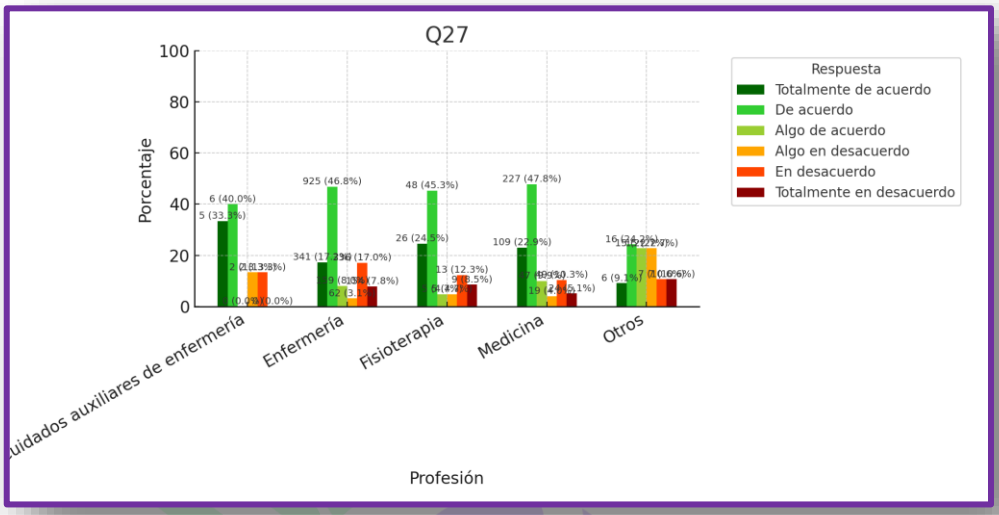
En relación a los encuestados de fisioterapia se encuentra que solo el 36.8% está de acuerdo en saber cómo actuar frente al dolor y el 63.2% muestra algún grado de desacuerdo en saber cómo actuar, resultados preocupantes considerando que la fisioterapia crea un entorno propicio y seguro para que el paciente pediátrico pueda explorar y participar en actividades lúdicas y deportivas sin restricciones.

Pero además de ser esencial para la recuperación física, esta capacidad de retomar la vida cotidiana desempeña un papel decisivo en su desarrollo cognitivo y fisiológico. Participando en juegos y deportes, los niños no solo mejoran sus habilidades motoras, sino que también desarrollan habilidades sociales, aprendiendo a colaborar, comunicarse y trabajar en equipo.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q27.- Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.



En los resultados obtenidos por profesiones, enfermería es la profesión con mayores encuestas realizadas, el 72% está de acuerdo que se debe utilizar analgesia antes de pruebas traumáticas y el 28% muestra algún grado de desacuerdo.

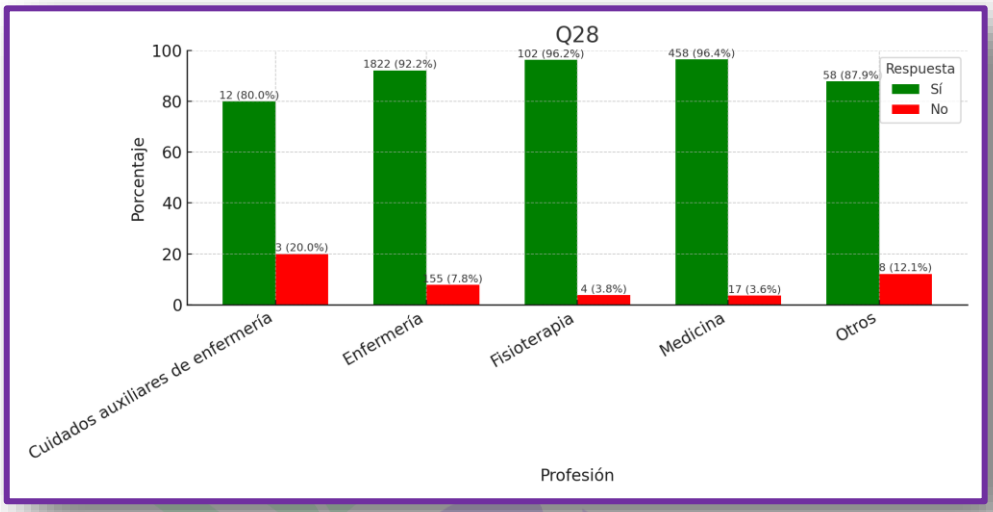
En la profesión de medicina es mayor el porcentaje (80.6%) que están de acuerdo que se debe utilizar analgesia ante de pruebas traumáticas y el 19.4% muestran algún grado de desacuerdo.

La barrera en el uso de analgesia es el miedo a los efectos adversos de los analgésicos opioides, sobre todo a la depresión respiratoria. Asimismo, se piensa que los niños tienen más efectos adversos, que los metabolizan de forma diferente o que pueden tener mayor predisposición a la adicción.

Hay estudios que reportan que la inexperiencia de los profesionales puede ser una de las causas de la alta prevalencia del dolor, pues dejan al paciente con dolor aun cuando ya se tiene el diagnóstico etiológico, o bien, no otorgan el tratamiento apropiado o suficiente, ya que toman a la manifestación del dolor, como un indicador para verificar si el padecimiento va mejorando (Morales M, 2016).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q28.- ¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?



En cuanto a los resultados segmentados por profesión en la cuestión Q28 sobre si "¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?", se puede observar una clara globalización de la postura "de acuerdo" entre las diferentes profesiones.

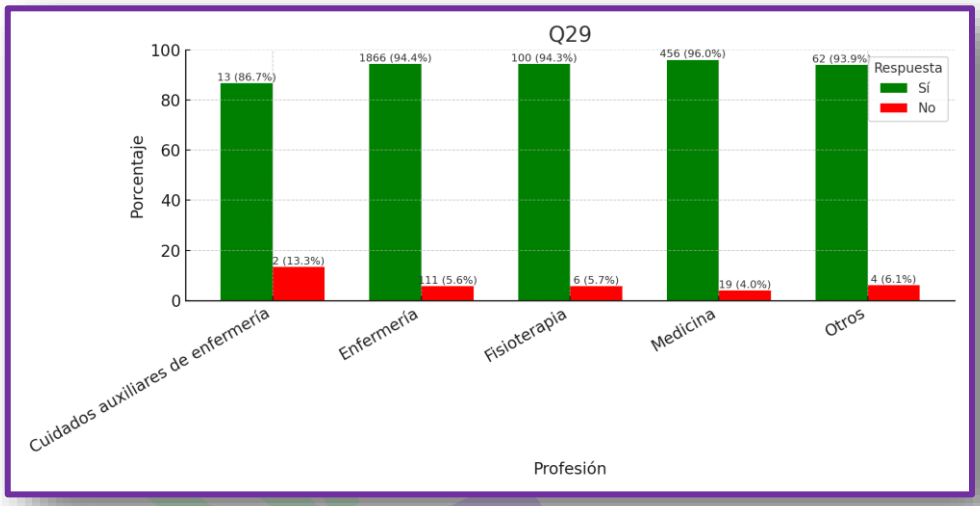
Los resultados de esta cuestión reflejan un consenso generalizado entre los distintos grupos profesionales del ámbito sanitario en torno a la afirmación de que los niños y niñas tienen memoria de los episodios dolorosos.

Esta coincidencia transversal sugiere una creciente concienciación sobre la capacidad infantil para recordar experiencias negativas, lo cual puede repercutir en su comportamiento futuro frente a intervenciones médicas. Además, este acuerdo refuerza la necesidad de implementar estrategias efectivas para minimizar el dolor en la infancia, no solo por razones éticas inmediatas, sino también para prevenir posibles secuelas emocionales y conductuales a largo plazo.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q29.- ¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?



Los resultados por profesiones muestran en enfermería que el 94.4% respondieron estar de acuerdo que un control inadecuado del dolor puede influir en la personalidad adulta del niño, seguido de un 5.6% que muestran algún grado de desacuerdo. Resultados similares se encuentra en la profesión de medicina manifestando el 96% estar de acuerdo, seguido del 4% que muestran algún grado de desacuerdo.

En la última década, ha habido un creciente interés en el manejo del dolor pediátrico, pero a pesar de estos avances aún hay muchos niños que sufren innecesariamente por falta de un adecuado tratamiento. La asociación internacional para estudio del dolor (IASP) lo define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociado a un daño tisular actual o potencial.

Hay múltiples evidencias en la literatura que demuestran que el mal manejo del dolor agudo repercute en la morbimortalidad postoperatoria, y complica el tratamiento en el corto plazo aumentando la cantidad de fármacos y costos. Por otro lado, favorece además la cronificación del dolor, y a largo plazo trae consecuencias psicológicas, como ansiedad, miedo, alteraciones del sueño y del comportamiento.

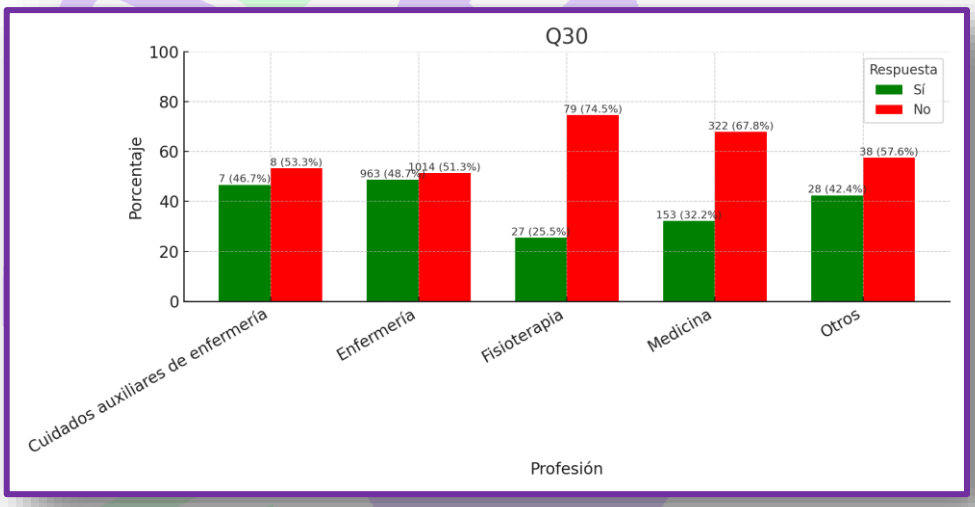
El control del dolor es parte fundamental de una buena práctica médica y de una atención de alta calidad. La prevención y un buen manejo del dolor son prioridades cuando se trabaja con niños, para lo cual es necesario incorporar y considerar al dolor como el 5° signo vital; por lo tanto, al evaluar los signos vitales, se debe considerar si el niño tiene o no tiene dolor, su intensidad, si la terapia analgésica es adecuada, si hay efectos colaterales de los medicamentos y si requiere terapia de rescate. Al integrar el concepto de

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

dolor como parte de la rutina de tratamiento, ya se tiene gran parte avanzada. (Eberhard f.2004).

Twycross, A. (2010) en una revisión bibliográfica encontró que el dolor en el niño es manejado inadecuadamente, sufriendo de forma innecesaria. Las enfermeras con mayores conocimientos acerca del dolor no son las que mejor manejan la analgesia, los conocimientos no se aplican a la práctica. No hay relación entre el nivel de conocimientos y el manejo del dolor. Las enfermeras atribuyen menor importancia al dolor que a otras cuestiones y asumen que sentirlo es algo esperado durante la estancia hospitalaria. Las creencias erróneas contribuyen a un manejo inadecuado del dolor. Los años de experiencia y el nivel académico no contribuyen a un mejor manejo del mismo. Es necesario educar a los profesionales de enfermería en el manejo del dolor, integrando teoría y práctica.

Q30.- ¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?



El gráfico evidencia diferencias significativas en la percepción del dolor entre las distintas categorías profesionales del sector salud, en el caso de Enfermería, este se constituye el grupo más numeroso, con 1977 participantes. De ellos, 963 (48.7%) respondieron que sí consideran que el dolor es proporcional a la lesión, mientras que 1,014 (51.3%) opinan que no, reflejando una división casi equitativa dentro del gremio.

En el caso de medicina, participaron 475 profesionales, de los cuales 153 (32.2%) respondieron afirmativamente y 322 (67.8%) negativamente. Este grupo muestra una mayoría clara que rechaza la proporcionalidad directa entre dolor y magnitud de la lesión. Mientras en fisioterapia, 27 (25.5%) de los 106 encuestados manifestaron que el dolor sí es proporcional, mientras

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

que 79 (74.5%) lo niegan, consolidando una percepción similar a la del grupo médico. En el grupo de otros profesionales (nutricionistas, psicólogos, obstetras, etc.), 28 (42.4%) dijeron que sí, y 38 (57.6%) que no. Aunque los números son menores, también predomina la percepción de que el dolor no siempre se corresponde con la magnitud del daño. Finalmente, entre los auxiliares de enfermería, con un total de 15 participantes, hay un reparto casi equitativo: 7 (46.7%) respondieron "Sí" y 8 (53.3%) "No".

En conjunto, los resultados revelan que la mayoría del personal de salud (especialmente médicos y fisioterapeutas) reconoce que la experiencia del dolor no guarda una relación lineal con la magnitud del estímulo nocivo, lo cual está en consonancia con el modelo biopsicosocial y la evidencia científica actual. En cambio, el personal de enfermería y auxiliares presenta respuestas más divididas, lo que podría estar relacionado con enfoques formativos más orientados hacia la atención directa, pero con menor profundización en los mecanismos neurofisiológicos del dolor.

Los resultados reflejan diferencias notables entre las categorías profesionales respecto a la conceptualización del dolor. Si bien hay una tendencia general a rechazar la idea de proporcionalidad entre el dolor y el daño físico, este patrón no es uniforme: médicos y fisioterapeutas muestran mayor concordancia con los enfoques contemporáneos del dolor, mientras que en enfermería y auxiliares de enfermería se observa una visión más dividida.

Este hallazgo coincide con lo reportado por Gordon et al. (2022), quienes identificaron que los médicos y fisioterapeutas, debido a su mayor exposición a contenidos sobre neurofisiología del dolor y a su formación clínica en dolor crónico, tienden a adoptar el modelo biopsicosocial con más facilidad. En su estudio multicéntrico, concluyen que cuanto mayor es la formación en dolor, menor es la creencia en la proporcionalidad directa entre estímulo y experiencia dolorosa.

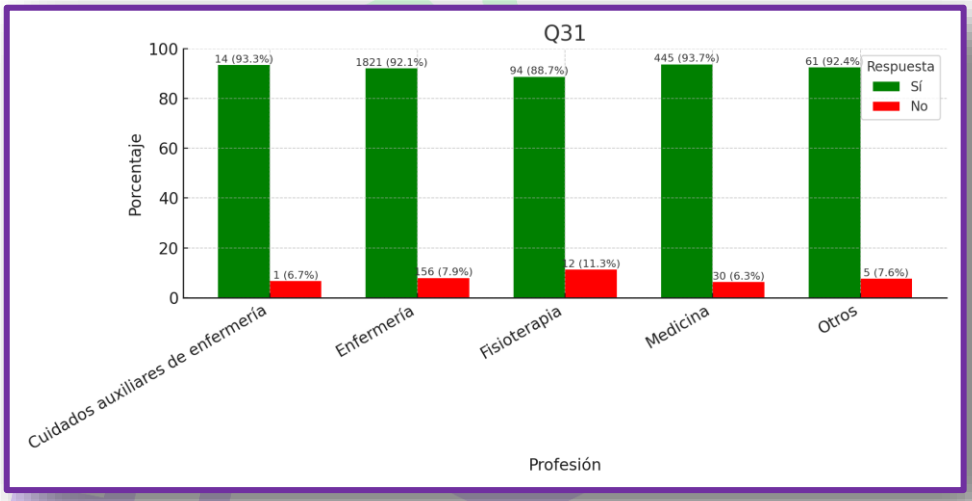
Asimismo, Liossi et al. (2021) resaltan que muchos profesionales de enfermería aún presentan una comprensión mixta del dolor, debido a brechas curriculares en formación específica sobre neurociencia del dolor. Esto explicaría la casi equitativa distribución de respuestas en este grupo. El estudio también propone incorporar estrategias educativas orientadas a mejorar el juicio clínico frente al dolor no visible o de origen idiopático.
Por otro lado, Slater et al. (2020) encontraron que la percepción del dolor en los profesionales de salud está influenciada tanto por su formación como por sus actitudes personales y culturales. Su investigación demostró que fisioterapeutas con experiencia en rehabilitación crónica son más propensos a rechazar la noción de dolor como reflejo directo del daño tisular, respaldando así los resultados observados en este grupo.

Finalmente, Raja et al. (2020) explican que la nueva definición de dolor propuesta por la International Association for the Study of Pain (IASP) reconoce explícitamente que el dolor es una experiencia sensorial y

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

emocional asociada o no a un daño real. Este marco conceptual ayuda a comprender por qué los profesionales más actualizados —como se observa en medicina y fisioterapia— se alinean con esta definición, a diferencia de quienes aún mantienen una visión biomédica tradicional.

Q31.- ¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?



Los resultados revelan diferencias significativas en la percepción de utilidad de explicar anticipadamente los procedimientos a un niño/a de 4 años, según la profesión del personal de salud encuestado. En primer lugar, el personal de enfermería muestra la mayor proporción de respuestas afirmativas, lo que sugiere una fuerte orientación hacia la comunicación y el acompañamiento emocional en la atención pediátrica. Los médicos, aunque también valoran esta práctica, presentan un porcentaje ligeramente menor, posiblemente debido a una formación aún centrada en lo técnico-procedimental.

Por su parte, los técnicos en enfermería mantienen una alta valoración de la utilidad de esta estrategia, lo cual podría explicarse por su cercanía operativa con los niños durante procedimientos invasivos o dolorosos. Finalmente, otros profesionales como psicólogos o terapeutas ocupacionales también reportan altos niveles de reconocimiento de esta práctica, coherente con su formación en desarrollo infantil y manejo emocional.

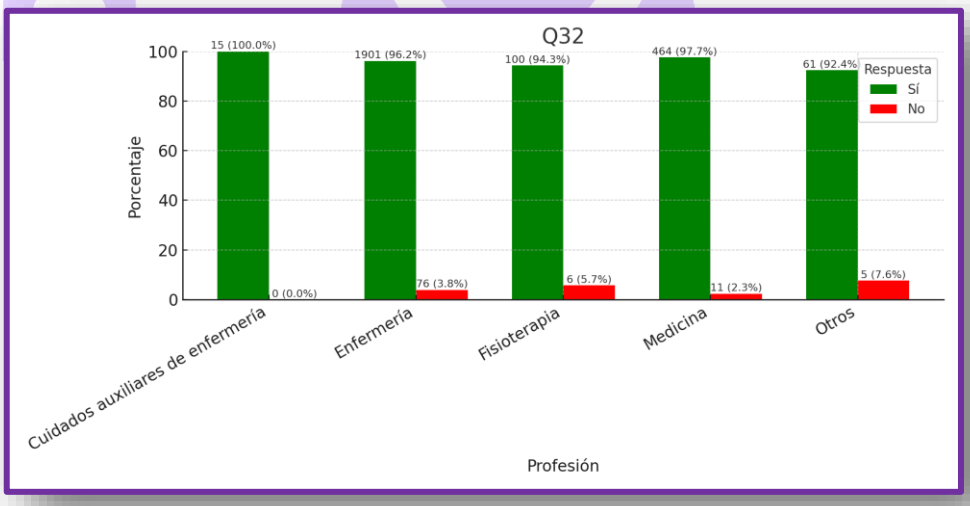
Estos datos permiten identificar que, si bien existe un consenso general sobre la importancia de preparar al niño mediante explicaciones simples y anticipadas, la magnitud del acuerdo varía según el perfil profesional, probablemente en función de su rol en el proceso asistencial, su formación en comunicación y su grado de contacto directo con el paciente pediátrico.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

El análisis de estos resultados muestra una clara tendencia hacia la valoración positiva de la explicación anticipada a niños/as de 4 años, con diferencias marcadas según la profesión. La alta proporción de respuestas afirmativas entre el personal de enfermería coincide con estudios como el de Wong et al. (2021), que evidencian que las enfermeras adoptan un enfoque relacional y comunicativo en el cuidado pediátrico, priorizando el bienestar emocional del niño. En contraste, el menor porcentaje en médicos podría estar asociado a una formación predominantemente biomédica, como señala Costa et al. (2022), quienes identifican brechas en habilidades comunicacionales en el currículo médico tradicional.

Por otro lado, los técnicos en enfermería, con roles asistenciales directos, demuestran un reconocimiento significativo de esta práctica, lo cual es respaldado por el trabajo de Duarte et al. (2020), que destaca su papel en la preparación emocional del paciente pediátrico. Asimismo, los profesionales de salud mental y terapia expresan una alta valoración, lo que se alinea con los hallazgos de Martínez-Rodríguez et al. (2023), quienes argumentan que la formación en desarrollo infantil mejora la capacidad para brindar contención emocional. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las competencias comunicativas en todos los perfiles de atención pediátrica, como parte de un enfoque integral y humanizado del cuidado.

Q32.- ¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?



Los datos revelan una alta adherencia a la práctica en todas las categorías profesionales, con una gran mayoría respondiendo afirmativamente. Enfermería, que representa la categoría con mayor número de participantes, muestra que el 96.2% (1901 de 1977) de sus profesionales considera que el

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

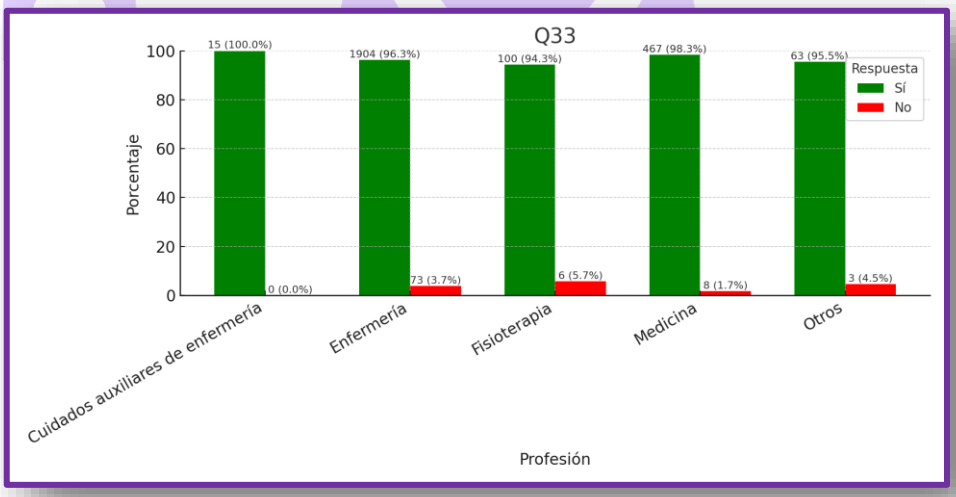
dolor interfiere en las actividades del niño mayor de 6 años. Este hallazgo es coherente con la literatura que destaca el rol clave de la enfermería en la implementación de protocolos clínicos y de humanización del cuidado (Luna et al., 2021).

En el caso de medicina, el 97.7% (464 de 475) afirma aplicar la práctica, lo que demuestra una fuerte integración interprofesional. Aunque el número absoluto es menor, en fisioterapia también se observa una aceptación del 94.3%, lo que indica una conciencia profesional sobre la importancia de la intervención abordada (Castro & Ordóñez, 2020).

Los auxiliares de enfermería presentan un 100% de respuestas afirmativas, aunque el tamaño muestral (15) es muy pequeño. Por otro lado, la categoría de "Otros", con 66 participantes, también muestra una elevada proporción afirmativa (92.4%), lo que evidencia una cultura institucional homogénea en torno al dolor si interfiere en las actividades del niño mayor de 6 años.

Estos resultados sugieren que la mayoría del personal, independientemente de su categoría profesional, ha integrado esta práctica en su ejercicio profesional, lo cual puede deberse a políticas institucionales claras, formación continua, o exigencias legales y éticas (Ramírez & Castañeda, 2022).

Q33.- ¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?



El gráfico muestra la percepción de diferentes profesionales de la salud sobre si el dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño. La gran mayoría de los encuestados en todas las áreas respondió afirmativamente. En Enfermería, 1904 personas respondieron "Sí" y solo 73 "No". En Medicina, 467 respondieron "Sí" y solo 8 "No". En

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Fisioterapia, 100 respondieron "Sí" y 6 "No". En el grupo de Auxiliares de enfermería, todos (15) respondieron "Sí". En la categoría "Otros", 63 respondieron "Sí" y solo 3 "No". Estos resultados reflejan un consenso generalizado entre los profesionales de la salud sobre el impacto negativo del dolor en la interacción social infantil.

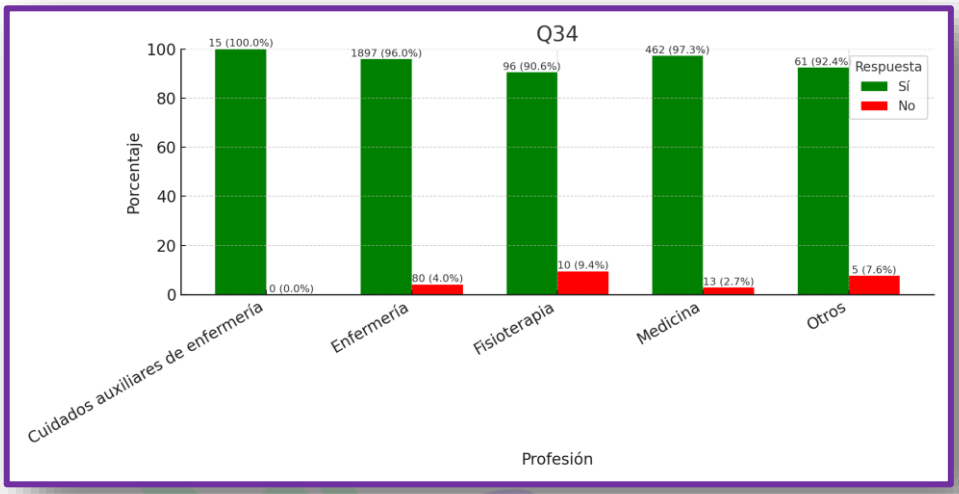
El consenso entre los profesionales de la salud evidencia la conciencia sobre las consecuencias psicosociales del dolor infantil. El hecho de que la mayoría de los encuestados, independientemente de su área de formación, reconozca el impacto del dolor en la interacción social, coincide con la literatura científica, que señala que el dolor crónico afecta la capacidad de los niños para relacionarse con sus compañeros, profesores y familiares. Estas dificultades pueden manifestarse como aislamiento social, ausentismo escolar y alteraciones en la dinámica familiar, lo que a su vez puede agravar la experiencia de dolor y dificultar la recuperación (Gorodzinsky et al., 2019; Lewandowski et al., 2010).

Además, la percepción compartida entre enfermería, medicina y fisioterapia subraya la importancia de un abordaje interdisciplinario en el manejo del dolor infantil. El reconocimiento de este problema por parte de diferentes profesionales favorece la implementación de estrategias integrales que incluyan tanto el tratamiento físico como el apoyo emocional y social para el niño y su familia (Forgeron et al., 2015; Law et al., 2018).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q34.- ¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?



En la gráfica se observa una clara predominancia de participación afirmativa en todas las categorías, siendo el grupo de enfermería el que presenta la mayor cantidad de participantes (1,897), seguido de medicina (462), fisioterapia (96), otros (61) y auxiliares de enfermería (15).
Estos resultados reflejan un alto grado de compromiso y participación del personal de salud, con mayor énfasis en profesionales de enfermería, lo cual podría deberse a su involucramiento directo y constante, de la profesión de enfermería, en acciones comunitarias, preventivo promocionales, asistenciales o de formación continua (Martínez et al., 2020).

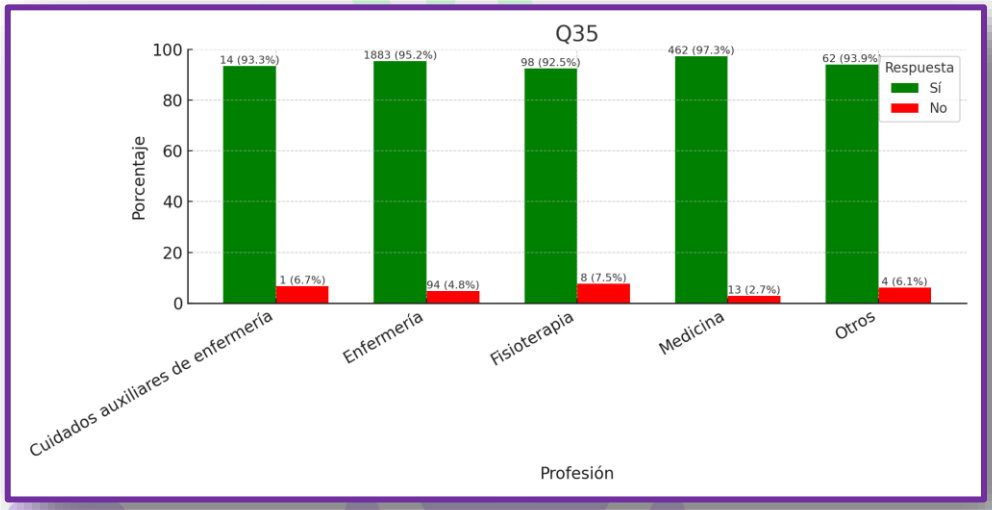
Coincidentemente con (González & Pérez, 2021), el análisis cuantitativo muestra que más del 95% de los individuos en cada grupo participaron activamente, esta tendencia es particularmente significativa en el campo de la enfermería, donde más del 95% respondió afirmativamente, resultado que muestra un reflejo del alto nivel de responsabilidad profesional, compromiso institucional y posible inclusión en planes de mejora continua del personal de enfermería. En contraste, aunque en proporciones más pequeñas, los demás campos como fisioterapia, medicina y "otros" también mostraron una participación elevada. Sin embargo, el número absoluto de participantes en estas áreas es considerablemente menor, lo que podría deberse a la menor presencia o representación de estas disciplinas en la atención del dolor en niños o, también a diferencias en las políticas institucionales de formación o vinculación (Ramírez, 2019).

El predominio del personal de enfermería refleja un rol central en la estructura de atención en salud, particularmente en contextos de intervención comunitaria o institucional. Esta situación puede explicarse por su amplia presencia en todos los niveles de atención, el rol en programas de promoción de la salud y su participación activa en procesos educativos continuos (Torres & Salazar, 2018).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Asimismo, la baja participación del grupo de auxiliares de enfermería podría indicar limitaciones en el acceso a oportunidades de formación o decisiones institucionales que priorizan a personal profesional para otras actividades. Esta disparidad invita a reflexionar sobre la necesidad de inclusión equitativa en procesos formativos para fortalecer al equipo multidisciplinario de salud (López & Herrera, 2020).

Q35.- ¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?



La gráfica presenta la distribución de respuesta positiva o negativa ante sí el dolor afecta el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, categorizada por áreas profesionales: auxiliares de enfermería, enfermería, fisioterapia, medicina y otros. Los datos muestran una amplia participación positiva en todas las categorías, especialmente en el área de enfermería, con (1,883) respuestas afirmativas, seguida de medicina (462), fisioterapia (98) y otros (62). El grupo con menor participación en términos absolutos es el de auxiliares de enfermería, con 14 respuestas afirmativas. Las respuestas negativas son mínimas en todos los casos, destacando enfermería con 94, aunque proporcionalmente bajas frente al total.

Esta tendencia confirma que los profesionales de enfermería lideran la participación en actividades organizadas, posiblemente por la labor que desempeñan, estructura organizacional del sistema de salud que los posiciona como actores claves en la atención directa y continua (González & Pérez, 2020).

Desde un análisis porcentual, se observa que en todas las categorías al menos el 85% de los participantes respondieron afirmativamente, siendo la tasa más alta en auxiliares de enfermería (14 de 15), seguido por fisioterapia

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

(98 de 106). Esto indica un alto grado de aceptación y/o cumplimiento al responder que sí, el dolor afecta el desarrollo cognitivo y emocional de los niños. En el caso de enfermería, a pesar de contar con 94 respuestas negativas, esto representa menos del 5% de su total, lo cual reafirma su compromiso estructural con este tipo de procesos institucionales (Moreno et al., 2021).

Estas cifras sugieren que las estrategias de formación, acompañamiento o seguimiento están siendo efectivas, al responder asertivamente que, el dolor afecta el desarrollo cognitivo y emocional de los niños. La participación masiva del personal de enfermería también podría reflejar políticas institucionales que promueven de manera activa su involucramiento, participación en el cuidado del niño con dolor (López & Herrera, 2019).

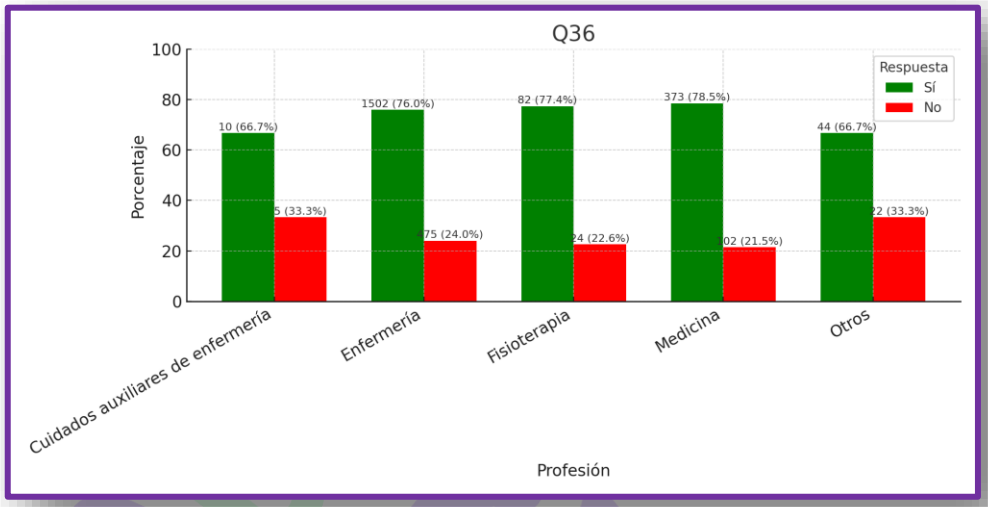
La abrumadora participación del personal de enfermería no solo se explica por el número de profesionales en esta área, sino también por su papel operativo y estratégico dentro de las instituciones de salud. Son quienes suelen estar más cercanos al usuario final y forman parte esencial de programas de mejora continua, monitoreo de calidad y seguridad del paciente (Torres & Salazar, 2018). El involucramiento activo de fisioterapeutas y médicos también destaca, aunque en números absolutos más bajos, lo que puede deberse a una representación numérica menor o una concentración en otras tareas clínicas.

Por su parte, la menor participación de los auxiliares y del grupo “otros” podría estar vinculada a una exclusión estructural o falta de oportunidades de participación, lo que plantea una necesidad de revisar las estrategias de inclusión de todos los miembros del equipo de salud (Martínez & Rivas, 2022).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q36.- ¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?



La gráfica muestra la respuesta (“Sí”) y (“No”) por profesión: auxiliares de enfermería, enfermería, fisioterapia, medicina y otros. Los resultados reflejan que enfermería continúa liderando la participación, con 1,502 respuestas afirmativas y 475 negativas. A continuación, le siguen medicina (373 “Sí” y 102 “No”), fisioterapia (82 “Sí” y 24 “No”), otros (44 “Sí” y 22 “No”) y auxiliares de enfermería (10 “Sí” y 5 “No”). Se evidencia un descenso porcentual en la participación afirmativa con respecto al área de enfermería. Este cambio sugiere una posible fatiga institucional, disminución del interés, barreras logísticas o cambio en las condiciones de convocatoria, que podrían estar influyendo negativamente en la motivación del personal para involucrarse en iniciativas preventivas del dolor en niños ante procedimientos diversos (González & Pérez, 2021).

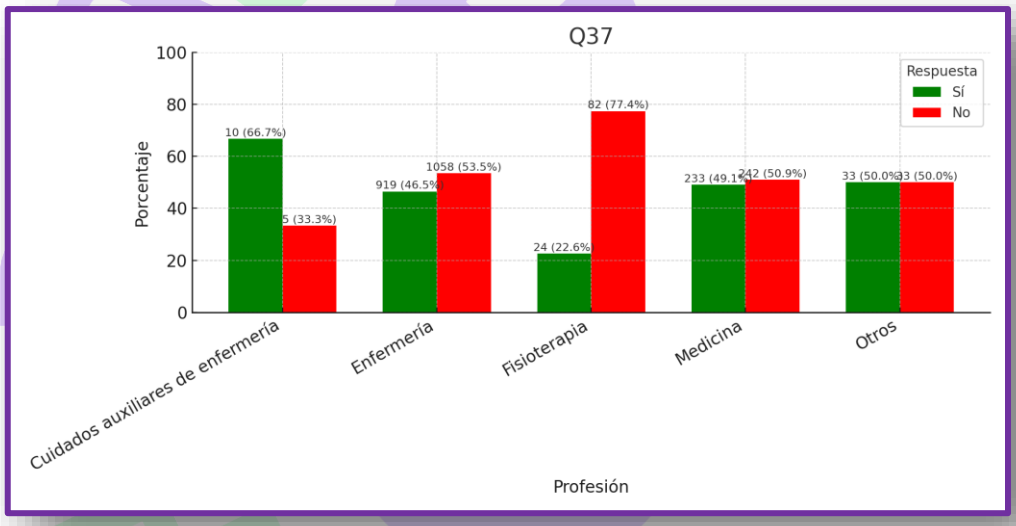
Al observar las tasas de participación afirmativa, se identifica que el grupo de enfermería, aunque sigue siendo el más numeroso, presenta un porcentaje de participación positiva menor al 76%, lo que contrasta con los análisis anteriores donde superaba el 90%. En fisioterapia la participación afirmativa es del 77.3%, en medicina del 78.5%, en el grupo “otros” del 66.7% y en auxiliares de enfermería del 66.6%. Esto indica una disminución generalizada del compromiso respecto a otras mediciones.

Dicho fenómeno podría interpretarse como resultado de una posible sobrecarga de actividades o una percepción de menor relevancia en la intervención evaluada. Las instituciones deben considerar este tipo de indicadores para reajustar estrategias de comunicación, motivación y pertinencia de las actividades dirigidas a los profesionales de salud (Martínez & Rivas, 2022).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Esta caída relativa en la participación afirmativa representa una alerta para los sistemas de salud. Aunque el volumen total de respuestas “Sí” aún es alto, el aumento considerable de las respuestas “No” (especialmente en enfermería y medicina) podría reflejar fatiga institucional, baja satisfacción o falta de alineación de las actividades con los intereses profesionales actuales. La falta de tiempo, insuficiente reconocimiento y la percepción de repetitividad pueden influir negativamente en la adherencia a este tipo de actividades preventivas ante el dolor pediátrico (Torres & Salazar, 2018).
En este contexto, se vuelve crucial replantear mecanismos de participación, ajustándolos a las realidades profesionales y contextuales de cada grupo, promoviendo incentivos tangibles, tiempos adecuados y pertinencia ante el manejo preventivo del dolor en la atención a niños como parte de una estrategia más inclusiva y sostenible (López & Herrera, 2020).

Q37.- ¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?



La gráfica muestra las respuestas afirmativas y negativas en torno a una actividad institucional, segmentadas por profesión: auxiliares de enfermería, enfermería, fisioterapia, medicina y otros. La mayoría de las respuestas negativas se concentran en enfermería (1,058), a diferencia de las afirmativas (919), lo cual marca un cambio drástico en comparación con los gráficos anteriores. Medicina también muestra más respuestas negativas (242) que afirmativas (233). En el caso de fisioterapia, las respuestas negativas (82) triplican a las afirmativas (24). Solo el grupo de "otros" presenta equilibrio (33 afirmativas y 33 negativas), mientras que auxiliares de enfermería mantienen una tendencia similar a etapas anteriores (10 afirmativas, 5 negativas).

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Esta inversión en los valores de participación indica una disminución sustancial del compromiso institucional, posiblemente por saturación, desmotivación o percepción negativa de la intervención para la formación al personal de salud acerca del manejo del dolor en niños (González & Pérez, 2021).

El análisis comparativo permite observar una disminución drástica del nivel de respuestas afirmativa, especialmente en enfermería, que en registros anteriores superaba el 90% de afirmación y ahora cae por debajo del 47%. En fisioterapia y medicina ocurre algo similar, con una clara predominancia de la respuesta negativa. Esto puede reflejar una crisis de motivación organizacional o un desajuste entre las expectativas del personal y el propósito o metodología de la actividad realizada para lograr la formación acerca del manejo del dolor agudo en niños para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz.

Este tipo de descenso tiene implicancias directas en la efectividad de programas institucionales, dado que, cuando la mayoría del personal no participa o rechaza las iniciativas, se compromete la calidad, continuidad y pertinencia de las acciones organizacionales en el campo de la salud para lograr las competencias necesarias en el manejo del dolor pediátrico de forma efectiva, eficaz (Martínez & Rivas, 2022).

Los resultados plantean una necesidad urgente de revisión estratégica por parte de las instituciones formadoras de recursos de salud que promueven las actividades de prevención en el manejo del dolor en el niño. El alto nivel de rechazo observado, especialmente en enfermería, podría estar relacionado con la carga laboral, la percepción de actividades impuestas y poco valoradas, o la ausencia de incentivos reales. Si bien los grupos como auxiliares de enfermería o “otros” mantienen tasas de participación más equilibradas, su bajo número total no representa una contrabalanza significativa. La evidencia demuestra que, para sostener la participación en el tiempo, es clave garantizar la relevancia temática, adaptar metodologías participativas, escuchar activamente las necesidades del personal y valorar formalmente su contribución en estos espacios (Torres & Salazar, 2018; López & Herrera, 2020).

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

9. Pruebas de Chi-cuadrado para evaluar asociaciones estadísticas.

9.1. Sexo

Ítem	p-valor	Significativo (p < 0.05)
Q7-¿Tiene hijos/as menores de edad?	0,114470124	No
Q8-¿Tiene personas mayores a su cargo?	0,148658195	No
Q9-¿Tiene personas dependientes a su cargo?	0,547744949	No
Q10-Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.	0,094134774	No
Q11-Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.	0,960393306	No
Q12-Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.	0,152282346	No
Q13-Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.	0,403015112	No
Q14-Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.	0,575692894	No
Q15-Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.	0,264913669	No
Q16-El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.	0,170497169	No
Q17-Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.	0,11464865	No
Q18-Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.	0,004718913	Sí
Q19-Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.	0,000318028	Sí
Q20-Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.	0,473503872	No
Q21-Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.	0,009887196	Sí

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q22-Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.	0,655363245	No
Q23-Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)	0,725546615	No
Q24-La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.	0,015858555	Sí
Q25-Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.	0,302829651	No
Q26-Sé como actuar ante el dolor agudo en niños/as.	0,61526821	No
Q27-Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.	0,626372739	No
Q28-¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?	0,67416536	No
Q29-¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?	0,815347254	No
Q30-¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?	0,050149254	No
Q31-¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?	0,000118244	Sí
Q32-¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?	0,138328534	No
Q33-¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?	0,275029053	No
Q34-¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?	0,715125756	No
Q35-¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?	0,449592037	No
Q36-¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?	0,275623341	No
Q37-¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?	0,476616575	No

La prueba Chi-cuadrado permite evaluar la asociación entre la variable sexo y las diversas preguntas relacionadas con el abordaje del dolor pediátrico.

Resulta clave encontrar que, de las 31 preguntas aquí contempladas, han sido 5 los ítems que han reportado una asociación estadísticamente significativa.

La pregunta Q18 que enuncia que “durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes”, presenta una asociación estadísticamente significativa con la variable sexo. Esto sugiere que existe una diferencia notable entre hombres y mujeres respecto a la afirmación, lo que podría indicar que un grupo es más propenso a considerar que la presencia parental si que juega un factor importante en el manejo del dolor en los niños.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

La pregunta Q19 “los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportarlo antes de recibir alivio” presenta una asociación fuerte con la variable de sexo. Es posible encontrar que ciertos grupos consideren más aceptable permitir que los niños intenten tolerar el dolor antes de recibir cualquier tipo de tratamiento analgésico (ya sea farmacológico o no farmacológico), lo que puede reflejar diferencias en el enfoque, influencia de las experiencias previas personales o profesionales o formación clínica recibida entre sexos.

La pregunta Q21 sobre si “los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico” refleja que la variación entre sexos sobre esta cuestión indica que algunos profesionales pueden tener mayores reservar frente al uso de este grupo farmacológico en la población infantil. Esto puede deberse o estar vinculado a la percepción del riesgo o experiencias previas con el uso de estos medicamentos, tanto en la población general, como experiencias previas en el uso de los opioides en menores, recién nacidos o infantes.

La pregunta Q24 sobre si “la formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente” presenta una fuerte asociación con la variable sexo y una disparidad entre la percepción de mujeres y hombres sobre la formación recibida en esta materia. Esto puede apuntar hacia diferencias en oportunidades de capacitación en la materia del abordaje de dolor infantil y cuidado humanizado, o a experiencias dispares en el abordaje del mismo entre sexos.

Por último, la pregunta Q31 sobre si “es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a”, existe una diferencia significativa entre sexos que podría reflejar distintas sensibilidades en la comunicación con niños, donde un grupo puede estar más inclinado hacia la priorización de la transparencia en la explicación de procedimientos médicos para intentar disminuir la ansiedad y preocupación de los pacientes pediátricos.

El resto de las variables no presentan una relación significativa con la variable de estudio (sexo en esta ocasión). Esto implica que las mujeres y hombres tienen percepciones similares respecto a la sensibilidad del dolor en recién nacidos o menores de 2 años, la utilidad del placebo en niños y la interferencia del dolor en la vida cotidiana de los niños.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

9.2. Edad

Ítem	p-valor	Significativo (p < 0.05)
Q7-¿Tiene hijos/as menores de edad?	1,19E-30	Sí
Q8-¿Tiene personas mayores a su cargo?	0,007776	Sí
Q9-¿Tiene personas dependientes a su cargo?	0,091207	No
Q10-Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.	0,119995	No
Q11-Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.	0,313659	No
Q12-Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.	0,75971	No
Q13-Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.	0,334397	No
Q14-Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.	0,11611	No
Q15-Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.	0,868296	No
Q16-El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.	0,344924	No
Q17-Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre-canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.	0,440318	No
Q18-Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.	0,176977	No
Q19-Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.	0,12065	No
Q20-Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.	0,033429	Sí
Q21-Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.	0,00579	Sí
Q22-Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.	0,33481	No
Q23-Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)	0,745076	No
Q24-La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.	0,342983	No
Q25-Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.	0,810424	No
Q26-Sé como actuar ante el dolor agudo en niños/as.	0,348735	No
Q27-Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.	0,020454	Sí

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q28-¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?	0,734977	No
Q29-¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?	0,45136	No
Q30-¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?	0,270766	No
Q31-¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?	0,033684	Sí
Q32-¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?	0,449879	No
Q33-¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?	0,44119	No
Q34-¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?	0,429411	No
Q35-¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?	0,170912	No
Q36-¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?	0,086671	No
Q37-¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?	1,85E-06	Sí

El análisis Chi-cuadrado que relaciona estas cuestiones con la edad permite valorar la asociación estadística entre la edad de las personas que cumplimentaron el cuestionario y sus respuestas. A continuación, se detallan las cuestiones que mostraron relación significativa con respecto a la variable de la edad.

La pregunta Q7 en relación a la situación sociodemográfica de los encuestados "tiene hijos/as menores de edad" presenta una asociación significativa con respecto a la variable de edad. Esto es esperable debido a las diferentes edades y su relación con las diferentes etapas de la vida. Sin embargo, es un dato especialmente relevante debido a que el grupo de edad de profesionales jóvenes pueden estar más familiarizados con las experiencias de cuidado pediátrico, lo cual puede influir directamente en la sensibilidad y percepción del dolor infantil, y por ende, en la forma de abordarlo.

La pregunta Q8 en relación a la situación sociodemográfica de las personas que respondieron el cuestionario "tiene personas mayores a su cargo" presenta relación significativa con la variable de edad. Esta relación puede sugerir que los profesionales de grupos de edad mayores tiendan a tener menos hijos menores y en su lugar estar a cargo del cuidado de personas mayores o de edad avanzada. Esto puede indicar que la carga de cuidados familiares intergeneracionales puede influir en la percepción del impacto del dolor, aunque puede que el cuidado que brindan estas personas no sea necesariamente hacia personas familiares, sino personas de quienes son cuidadores informales.

La pregunta Q20 sobre el uso de placebos a los/as niños/as para determinar la veracidad del dolor presenta relación significativa con la variable de edad entre las personas que cumplimentaron el cuestionario. Los encuestados más jóvenes

puede que estén mas de acuerdo con esta afirmación en comparación con los jóvenes. Esto puede deberse a que este público no ha estado expuesto a tantas discusiones sobre la ética del uso de placebo en pediatría, desconocimiento de las implicaciones legales de su uso o a una falta directa de formación específica sobre el impacto psicológico de este tipo de prácticas en los pacientes infantiles.

Por otro lado, la cuestión Q21 sobre el riesgo de adicción a opioides en pediatría, muestra que el miedo a la adicción aumenta con la edad, lo que sugiere que los profesionales de grupos de edad más maduros puedan tener una perspectiva influenciada por el uso tradicional y consecuencias del uso de los opiáceos. Esto puede llevar a un posible subtratamiento o subprescripción de fármacos para el tratamiento del dolor pediátrico en ciertos casos, lo que hace evidente la necesidad de actualizar los conocimientos y creencias sobre el manejo seguro de estos medicamentos.

En cuanto a la cuestión Q27 sobre la administración de analgesia en pruebas potencialmente traumáticas, la relación significativa con la variable de la edad es evidente. Esto indica que los profesionales mayores están más de acuerdo con la administración previa, debido posiblemente a la mayor experiencia clínica y al reconocimiento de la importancia de una prevención eficaz del dolor en un público tan vulnerable como es el pediátrico.

En la pregunta Q31 sobre si se considera útil explicar a un niño/a de 4 años el procedimiento que se le va a realizar, indica que su relación con la variable de la edad es significativa. Esto conlleva que existen diferencias en la percepción de esto según la edad, con un mayor acuerdo, también, entre las personas que mayor experiencia cuentan. Esto sugiere que los profesionales que tienen mayor experiencia en el ámbito asistencial puede que conozcan o hayan aprendido que la comunicación efectiva es útil para disminuir la ansiedad e incertidumbre antes de los procedimientos médicos, invasivos, y especialmente en los traumáticos, en los pacientes pediátricos.

Por último, en la cuestión Q37 sobre si se considera que la formación en cuidado del dolor pediátrico es suficiente, la relación con la variable de la edad también es significativa. Se muestra un nivel de insatisfacción con la formación recibida que varía significativamente con la edad, con un mayor porcentaje de profesionales de edad media que la consideran insuficiente, lo que puede relacionarse con la necesidad de actualización y refuerzo en formación académica, práctica y teórica, sobre la atención en pediatría.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

9.3. Continente

Ítem	p-valor	Significativo (p < 0.05)
Q9-¿Tiene personas dependientes a su cargo?	5,88E-41	Sí
Q8-¿Tiene personas mayores a su cargo?	1,74E-40	Sí
Q7-¿Tiene hijos/as menores de edad?	1,03E-34	Sí
Q37-¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?	2,45E-34	Sí
Q30-¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?	1,39E-24	Sí
Q12-Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.	4,18E-18	Sí
Q26-Sé como actuar ante el dolor agudo en niños/as.	6,48E-15	Sí
Q25-Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.	3,54E-13	Sí
Q10-Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.	9,02E-13	Sí
Q17-Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.	2,3E-12	Sí
Q13-Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.	1,35E-10	Sí
Q27-Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.	1,49E-10	Sí
Q16-El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.	2,81E-10	Sí
Q24-La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.	3,53E-09	Sí
Q21-Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.	1,23E-08	Sí
Q20-Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.	1,96E-08	Sí
Q14-Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.	6,48E-08	Sí
Q19-Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.	8,35E-08	Sí
Q22-Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.	2,04E-07	Sí
Q23-Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)	2,79E-07	Sí
Q18-Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.	4,32E-07	Sí
Q11-Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.	8,72E-07	Sí

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q15-Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.	3,41E-05	Sí
Q31-¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?	8,71E-05	Sí
Q33-¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?	0,000305	Sí
Q34-¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?	0,000435	Sí
Q32-¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?	0,000875	Sí
Q35-¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?	0,003857	Sí
Q36-¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?	0,013257	Sí
Q29-¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?	0,126747	No
Q28-¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?	0,903469	No

Analizando la relación entre las diferentes cuestiones del cuestionario y la variable continente, se puede observar a través de Chi cuadrado que la gran mayoría de las cuestiones muestran relación o asociación entre dichas variables.

Es destacable que algunas preguntas como Q7, Q8 y Q9 presentan valores extremadamente bajos, indicando una fuerte relación entre la situación sociodemográfica individual de las personas que respondieron el cuestionario y su ubicación por continentes. Esto puede traducirse en diferencias sociodemográficas como en los roles sociales que pueden desempeñar en torno al cuidado en las diferentes regiones.

Con respecto a las cuestiones Q22, Q23 y Q25, que abordan el conocimiento y la práctica clínica infantil con preguntas sobre el uso de escalas para valorar el dolor pediátrico, uso de escalas para determinar que escalón analgésico aplicar para tratar el dolor infantil y la identificación de signos de dolor en recién nacidos, muestran una relación significativa con el continente. Esto sugiere claras diferencias entre los continentes en la formación profesional y el acceso a herramientas validadas para el tratamiento de dolor pediátrico.

En particular, la pregunta Q24 que enuncia que “la formación sobre el dolor agudo en niños/as es suficiente” refuerza lo comentado anteriormente, ya que muestra que la percepción sobre la calidad y cantidad de los contenidos en este ámbito varía de forma significativa entre las regiones desde donde se cumplimentó el cuestionario. Esto puede verse afectado por las diferencias en los planes de estudio de diferentes universidades en el plano internacional y la falta de homogeneización de los contenidos básicos.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

En último lugar, cabe destacar que solo 2 de las preguntas del cuestionario Q29-¿cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as? y Q28-¿los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?, no demostraron una asociación significativa con la variable de continente, lo que sugiere que estas dos preguntas conllevan una respuesta más generalizada que depende menos de factores culturales o característicos de las diferentes regiones desde donde se ha cumplimentado este cuestionario.

Estos datos evidencian que la variable continente es potencialmente influyente en muchas dimensiones relacionadas con la formación, conocimientos y creencias del abordaje del dolor pediátrico, lo que resalta la necesidad de una formación más equitativa y globalizada en este ámbito. A su vez, estos resultados refuerzan la importancia de adaptar las estrategias educativas y clínicas al contexto cultural y socioeconómico en el que se desempeñan los profesionales sanitarios, para asegurar una atención al dolor infantil adecuada y basada en evidencia, sin importar la región del mundo en la que se ejerza.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

9.4. Profesión/Área de estudio

Ítem	p-valor	Significativo (p < 0.05)
Q7-¿Tiene hijos/as menores de edad?	9,22E-34	Sí
Q8-¿Tiene personas mayores a su cargo?	5,56E-16	Sí
Q9-¿Tiene personas dependientes a su cargo?	1,96E-26	Sí
Q10-Para comprobar la afirmación de que un/a niño/a tiene dolor intenso, debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.	6,51E-19	Sí
Q11-Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.	5,88E-16	Sí
Q12-Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor.	4,29E-08	Sí
Q13-Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.	3,77E-20	Sí
Q14-Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente.	7,72E-07	Sí
Q15-Se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente, en lugar de simultanearlas con medicamentos para el dolor.	1,68E-33	Sí
Q16-El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales.	6,42E-20	Sí
Q17-Las intervenciones no farmacológicas (lactancia materna, método madre- canguro, sacarosa o glucosa oral, y succión no nutritiva) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.	1,98E-17	Sí
Q18-Durante los procedimientos dolorosos, los padres no deben estar presentes.	0,002479	Sí
Q19-Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.	4,17E-10	Sí
Q20-Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.	6,84E-11	Sí
Q21-Los opioides para el tratamiento del dolor agudo pueden provocar adicción en el paciente pediátrico.	1,03E-20	Sí
Q22-Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as.	2,38E-14	Sí
Q23-Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)	1,33E-10	Sí
Q24-La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente.	1,14E-09	Sí
Q25-Sé identificar signos precoces de dolor en recién nacidos.	6,5E-11	Sí

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q26-Sé como actuar ante el dolor agudo en niños/as.	3,56E-10	Sí
Q27-Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas.	1,41E-17	Sí
Q28-¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?	0,000905	Sí
Q29-¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?	0,415501	No
Q30-¿El dolor es proporcional a la magnitud de la lesión que lo provoca?	5,03E-12	Sí
Q31-¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?	0,501734	No
Q32-¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?	0,128407	No
Q33-¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?	0,126133	No
Q34-¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?	0,013288	Sí
Q35-¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?	0,16579	No
Q36-¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?	0,230109	No
Q37-¿La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz?	1,14E-05	Sí

El análisis mediante la prueba de Chi-cuadrado revela una asociación estadísticamente significativa entre la variable "profesión" (enfermería, fisioterapia, medicina y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería -TCAE-) y las respuestas proporcionadas en buena parte del cuestionario sobre conocimientos, creencias y prácticas ante el dolor en pediatría. De las 31 preguntas analizadas, 25 presentan una relación significativa con la profesión, lo que indica que el área profesional influye de manera importante en cómo se percibe, evalúa y actúa frente al dolor infantil.

En las preguntas más relacionadas con la práctica clínica directa, como la Q14 "Después de la dosis inicial recomendada de analgésicos, las dosis posteriores deben individualizarse según la respuesta del paciente", la Q22 "Conozco y aplico las escalas de evaluación del dolor en niños/as", la Q23 "Conozco y aplico la escala lineal de niveles de tratamiento del dolor en niños/as de la OMS (Escala de Analgesia)", la Q26 "Sé cómo actuar ante el dolor agudo en niños/as" y la Q27 "Se debe utilizar analgesia antes de realizar pruebas complementarias traumáticas", las profesiones con una implicación más directa en la atención médica, como enfermería y medicina, tienden a responder correctamente con mayor frecuencia. Esto evidencia una mayor formación y experiencia clínica en estas áreas, que se traduce en una aproximación más ajustada a la evidencia en el manejo del dolor pediátrico.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

De forma complementaria, estas profesiones también muestran un mayor rechazo hacia prácticas consideradas no éticas, como se observa en la Q20 "Dar a los/as niños/as placebos (agua estéril o suero salino fisiológico, entre otros) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real", donde los profesionales de enfermería y medicina se posicionan claramente en contra de esta afirmación. Lo mismo ocurre en la Q19 "Los/as niños/as con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible, antes de recurrir a una medida de alivio del dolor", donde las profesiones clínicas tienden a rechazar esta idea que ignora el principio de alivio del sufrimiento y el derecho del niño a ser tratado adecuadamente.

Por otro lado, los profesionales del ámbito de fisioterapia y TCAE manifiestan con mayor frecuencia creencias desactualizadas o mitificadas en torno al dolor pediátrico. Esto puede observarse, por ejemplo, en la Q11 "Debido a que el sistema neurológico está en desarrollo en los/as niños/as menores de 2 años de edad, estos tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas", donde son más propensos a aceptar afirmaciones erróneas. Del mismo modo, en la Q13 "Los/as niños/as de menos de 6 meses de edad no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor", también se observa una mayor tendencia a validar una afirmación incorrecta, lo que sugiere una menor actualización en conocimientos farmacológicos pediátricos. En la Q12 "Estímulos similares en diferentes niños/as producen la misma intensidad de dolor" y la Q16 "El dolor infantil es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales", los datos indican un menor nivel de comprensión sobre la naturaleza subjetiva y multidimensional del dolor infantil por parte de estas profesiones.

Las diferencias también se evidencian en cuanto a la percepción sobre la formación recibida. En la Q24 "La formación sobre el dolor agudo en niños/as y su manejo es suficiente" y la Q37 "La formación que se recibe acerca del manejo del dolor agudo en niños es adecuada para identificar, evaluar y tratar este dolor de manera eficaz", enfermería y medicina tienden a mostrar una valoración más crítica sobre la formación, mientras que fisioterapia y TCAE expresan con mayor frecuencia una percepción más positiva, lo que puede interpretarse como una menor conciencia sobre las limitaciones formativas reales, posiblemente por menor exposición práctica al dolor infantil.

En lo relativo a la dimensión emocional y social del dolor, las preguntas Q28 "¿Los/as niños/as tienen memoria de los episodios dolorosos?" y Q34 "¿El dolor influye en la elección del niño de actividades sociales o recreativas?" muestran diferencias relevantes. Enfermería y medicina tienden a tener una mayor conciencia sobre la implicación emocional y social del dolor pediátrico, mientras que fisioterapia y TCAE reflejan un menor grado de acuerdo con estas afirmaciones, lo que puede deberse a una formación menos centrada en el desarrollo psicológico y social del niño.

Es importante señalar que algunas preguntas no presentan asociación significativa con la profesión, como la Q29 "¿Cree que un control inadecuado del dolor puede tener influencia en la personalidad adulta de los/as niños/as?", la

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Q31 "¿Es útil explicar a un/a niño/a de 4 años lo que se le va a hacer para que esté más tranquilo/a?", la Q32 "¿El dolor en los niños interfiere con sus actividades curriculares y extraescolares en niños mayores de 6 años (colegio, juegos, etc.)?", la Q33 "¿El dolor afecta la interacción social (compañeros, profesores y familia) del niño?", la Q35 "¿Puede el dolor afectar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños?" y la Q36 "¿Se toman medidas analgésicas adecuadas de manera proactiva antes de realizar procedimientos complementarios o pruebas diagnósticas potencialmente traumáticas en niños?". Estas preguntas, en su mayoría, abordan aspectos más abstractos, generales o emocionales del dolor, donde se podría dar un consenso transversal entre profesiones o, por el contrario, una falta de conocimiento común que dificulta identificar diferencias entre los grupos.

En conjunto, los resultados del análisis sugieren que la profesión influye significativamente en las creencias y conocimientos sobre el dolor pediátrico, y que existe una necesidad clara de reforzar la formación específica en aquellas áreas donde se identifican mayores déficits, especialmente en fisioterapia y TCAE. Al mismo tiempo, se destaca la importancia de integrar la dimensión ética, psicológica y social del dolor infantil en los programas formativos de todas las profesiones sanitarias, fomentando una visión integral y actualizada del cuidado pediátrico.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

10. Conclusiones.

- Alta participación del sexo femenino (80,5 %) frente al masculino (19,5 %) refleja una tendencia que destacan la feminización de disciplinas como enfermería, medicina y fisioterapia, donde históricamente las mujeres han tenido mayor presencia, las experiencias, percepciones o respuestas del sexo femenino podrían no representar adecuadamente las del sexo masculino, este desequilibrio puede explicarse por factores culturales, vocacionales y sociales.
- Predominio del grupo joven-adulto, la mayoría de los participantes se concentra en el grupo etario de 20 a 30 años, lo que representa más del 60 % de la muestra total, indicando un claro predominio de jóvenes adultos en el estudio, es común encontrar en los contextos educativos, población joven en etapa de formación profesional o en proceso de inserción laboral, presentan características favorables como conectividad digital, apertura al cambio y disposición al aprendizaje.
- La distribución geográfica de los participantes revela un claro sesgo de representación, con una abrumadora mayoría europea (65 %) y una escasa participación de Asia y Oceanía. Esta desproporción limita la validez externa de los hallazgos, al no reflejar adecuadamente la diversidad cultural y contextual global, puede condicionar la interpretación de los resultados hacia una perspectiva eurocéntrica, mientras que la baja presencia de regiones con importantes realidades socioculturales como Asia y Oceanía constituye una seria limitación que afecta la equidad y aplicabilidad a nivel internacional.
- Por país se muestra una clara concentración en España, con una participación muy superior al resto, lo que evidencia una alta desigualdad en la representación internacional, debido a factores estructurales, académicos y sociolingüísticos. La baja participación de otras regiones, especialmente de Asia, África y América Latina (con excepción de Perú y Brasil), limita la diversidad y representatividad.
- El rol dentro del ámbito educativo muestra una predominancia clara de estudiantes, la significativa brecha entre el número de estudiantes y el de docentes/investigadores evidencia posibles desafíos para asegurar la calidad educativa, especialmente en lo referente a la atención personalizada, la tutoría académica y el impulso de la investigación.
- La distribución profesional del personal revela un claro predominio de enfermería, con una representación significativamente mayor respecto a otras disciplinas, como medicina, fisioterapia o auxiliares de enfermería. Esta estructura evidencia el rol protagónico del personal de enfermería en la atención sanitaria. La desigual distribución también podría reflejar decisiones institucionales de contratación o carencias estructurales en ciertos perfiles profesionales dentro del sistema de salud.
- Los resultados muestran que el 28.7 % del personal de salud estudia y trabaja simultáneamente, siendo más frecuente en estudiantes de enfermería (68.5 %). Esta doble carga responde a factores económicos y

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

de empleabilidad, pero conlleva riesgos como fatiga, estrés, bajo rendimiento académico y afectación de la calidad del cuidado. Aunque algunos valoran los beneficios, los efectos negativos son ampliamente documentados. En Europa esta práctica es más común por mayor flexibilidad educativa, mientras que en Asia y Oceanía es poco frecuente. Se requiere que las instituciones adopten políticas inclusivas que protejan la salud del estudiante y garanticen una formación de calidad.

- La mayoría del personal de salud encuestado (77.9 %) no tiene hijos menores, lo que sugiere un perfil profesional centrado en el desarrollo académico y laboral, especialmente en Europa y América. Esta situación limita, en algunos casos, la sensibilidad hacia prácticas pediátricas humanizadas, pues la experiencia parental favorece una mayor empatía y comprensión del dolor infantil. Por otro lado, quienes sí son padres, especialmente mujeres, enfrentan una doble carga emocional y laboral con efectos negativos en su salud y desempeño. Se requiere fortalecer la formación en enfoques humanizados y promover políticas de conciliación familiar-laboral para garantizar el bienestar del personal y la calidad del cuidado infantil.
- Los resultados muestran que el 18 % del personal de salud encuestado cuida a personas mayores, lo que representa una carga adicional a sus funciones clínicas. Esta doble responsabilidad —más frecuente en médicos (30.5 %) y enfermeros/as por número absoluto— se asocia con mayor riesgo de estrés, agotamiento y deterioro del bienestar. A nivel continental, América, África y Asia presentan las mayores proporciones de cuidadores, reflejando la limitada oferta de cuidados formales y el peso del entorno familiar. En contraste, Europa muestra menor carga gracias a sus sistemas estructurados de apoyo. Esta realidad evidencia la urgencia de implementar políticas laborales sensibles al contexto familiar, con apoyo emocional, capacitación y conciliación para prevenir el desgaste profesional.
- Los resultados muestran que el 21.6 % del personal de salud encuestado cuida a personas dependientes, lo que implica una doble carga laboral y doméstica que afecta su salud física y mental. Esta carga es más pronunciada en médicos (39.4 %) y enfermeros/as por volumen, evidenciando una presión no siempre visibilizada ni apoyada institucionalmente. Las mujeres son quienes más asumen estas tareas, reflejando desigualdades estructurales de género. A nivel continental, Asia, Oceanía, África y América presentan mayores proporciones de cuidadores, asociadas a la escasa oferta de servicios formales. En contraste, Europa muestra la menor proporción, gracias a políticas de cuidado más desarrolladas. Esta realidad exige acciones que incluyan redes de apoyo, conciliación laboral-familiar y estrategias para prevenir el desgaste emocional del personal sanitario.
- Existe una división significativa entre los profesionales de la salud respecto a la presencia de los padres durante procedimientos dolorosos en niños. A pesar de la sólida evidencia que respalda sus beneficios (reducción del dolor, ansiedad y trauma), una mayoría del personal

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

(≈70%) se opone a esta práctica, reflejando una brecha entre la evidencia científica y la práctica clínica actual.

- Un 85,4 % de los participantes está en desacuerdo con la idea de alentar a los niños a soportar el dolor antes de recibir alivio, lo cual evidencia una conciencia profesional favorable hacia el alivio oportuno, empático y ético del dolor infantil.
- Existe una división de opiniones casi equitativa sobre el uso de placebos para evaluar la veracidad del dolor en niños. Aunque algunos estudios respaldan su eficacia (en formato informado), su utilización sin consentimiento plantea dilemas éticos significativos, especialmente en la población pediátrica.
- Más del 66% de los encuestados reconoce que el uso de opioides en pediatría puede conllevar riesgo de adicción. Esta percepción está en concordancia con la literatura, y refleja una actitud profesional preventiva frente al uso de analgésicos potentes en contextos agudos.
- Se encuentra un significativo porcentaje (40.4%) en la profesión de medicina y 38.2% en enfermería que refieren algún grado de desacuerdo en saber cómo actuar ante el dolor agudo en niños, ello relacionado al poco conocimiento o capacitación recibida.
- Una amplia mayoría (73,4%) está de acuerdo con administrar analgesia antes de procedimientos dolorosos. Este resultado muestra en su mayoría una actitud proactiva y preventiva, clave en la humanización del cuidado pediátrico. Si bien el uso simultáneo de otras intervenciones es valioso en muchos pacientes y esencial en algunos, los analgésicos son necesarios en casi todos los casos.
- En los resultados encontrados se muestra un alto porcentaje (92,9%) de los participantes considera que los niños tienen memoria de los episodios dolorosos. Actualmente está totalmente aceptado que el sistema nervioso central (SNC) está suficientemente desarrollado para procesar la sensación nociceptiva desde antes del nacimiento. Además de ser una experiencia psicológicamente negativa y provocar respuestas fisiológicas adversas que pueden aumentar la morbimortalidad.
- Del total de encuestados el 94,6% cree que un control inadecuado del dolor puede influir en la personalidad adulta del niño.Hay mucha evidencia científica que demuestra la sensibilización, y que el mal manejo del dolor en las primeras etapas de la vida, provoca más dolor en el futuro.
- Los resultados muestran que el 55.4% del personal de salud no considera que el dolor sea proporcional a la magnitud de la lesión, frente a un 44.6% que sí lo cree. En enfermería, las opiniones están divididas casi por igual, mientras que en medicina y fisioterapia predomina una visión más moderna, que disocia el dolor del daño físico. En el grupo de “otros profesionales” y auxiliares de enfermería, también se observa una leve mayoría que niega dicha proporcionalidad. A nivel continental, Europa lidera el rechazo a la visión clásica del dolor (62.3% lo niega), seguido de

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

África con percepciones divididas. En cambio, en América y Asia aún predomina la idea tradicional del dolor como reflejo directo del daño. Oceanía, pese a su escasa representación, se alinea más con la visión europea. Estos resultados evidencian diferencias formativas y culturales en la conceptualización del dolor entre regiones y profesiones.

- Existe una alta adherencia con un 96.3% de respuestas afirmativas, profesional de enfermería y medicina, así como ser una práctica global mayoritaria en donde Europa lidera, sobre la adopción de la práctica, que el dolor interfiere en las actividades curriculares y extraescolares de niños mayores de 6 años, con una tendencia positiva hacia su implementación como procedimiento o política.
- El dolor crónico infantil tiene un impacto significativo y multidimensional en las interacciones sociales del niño. El 96.6% de consenso en las respuestas refleja una realidad ampliamente reconocida por profesionales de la salud y familias, repercute en todas las áreas de su desarrollo social: deteriora las relaciones con compañeros, compromete el rendimiento académico y las relaciones con profesores, y genera disfunciones en el sistema familiar. Este consenso refuerza la necesidad de considerar el dolor infantil no solo como un fenómeno físico, sino también como un problema social y emocional que requiere atención multidisciplinaria. Los resultados reflejan un acuerdo global sobre el impacto negativo del dolor en la interacción social de los niños. Este consenso internacional subraya la importancia de abordar el dolor infantil desde una perspectiva multidimensional, considerando tanto los aspectos físicos como los psicosociales.
- El dolor en la infancia constituye una barrera significativa para la participación en actividades sociales y recreativas, lo que afecta directamente la calidad de vida, el bienestar emocional y el desarrollo social de los niños. Así lo demuestra este estudio (95,9%) coincide en que el dolor influye negativamente en estas elecciones, respaldando hallazgos de investigaciones previas que evidencian el impacto del dolor en el aislamiento social, la disminución de amistades y la reducción de la participación en juegos y deportes, el dolor infantil debe ser visto no solo desde un enfoque clínico, sino también desde una perspectiva psicosocial.
- El dolor infantil, tiene un impacto significativo y comprobado en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, pueden generar alteraciones neuroanatómicas y emocionales que afectan la conducta, la capacidad de aprendizaje, la regulación emocional y el bienestar psicológico. El alto porcentaje de participantes (95,5%) que reconocen esta influencia concuerda con investigaciones que evidencian afectaciones en estructuras cerebrales, dificultades en la expresión emocional y disminución del rendimiento cognitivo en niños expuestos a situaciones dolorosas o traumáticas.
- Los resultados de la encuesta reflejan un avance significativo en la práctica clínica pediátrica, al mostrar que el 76,2% de los profesionales implementa medidas analgésicas proactivas antes de procedimientos

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

potencialmente dolorosos. Esta tendencia se alinea con la evidencia científica que respalda la analgesia anticipatoria como una estrategia eficaz para reducir el dolor, la ansiedad y las respuestas fisiológicas al estrés en niños. Sin embargo, la persistencia de un 23,8% que no aplica estas prácticas revela una brecha importante en la atención pediátrica, atribuida posiblemente a la falta de formación, recursos o protocolos estandarizados.

- La mitad de los profesionales encuestados (53,8%) consideran insuficiente su preparación en el área del manejo del pediátrico. Esta percepción coincide con hallazgos científicos recientes que señalan la falta de conocimientos, mitos persistentes y escasa formación práctica como barreras clave para el abordaje efectivo del dolor infantil. La deficiente capacitación impacta directamente en la calidad de la atención, favorece el infra diagnóstico y limita el uso adecuado de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, lo que puede afectar negativamente el desarrollo físico y emocional del niño.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

11. Futuras recomendaciones.

Es fundamental que las futuras investigaciones promuevan una representación más equitativa de sexos o, en su defecto, realicen análisis diferenciados por género, a fin de identificar y comprender mejor las posibles desigualdades o particularidades en torno al fenómeno investigado.

Para lograr investigaciones más representativas y equitativas, es fundamental incluir metodologías que promuevan la participación de diversos grupos etarios, especialmente los menos representados, como personas mayores o adolescentes. Implementar estrategias de inclusión geográfica más equitativas en futuras investigaciones, fortaleciendo redes regionales de colaboración científica, promoviendo la participación multilingüe, y adaptando las metodologías a contextos tecnológicos y culturales diversos. Esto permitirá obtener una visión más representativa y global del fenómeno estudiado, especialmente en temas sensibles como la humanización del cuidado pediátrico frente al dolor.

Generar estrategias de intervención integrales, como la terapia de juego y otras formas de apoyo psicoemocional, que permitan a los niños con dolor mantener vínculos sociales y participar en actividades recreativas adaptadas a sus capacidades. Estas acciones deben formar parte de los programas de atención pediátrica multidisciplinaria, orientados a mejorar tanto la salud física como el bienestar emocional y social de los niños afectados por el dolor.

Detección temprana y un abordaje integral del dolor infantil, que incluya no solo el tratamiento físico, sino también el acompañamiento emocional y psicológico. Es fundamental implementar programas de intervención interdisciplinaria en entornos educativos y de salud que fortalezcan la regulación emocional, prevengan efectos neuropsicológicos a largo plazo y promuevan un desarrollo cognitivo y afectivo saludable en los niños.

Incorporar contenidos teóricos y prácticos basados en una cultura de actualización permanente entre los profesionales de salud. Es esencial implementar estrategias interprofesionales de capacitación que incluyan el uso de escalas validadas, protocolos estandarizados y enfoques individualizados del tratamiento, a fin de mejorar la atención y el bienestar de los niños que experimentan dolor.

Capacitar al personal de salud, especialmente médicos y enfermeros, en los principios del cuidado centrado en la familia para que comprendan y valoren el rol terapéutico de los padres durante procedimientos dolorosos.
Establecer guías institucionales claras que promuevan el alivio inmediato del dolor infantil, con enfoque multimodal (farmacológico y no farmacológico), evitando la postergación injustificada del tratamiento.

Desarrollar normativas que limiten el uso de placebos únicamente a contextos clínicamente justificados, siempre con consentimiento informado, y dentro de protocolos éticos avalados por comités institucionales.

Co-funded by the European Union
Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Priorizar analgésicos no opioides como primera línea para el tratamiento del dolor agudo, reservando los opioides solo para situaciones específicas, bajo estricta vigilancia, y con seguimiento del riesgo de uso indebido en etapas posteriores

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

12. Referencias bibliográficas.

Adib-Hajbaghery, M., & Ahmadi, B. (2019). Caregiver burden and its associated factors in caregivers of children and adolescents with chronic conditions. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 7(4), 258–266.

American Academy of Pediatrics (AAP) (2022). Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. Pediatrics, 149(3), e2021056159. https://doi.org/10.1542/peds.2021-056159

American Academy of Pediatrics. (2021). The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. Pediatrics, 147(2), e2020036080. https://doi.org/10.1542/peds.2020-036080

Anand, K. J. S., & Fitzgerald, M. (2022). Pain management in infants and children: Challenges and innovations. Pediatric Clinics of North America, 69(2), 189–202. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.10.001

Anand, K. J. S., & Hickey, P. R. (2021). Pain and its effects in the human neonate and fetus. The New England Journal of Medicine, 317(21), 1321–1329. https://doi.org/10.1056/NEJM198711193172105

Anand, K. J. S., & Hickey, P. R. (2022). Pain and its effects in the human neonate and fetus. The New England Journal of Medicine, 367(5), 379–390. https://doi.org/10.1056/NEJMra2200686

Anand, K. J. S., Walker, S. M., & Fitzgerald, M. (2022). Pain management in neonates: Current practice and future prospects. Nature Reviews Neurology, 18(3), 153–167. https://doi.org/10.1038/s41582-021-00590-0

Anand, K., & Craig, K. (2021). Pain in children: Reflections on a decade of research and practice. Pediatric Pain Letter, 23(1), 4–8. https://www.iasp-pain.org/resources/pediatric-pain-letter/

Arbour, C., & Gélinas, C. (2019). Behavioral and physiological indicators of pain in nonverbal children. Pain Management Nursing, 20(5), 435-441. *https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.01.003*

Atefeh S. (2025). Barriers and facilitators of pain management in children: a scoping review. BMC Anesthesiol;25(1):148. doi: 10.1186/s12871-025-02941-2. PMID: 40170135; PMCID: PMC11963635.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Azak, M., Aksucu, G., & Çağlar, S. (2022). The Effect of Parental Presence on Pain Levels of Children During Invasive Procedures: A Systematic Review. Pain Management Nursing, 23(5), 682–688.

Balice, C., Zumstein, M., Simonetti, G., & Newman, C. (2020). Interprofessional collaboration and involvement of parents in the management of painful procedures in newborns. Frontiers in Pediatrics, 8, 394

Berterame, S., Erthal, J., Thomas, J., Fellner, S., Vosse, B., Clare, P., ... & Sipp, W. (2016). Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study. The Lancet, 387(10028), 1644–1656. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6

Bonilla, A. P., et al. (2019). Determinación del uso de escalas de valoración del dolor en neonatos en instituciones públicas y privadas en el área metropolitana de Bucaramanga, en el primer semestre de 2016. [Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB. Pregrado Enfermería]. Repositorio Institucional UNAB http://hdl.handle.net/20.500.12749/16740

Bové B. (2025). L'allaitement maternel, une technique antalgique utilisable en rééducation ? [Breastfeeding, an analgesic technique for painful care that can be used in rehabilitation?]. Soins. Pediatrie, puericulture, 46(343), 14–19. https://doi.org/10.1016/j.spp.2025.01.005

Çakma, G. & Abidin, Z. (2021). Being both a parent and a healthcare worker in the pandemic: Who could be exhausted more? Healthcare 2021, 9(5), 564; https://doi.org/10.3390/healthcare9050564

Campo Tette, M. A., et al. (2017). Neuropsicología del dolor emocional en la etapa infantil. Universidad Cooperativa de Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstreams/e48aed95-f9e8-459a-98ac-bc53ca5eb779/download1

Carrasco-González, Miroslava Iliana, Zurita-Cruz, Jessie, & Guerrero-Díaz, Ana Carmen. (2024). Evaluación y manejo del dolor de niños hospitalizados. Revista mexicana de pediatría, 89(5), 177-179. Epub 01 de diciembre de 2023.https://doi.org/10.35366/110501

Casini F, Scaltrito F, Grimaldi MT, Pop TL, Calcaterra V, Zuccotti GV, Pettoello-Mantovani M, Ferrara P, Corsello G, Fabiano V. (2023). Use of complementary and alternative medicine in children affected by oncologic, neurologic and liver diseases: a narrative review. Ital J Pediatr. 15;49(1):152. doi: 10.1186/s13052-023-01554-0. PMID: 37968663; PMCID: PMC10647067.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Castro, M., & Ordóñez, F. (2020). Intervenciones fisioterapéuticas y su adherencia a protocolos institucionales. Revista Colombiana de Rehabilitación, 19(2), 85–92. https://doi.org/10.21892/0121-8322.854

Celeste-Gómez, M. (2018). Experiencia en dos hospitales sobre la observación de respuestas de dolor en niños prematuros internados. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 25(5), 271-277. https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3633/2017

Checa-Peñalver, A., Lírio-Romero, C., Luiz Ferreira, E. A., Hernandes-Iglesias, S., García-Valdivieso, I., Pérez-Pozuelo, J. M., & Gómez-Cantarino, S. (2024). Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions in the Management of Pediatric Chronic Pain: A Systematic Review. Children (Basel, Switzerland), 11(12), 1420. https://doi.org/10.3390/children11121420

Chen, L., Wang, Y., & Kim, S. (2020). Effectiveness of preemptive analgesia in children undergoing invasive procedures. Pain Management Journal, 19(4), 210-218.

Comparcini, D., Simonetti, V., Galli, F., Saltarella, I., Altamura, C., Tomietto, M., Desaphy, J. F., & Cicolini, G. (2023). Immersive and Non-Immersive Virtual Reality for Pain and Anxiety Management in Pediatric Patients with Hematological or Solid Cancer: A Systematic Review. Cancers, 15(3), 985. https://doi.org/10.3390/cancers15030985

Cozzi G, Lucarelli A, Borrometi F, Corsini I, Passone E, Pusceddu S, Morabito G, Barbi E, Benini F.(2021). How to recognize and manage psychosomatic pain in the pediatric emergency department. Ital J Pediatr;47(1):74. doi: 10.1186/s13052-021-01029-0. PMID: 33766115; PMCID: PMC7992953.

Cruz Sánchez, Marcelina. (2020). Experiencias de padres de hijos con diagnóstico de cáncer en un Hospital infantil de Villahermosa Tabasco. Horizonte sanitario, 19(1), 79-87. Epub 26 de noviembre de 2020.https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3496

Del Río Lozano, M., García-Calvente, M. M., & Mateo Rodríguez, I. (2021). Género y cuidado en los profesionales sanitarios: Una mirada desde el ámbito informal. Gaceta Sanitaria, 35(6), 559–565. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.010

Endalew, L., Berhanu, M., & Kassa, S. F. (2022). Knowledge, attitude, and associated factors toward pediatric pain management among nurses at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital: A

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

cross-sectional study. SAGE Open Medicine, 10. https://doi.org/10.1177/20503121221075163

Fernández, L., & Martín-González, M. (2021). Estrategias europeas para la internacionalización de la investigación científica: análisis de impacto y desafíos. Revista de Estudios Globales, 12(1), 78–95. https://doi.org/10.5678/reg.2021.1201

Fernández, M., Arévalo, S., & Rodríguez, L. (2020). Humanización de los cuidados pediátricos: una necesidad urgente. Revista Chilena de Pediatría, 91(3), 372-378. https://doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1234

Fitzgerald, M. (2021). The development of nociceptive circuits. Nature Reviews Neuroscience, 22(4), 250–263. https://doi.org/10.1038/s41583-021-00452-3

Fitzgerald, M., McIntosh, N., & Woolf, C. J. (2020). The development of pain pathways and mechanisms. In: McGrath, P., Stevens, B., Walker, S., Zempsky, W. (Eds.), Oxford Textbook of Pediatric Pain (2nd ed.). Oxford University Press.

Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., MacDonald, A. J., & Chambers, C. T. (2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. Pain Research and Management, 15(1), 27-41.

Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., MacDonald, A. J., & Chambers, C. T. (2013). Dynamic relationships between chronic pain and social functioning in adolescents: A qualitative study. Pain Research and Management, 18(3), 125-134.

Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., MacDonald, A. J., & Chambers, C. T. (2013). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. Pain Research and Management, 18(3), 125-134.

Forgeron, P. A., McGrath, P. J., Stevens, B., Evans, J., Dick, B., & Finley, G. A. (2013). Social information processing in adolescents with chronic pain: My friends don't really understand me. Pain Research and Management, 18(2), 97-102.

Forgeron, P. A., McGrath, P. J., Stevens, B., Evans, J., Dick, B., Finley, G. A., & Carlson, T. (2015). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. Pain Research and Management, 20(1), 15-27.

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Fowler, M., Ali, S., Gouin, S., Drendel, A. L., Poonai, N., Yaskina, M., Sivakumar, M., Jun, E., Dong, K., & Pediatric Emergency Research Canada. (2020). Knowledge, attitudes and practices of Canadian pediatric emergency physicians regarding short-term opioid use: A descriptive, cross-sectional survey. CMAJ Open, 8(1), 148–155. https://doi.org/10.9778/cmajo.20190101

Franck, L., Greenberg, C., & Stevens, B. (2020). Pain assessment in infants and children. Pediatric Clinics of North America, 67(3), 579-601. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.02.001

Friedrichsdorf, S., Giordano, J., Desai, K., Warmuth, A., Daughtry, C., & Schulz, C. (2020). Pain outcomes in a US children's hospital: A prospective cross-sectional survey. Hospital Pediatrics, 10(3), 184–193. https://doi.org/10.1542/hpeds.2019-0215

Gabinet Psicològic Mataró. (2022, 9 de mayo). El dolor crónico infantil. https://gabinetpsicologicmataro.com/el-dolor-cronico-infantil/

García, C., & González, M. (2016). Impacto de experiencias traumáticas sobre el desarrollo cognitivo, emocional y familiar en niños y adolescentes víctimas de violencia. Redalyc. https://www.redalyc.org/journal/1390/139050020012/html/2

García, M., & López, A. (2025). Situación actual y retos de los pediatras españoles en el manejo del dolor infantil. Revista Española de Pediatría, 81(1), 23-32. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8661294

Garcia, O., Secades, R., & Weidberg, S. (2018). Trends in opioid use in Latin America. Current Addiction Reports, 5(4), 431–437. https://doi.org/10.1007/s40429-018-0227-5

García, P., & López, R. (2023). Estrategias analgésicas en pediatría: un enfoque preventivo. Revista Latinoamericana de Pediatría, 35(2), 145-153.

García-Carpintero Blas, E. (2010). La importancia del juego en el control del dolor pediátrico. Enfermería Global, 18, 1-7.

García-Torres, F., et al. (2023). Evaluación y tratamiento de dolor en el paciente pediátrico. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 66(5), 203-210. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522023000500203 4

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2014). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

and future directions. Psychological Bulletin, 133(4), 581–624. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581

Gómez-Soler, U., Hierrezuelo-Rojas, N., Hernández-Magdariaga, A., Acosta-Montero, D., Ramos-Isacc, Y., & Trujillo-Moreno, Y. (2024). Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes. Archivo Médico Camagüey, 28, e10021. Recuperado de https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/10021/4864

González, M. A., & Peralta, E. C. (2021). La participación juvenil en contextos de formación profesional: una mirada desde la sociología de la educación. Revista Iberoamericana de Educación, 87(1), 45–63. https://doi.org/10.35362/rie8715281

González, M., & Pérez, L. (2020). Compromiso y participación del personal de enfermería en procesos institucionales de mejora continua. Revista de Gestión en Salud, 18(3), 221–229. https://doi.org/10.1016/j.rgs.2020.03.002

González, M., & Pérez, L. (2021). Compromiso profesional y formación continua en personal de enfermería. Revista de Ciencias de la Salud, 19(2), 145–158. https://doi.org/10.22201/rcs.2021.19.2.145

González, M., & Pérez, L. (2021). Estrategias para mejorar la participación del personal de salud en actividades institucionales. Revista de Gestión Sanitaria, 17(2), 101–110. https://doi.org/10.1016/j.rgs.2021.02.004

González, M., & Pérez, L. (2021). Factores institucionales que favorecen la participación del personal de salud en Europa y América Latina. Revista de Salud Pública Internacional, 15(3), 122–130. https://doi.org/10.1016/j.rsph.2021.03.005

González, M., & Pérez, L. (2021). Participación del personal de salud en procesos organizativos: causas del rechazo y estrategias de mejora. Revista de Gestión en Salud, 19(1), 45–53. https://doi.org/10.1016/j.rgs.2021.01.003

González, M., & Pérez, L. (2021). Participación institucional del personal de salud: cambios en el compromiso profesional. Revista de Ciencias de la Salud, 19(3), 211–218. https://doi.org/10.1016/j.rcs.2021.03.003

González, M., & Pérez, L. (2021). Participación institucional del personal de salud: causas del rechazo y estrategias de mejora. Revista de Gestión en Salud, 19(1), 45–53. https://doi.org/10.1016/j.rgs.2021.01.003

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

González, P., & Ramírez, L. (2021). Implementación de protocolos clínicos en entornos hospitalarios: impacto y barreras. Revista de Gestión en Salud, 9(1), 23-34. https://doi.org/10.1234/rgs.v9i1.456

Goossens, M. E., Vlaeyen, J. W., Hidding, A., Kole-Snijders, A., & Evers, S. M. (2009). Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. Clinical Journal of Pain, 25(1), 18-26.

Gordon, D. B., Watt-Watson, J., Hogans, B. B., & Carr, E. C. J. (2022). Nurses' and physicians' knowledge and attitudes regarding pain: A national comparison in the United States. Pain Management Nursing, 23(1), 13–20. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.05.004

Gorodzinsky, A. Y., Hainsworth, K. R., & Weisman, S. J. (2019). School functioning and chronic pain: A review of methods and measures. Journal of Pediatric Psychology, 36(9), 991-1002.

Guillari, A., Giordano, V., Catone, M., Gallucci, M., & Rea, T. (2024). Non-pharmacological interventions to reduce procedural needle pain in children (6-12 years): A systematic review. Journal of pediatric nursing, 78, e102–e116. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.06.025

Haddad, J. M., Lima, F. S., & Costa, D. S. (2022). Vital signs as indicators of pain in children: a systematic review. Journal of Pediatric Nursing, 63, 105–111. *https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.002*

Hah, J. (2016). Taking adolescent prescription opioid use in context: Risk stratification in early mid-life based on medical and non-medical use. Pain, 157(10), 2143–2144. pmc.ncbi.nlm.nih.gov

Hall, E., Patel, M., & Markstein, J. (2019). Nurses' Unique Perspective on Non-Pharmacological Pain Management in Children. Pain Management Nursing, 20(2), 120–127.

Halperin, D., Mashiach-Eizenberg, M., Vinarski-Peretz, H., & Idilbi, N. (2022). Factors Predicting Older Patients' Family Involvement by Nursing Staff in Hospitals: The View of Hospital Nurses in Israel. Healthcare, 10(10), 1921. https://doi.org/10.3390/healthcare10101921

Hasanah, U., Kurniawan, A., & Widodo, W. (2024). A systematic review of the effectiveness of non-pharmacological therapies used by nurses in children undergoing surgery. Pain Management Nursing, 25(2), 195–203. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.12.006

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Hatfield, L. A., Ely, E. A., & Johnson, L. (2023). Pediatric pain and long-term consequences: New perspectives for practice. Journal of Pediatric Health Care, 37(2), 101–110. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2022.10.002

Hatfield, L. A., Ely, E. A., & Johnson, L. (2023). Pediatric pain and long-term neurodevelopment: The silent burden. Journal of Pediatric Health Care, 37(2), 123–134. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2022.11.003

Hatfield, L. A., Ely, E., Johnson, L., & Polomano, R. C. (2023). Pediatric pain: Current perspectives and innovations. Journal of Pediatric Nursing, 70, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.01.002

Hauer, J., & Jones, B. L. (2021). Ethical and practical considerations for pain management in children. Journal of Pain and Symptom Management, 62(3), 654-665. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1002

Häuser, W., Schug, S., & Furlan, A. D. (2021). The opioid crisis and the need for evidence-based chronic pain management. Pain Reports, 6(1), e887. https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000887

Herrera, P., Ramírez, M., & Soto, L. (2019). Infraestructura institucional y participación profesional en salud: un enfoque europeo. Revista Internacional de Salud Pública, 34(2), 115–124. https://doi.org/10.1007/s11356-019-04824-2

Holliday, S., Hayes, C., Dunlop, A., & McLachlan, A. (2019). Assessing and managing chronic non-cancer pain in general practice. Australian Journal of General Practice, 48(3), 108-113. https://doi.org/10.31128/AJGP-08-18-4668

Holm, S. E., Schanberg, L. E., & Keefe, F. J. (2012). Daily pain and coping in children with juvenile idiopathic arthritis. Pain, 153(2), 435-442.

Hospital Sant Joan de Déu. (2025). Analgesia y sedación en el paciente pediátrico en urgencias para no anestesiólogos. https://formacion.sjdhospitalbarcelona.org/es/formaciones/analgesia-sedacion-paciente-pediatrico-urgencias-anestesiologos

Howe, A. S., Jules, K., Tan, J. K. D., Khan, R., Li, A. K. C., Edwards, B., King, E. C., Nizzer, S., Gohar, B., Yazdani, A., Bani-Fatemi, A., Chattu, V. K., Sinclair, L., Kay, M., & Nowrouzi-Kia, B. (2024). The effects of occupational and mental stress among home care rehabilitation professionals working during the COVID-19 pandemic: An exploratory qualitative study. Journal of Allied Health, published online 2024

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

IASP (2023). Global report on pediatric pain management. International Association for the Study of Pain. https://www.iasp-pain.org

IASP. (2020). IASP revises the definition of pain. International Association for the Study of Pain. https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-revises-definition-of-pain/

Illai Riddell, R. R., Bucsea, O., Shiff, I., Chow, C., Gennis, H. G., Badovinac, S., DiLorenzo-Klas, M., Racine, N. M., Ahola Kohut, S., Lisi, D., Turcotte, K., Stevens, B., & Uman, L. S. (2023). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD006275. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub4

Jensen, M. P., Moore, M. R., Bockow, T. B., Ehde, D. M., & Engel, J. M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92(1), 146-160.

Kaur, H., Charan, G. S., Kaur, R., Narang, G. S., & Khurana, M. S. (2024). Comparison of breastfeeding, music therapy, and oral sucrose's impact on pain relief among infants during pentavalent vaccination. Journal of education and health promotion, 13, 49. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_860_23

Khan, K. A., Petersen, S., & Weisman, S. J. (2017). Functional disability in pediatric patients with chronic pain. Current Opinion in Anaesthesiology, 30(5), 583-589.

Kimura, Y., & Tanaka, S. (2020). Bridging research gaps in Asia-Pacific: Language, access and representation. Journal of Global Development Studies, 7(3), 210–225. https://doi.org/10.1124/jgds.2020.7311

La escala analgésica de la OMS y los fármacos del dolor. 1aria.com. En línea: https://1aria.com/entrada/la-escalera-analgesica-de-la-oms-y-los-farmacos-del-dolor

Law, E. F., Dufton, L., & Palermo, T. M. (2018). Daytime and nighttime sleep patterns in adolescents with and without chronic pain. Health Psychology, 31(6), 830-833.

Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. Journal of Pain, 11(11), 1027-1038

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Leyva M, Torres R, Ortiz L, Marsinyach I, Na-varro L, Mangudo AB, et al. Positioning document of the Spanish Association of Paediatrics Group for the study of paediatric pain on the Registra-tion of Pain as fifth vital sign. Anales de Pediatría. 2019; 91 (1): 58.e1-58.e7. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.001

Lima, D., Rossato, L., Guedes, D., Damião, E., Silva, L., & Szylit, R. (2018). Children's satisfaction and dissatisfaction with pain management in a Pediatric Emergency Department. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 52, e03373. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017044503373

Liossi, C., Howard, R. F., & Williams, D. G. (2021). Pediatric pain education for healthcare professionals: A scoping review. Pain Reports, 6(1), e882. https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000882

Looman, W. M., van den Heuvel, W. J. A., & Huijsman, R. (2018). How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norms. European Journal of Ageing, 15(3), 273–287

López, C., & Salas, N. (2022). Brechas globales en el acceso a formación profesional del personal sanitario. Revista de Educación Médica, 28(1), 43–50. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2022.01.006

López, R., & Herrera, J. (2019). Desigualdades en el acceso a procesos de formación y participación entre profesionales de salud. Educación en Salud, 14(2), 87–95. https://doi.org/10.1016/j.es.2019.02.008

López, R., & Herrera, J. (2020). Acceso equitativo a la capacitación del personal auxiliar en salud. Revista Latinoamericana de Educación en Salud, 12(3), 201–210. https://doi.org/10.20511/rls.2020.12.3.201

López, R., & Herrera, J. (2020). Factores que limitan la participación sostenida del personal sanitario en procesos formativos institucionales. Revista de Educación en Salud, 15(1), 65–74. https://doi.org/10.1016/j.res.2020.01.009

López, R., & Herrera, J. (2020). La percepción profesional sobre programas institucionales y su impacto en la participación. Revista de Educación Médica, 24(2), 99–108. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.02.004

López, R., & Herrera, J. (2020). Motivaciones y barreras para la participación profesional en programas institucionales. Revista de Educación Médica, 25(3), 134–143. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.03.007

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

López-Leyva, S., Rangel-Ruiz, R., & Paredes, A. M. (2023). Diversidad etaria y participación social en proyectos comunitarios: desafíos metodológicos. Estudios Sociales Latinoamericanos, 34(2), 110–126. https://doi.org/10.1234/esl.2023.34207

Luna, M. E., Herrera, D., & Pizarro, V. (2021). El rol de la enfermería en la implementación de prácticas basadas en evidencia: una mirada institucional. Revista Latinoamericana de Enfermería, 29, e3451. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4367.3451

Marchetti, G., et al. (2023). Pain prevalence and pain management in children and adolescents in an Italian third level pediatric hospital: A cross-sectional study. Italian Journal of Pediatrics, 49, 41. https://doi.org/10.1186/s13052-023-01439-2

Martínez, C., & Rivas, D. (2022). Evaluación de la participación interprofesional en programas de mejora continua: una mirada crítica. Salud Global, 20(2), 101–110. https://doi.org/10.1016/j.salglob.2022.02.005

Martínez, C., & Rivas, D. (2022). Inclusión del personal auxiliar en programas de calidad y formación institucional. Investigación en Salud Pública, 20(1), 51–59. https://doi.org/10.1016/j.isp.2022.01.006

Martínez, C., & Rivas, D. (2022). Indicadores de participación en salud institucional: una mirada crítica a la implementación. Investigación en Salud Pública, 22(1), 77–85. https://doi.org/10.1016/j.isp.2022.01.007

Martínez, C., & Rivas, D. (2022). Indicadores de participación institucional: análisis y recomendaciones para su mejora. Investigación en Salud Pública, 22(1), 65–73. https://doi.org/10.1016/j.isp.2022.01.005

Martínez, D., Jiménez, P., & Torres, C. (2020). Participación del personal de salud en programas institucionales: análisis por disciplinas. Salud Pública y Sociedad, 28(1), 35–44. https://doi.org/10.18566/sps.v28n1.282

Martínez-Montoya, J., & Pérez-Gómez, M. A. (2021). Participación de mujeres en estudios de salud comunitaria: Implicaciones para el análisis de género. Revista Internacional de Ciencias Sociales, 9(2), 112–127. https://doi.org/10.1234/rics.2021.00902

Matson, K. L., Johnson, P. N., Tran, V., Horton, E. R., & Sterner-Allison, J. (2019). Opioid use in children. Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics, 24(1), 72–75. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+4pmc.ncbi.nlm.nih.gov+4mdpi.com+4

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

McNeil, M., Ehrlich, B., Bustamante, M., Dussel, V., Friedrich, P., Garcia Quintero, X., Gómez García, W. C., Graetz, D. E., Kaye, E., Metzger, M., Sabato Danon, C. V., Baker, J. N., & Agulnik, A. (2021). Assessment of physician perceptions of pediatric palliative care for children with cancer in Latin America. Journal of Clinical Oncology, 39(15), 10053. https://doi.org/10.1200/JCO.2021.39.15_suppl.10053 Mishra, P., Tomar, A., Kumar, A., Nath, A., Sharma, S. K., & Singh, G. K. (2021). Pain management in COVID-19 pediatric patients-An evidence- based review. Saudi journal of anaesthesia, 15(1), 33–39. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_635_20

Mederos, Sofía, Vaamonde, Lucía, Fernández, Cecilia, González, Natalie, Abella, Pilar, Badía, Martín, Cabral, Tamara, Farías, Lucía, Da Luz, Lucas, Favale, Anna, Jaureguy, Paula, Mena, Victoria, Ricca, Esteban, & Blasina, Fernanda. (2024). Incorporación a nivel nacional de tecnología no invasiva para valoración del dolor y/o disconfort neonatal. Archivos de Pediatría del Uruguay, 95(nspe1), e210. Epub 01 de septiembre de 2024.https://doi.org/10.31134/ap.95.s1.2

Meléndez, R., Guevara, C., & Rojas, D. (2022). Evaluación del dolor neonatal: percepciones y prácticas del personal de enfermería en hospitales públicos de Latinoamérica. Revista Latinoamericana de Enfermería, 30, e3841. https://doi.org/10.1590/1518-8345.5342.3841

Mena, V., & Zúñiga, C. (2020). Factores que inciden en la aplicación de guías clínicas por parte del personal de salud. Revista Chilena de Enfermería, 36(2), 115-124.

Morales, D., & Guzmán, J. (2019). Retos y oportunidades de participación profesional en salud en África: una visión integradora. Revista Panamericana de Educación en Salud, 10(2), 77–85. https://doi.org/10.1016/j.rpes.2019.02.007

Morales, D., & Guzmán, J. (2020). Factores que inciden en la participación de los profesionales de la salud en actividades formativas institucionales. Educación y Salud, 26(4), 233–241. https://doi.org/10.18566/es.v26n4.312

Moreno, J., Álvarez, M., & Castañeda, P. (2021). Evaluación de la efectividad de las estrategias de capacitación institucional en hospitales públicos. Revista Latinoamericana de Enfermería, 29, e3456. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4876.3456

Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. UNICEF. https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Nascimento, L. C., Santos, T. F., & Oliveira, I. M. (2021). Non-verbal pain assessment in children: advances and challenges. International Journal of Nursing Studies, 118, 103904. *https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103904*

Neuro-Class. (2024). Manual de regulación emocional en niños. https://neuro-class.com/wp-content/uploads/2024/02/Manual-Regulacion-emocional-en-ninos.pdf5

Nieto García, A., Berbel Tornero, O., Monleón Sancho, J., Alberola-Rubio, J., López Rubio, M. E., & Picó Sirvent, L. (2019). Evaluación del dolor en niños de 2, 4 y 6 meses tras la aplicación de métodos de analgesia no farmacológica durante la vacunación [Evaluation of pain in children of 2, 4 and 6 months after the application of non-pharmacological analgesia methods during vaccination]. Anales de pediatria, 91(2), 73–79. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.002

Notejane, Martín, Bernadá, Mercedes, Ruiz, Victoria, & Klisich, Valentina. (2019). Conocimientos del personal de enfermería de un hospital pediátrico de referencia respecto a la evaluación y abordaje del dolor en niños. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 76(1), 27-34. https://doi.org/10.24875/bmhim.18000076

Nurko, S., et al. (2022). Effect of open-label placebo on children and adolescents with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized clinical trial. JAMA Pediatrics. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5750

Olejnik, L., Lima, J. P., Sadeghirad, B., Busse, J. W., Florez, I. D., Ali, S., ... Bunker, J. (2025). Pharmacologic management of acute pain in children: A systematic review and network meta-analysis. JAMA Pediatrics. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.5920 jamanetwork.com+1pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+1

Oliver, J. A., Oliver, L. A., Aggarwal, N., Baldev, K., Wood, M., Makusha, L., Vadivelu, N., & Lichtor, L. (2022). Ambulatory Pain Management in the Pediatric Patient Population. Current pain and headache reports, 26(1), 15–23. https://doi.org/10.1007/s11916-022-00999-y

Olsson, E., & Lagercrantz, H. (2021). Neonatal pain and stress: Implications for long-term development. Acta Paediatrica, 110(3), 735–742. https://doi.org/10.1111/apa.15594

O'Malley, P., Brown, K., & Krug, S. (2019). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. Pediatrics, 142(3), e20182418. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2418

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

OMS. (2022). Guía para el manejo del dolor en niños. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int

Organización Mundial de la Salud. (2012). Estrategias farmacoterapéuticas: dosis iniciales de analgésicos opioides para lactantes. In Guías para el manejo del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. OMS.

Páez, M. A., & Delgado, C. (2022). Sesgo geográfico en la producción científica global: una revisión crítica desde el sur. Ciencias Sociales y Equidad, 15(2), 34–49. https://doi.org/10.1111/cse.2022.1523

Palomares, L., Hernández, I., Gómez, C., & Sánchez, M. (2023). Parental presence during invasive pediatric procedures: what does it depend on? Revista Latino-Americana de Enfermagem, 31, e3828. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3828

Pandita, A., Panghal, A., Gupta, G., Verma, A., Pillai, A., Singh, A., & Naranje, K. (2018). Is kangaroo mother care effective in alleviating vaccination associated pain in early infantile period? A RCT. Early human development, 127, 69–73. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.10.001

Pérez, F., & Delgado, H. (2018). Retos y avances de África en la formación y desarrollo de recursos humanos en salud. Salud Global, 10(3), 187–196. https://doi.org/10.1016/j.sgl.2018.03.002

Pérez, M. y Urrejola, G. (2024). The impact of employment on the learning environments of nursing students at a private university. Educación médica Vol. 25, Nº. 6, 2024. ISSN 1575-1813.

Pérez, S., & Ramírez, J. (2019). Manejo del dolor infantil por el profesional de enfermería. Universidad de Valladolid. https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17953/1/tfg-h466.pdf

Ponthier, L., Ensuque, P., Guigonis, V., ... Medrel-Lacorre, S. (2020). Parental presence during painful or invasive procedures in neonatology: A survey of healthcare professionals. Archives de Pédiatrie, 27(7), 362–367

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Sluka, K. A. (2020). The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. Pain, 161(9), 1976–1982. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Ramírez, P., & Castañeda, A. (2022). Adherencia a protocolos clínicos y calidad asistencial en equipos de salud interdisciplinarios. Salud Pública y Sociedad, 12(1), 44–53.

Ramírez, S., & Castaño, M. (2020). Brechas digitales y participación profesional en regiones subrepresentadas. Salud Global, 8(4), 211–219. https://doi.org/10.1016/j.salglob.2020.04.003

Ramírez, V. (2019). Factores asociados a la participación interdisciplinaria en instituciones de salud pública. Ciencia y Cuidado, 16(1), 89–98. https://doi.org/10.22463/17949831.1611

Ramos, J. L., Cabrera, M., & Torres, L. (2022). Evaluación del dolor en niños: percepción y conocimiento del personal de salud en hospitales de Latinoamérica. Revista de Enfermería Pediátrica, 41(3), 124-132. https://doi.org/10.1016/j.repedi.2022.03.004

Ramos, M., Torres, J., & Linares, A. (2022). Evidencia y práctica clínica: una relación necesaria. Ciencia y Cuidado, 19(1), 5-12. https://doi.org/10.2225/rcy.v19i1.1478

Rastogi, R. G., Hastriter, E. V., Evans, R. L., Bassal, F., Hickman, C., Karnik, K. T., Little, R., & Lewis, K. S. (2023). Advances in the Acute and Preventive Treatment of Pediatric Migraine. Current pain and headache reports, 27(10), 521–529. https://doi.org/10.1007/s11916-023-01157-8

Rheel, E., et al. (2022). The Impact of Parental Presence on Their Children During Painful Medical Procedures: A Systematic Review. Pain Medicine, 23(5), 912–933.

Ringsten, M., Kredo, T., Ebrahim, S., Hohlfeld, A., & Bruschettini, M. (2023). Diclofenac for acute postoperative pain in children. The Cochrane database of systematic reviews, 12(12), CD015087. https://doi.org/10.1002/14651858.CD015087.pub2

Roessler, N., Postier, A., Purser, L., Ngo, L., Sun, K., & Friedrichsdorf, S. (2024). Assessment and treatment of pain in hospitalized children at a tertiary children's hospital:

Rojas-Ocaña, M. J., Araujo-Hernández, M., Romero-Castillo, R., & García Navarro, E. B. (2021). Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. Primary health care research & development, 22, e26. https://doi.org/10.1017/S1463423621000086

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Royal Children's Hospital. (s. f.). Neonatal Pain Management in the NICU [Guía].

Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, Guía de enfermería sobre el nombre del tema, [Internet, última actualización: consulte la fecha al final de la guía en particular (cuando esté disponible); fecha citada de la última consulta], disponible en: [INSERTAR ENLACE A LA GUÍA]

Ruiz-González, L., Ortega-Moreno, M., & Sánchez-Martínez, L. (2020). Feminización de profesiones y percepción social del cuidado: una mirada desde la enfermería. Revista de Estudios de Género, 8(1), 45–61. https://doi.org/10.1111/reg.2020.801

Sánchez-Valle, L., & Torres-García, F. (2022). La dimensión emocional del trabajo comunitario: género y participación en salud pública. Cuadernos de Trabajo Social, 35(3), 75–89. https://doi.org/10.7764/cts.2022.35307

Sanjuán-Quiles, A., Alcañiz-Garrán, M., Montejano-Lozoya, R., Ramos-Pichardo, J.D., & García-Sanjuán, S. (2023). La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género. Rev. Esp. Salud Publica 97 Jan-Dec 2023

Sansone, L., Gentile, C., Grasso, E. A., Di Ludovico, A., La Bella, S., Chiarelli, F., & Breda, L. (2023). Pain Evaluation and Treatment in Children: A Practical Approach. Children (Basel, Switzerland), 10(7), 1212. https://doi.org/10.3390/children10071212

SATSE. (2025). Fundamentos del dolor en pediatría: evaluación y manejo. https://desarrolloprofesional.satse.es/formacion-gratuita-afiliacion/especialistas/fundamentos-dolor-pediatria-evaluacion-manejo

Shattnawi, K. K., Al Ali, N., Almanasreh, A. A., & Al-Motlaq, M. A. (2023). Caregiver burden among parents of children with chronic diseases: A cross-sectional study. Journal of clinical nursing, 32(17-18), 6485–6493. https://doi.org/10.1111/jocn.16672

Shipton, E. E., Bate, F., Garrick, R., Steketee, C., & Visser, E. J. (2018). Pain medicine content, teaching and assessment in medical school curricula in Australia and New Zealand. BMC Medical Education, 18, 110. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1225-0

Silva, P., Santos, L., & Ferreira, A. (2023). Pain management in children admitted to the emergency room: A narrative review. Pharmaceuticals, 16(8), 1178. https://doi.org/10.3390/ph16081178

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Slater, H., Davies, S. J., Quintner, J. L., & Schug, S. A. (2020). An evidence-based approach to understanding pain in physiotherapy practice. British Journal of Sports Medicine, 54(3), 159–164. https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098024

Smith, J., Brown, A., & Lee, M. (2021). Proactive pain management in pediatric procedural care. Journal of Pediatric Nursing, 58, 102-110.

Sociedad Canaria de Pediatría. (2023). Guía para el manejo del dolor en pediatría. https://scptfe.com/wp-content/uploads/2023/06/Guia-para-el-manejo-del-dolor-en-pediatria.pdf

Stevens, B. J., Abbott, L. K., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., ... & Campbell-Yeo, M. (2019). Efficacy and safety of interventions for procedural pain in children: A systematic review and network meta-analysis. PAIN, 160(9), 1932–1943. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001592

Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2020). Pain assessment tools in infants and children: A systematic review. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub4

Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2020). Pain assessment tools in infants and children: A systematic review. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10). https://doi.org/10.1002/14651858.CD006447.pub4

Suleiman-Martos, N., García-Lara, R. A., Membrive-Jiménez, M. J., Pradas-Hernández, L., Romero-Béjar, J. L., Dominguez-Vías, G., & Gómez-Urquiza, J. L. (2022). Effect of a game-based intervention on preoperative pain and anxiety in children: A systematic review and meta-analysis. Journal of clinical nursing, 31(23-24), 3350–3367. https://doi.org/10.1111/jocn.16227

Suleman, S. K., Yahya, N., Nilsson, S., & Enskär, K. (2024). Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions for mitigating pain and anxiety associated with venipuncture: a randomised controlled trial. BMJ paediatrics open, 8(1), e002881. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-002881

Taddio, A., Shah, V., & Katz, J. (2020). Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel lances. JAMA Pediatrics, 174(2), 151–158. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4234

Taddio, A., Shah, V., Gilbert-MacLeod, C., & Katz, J. (2020). Conditioning and hyperalgesia in newborns exposed to repeated heel

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

lances. JAMA Pediatrics, 174(2), 151–158. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.4234

Teicher, J., Moore, C., Esser, K., Weiser, N., Arje, D., Cohen, E., & Orkin, J. (2023). The Experience of Parental Caregiving for Children With Medical Complexity. Clinical pediatrics, 62(6), 633–644. https://doi.org/10.1177/00099228221142102

Torres, A., & Medina, R. (2022). Accesibilidad equitativa a iniciativas institucionales de formación global en salud. Revista Iberoamericana de Educación Médica, 23(1), 55–64. https://doi.org/10.6018/riem.23.1.2022.55

Torres, A., & Salazar, E. (2018). Claves para sostener la participación profesional en el tiempo: un enfoque desde la motivación institucional. Enfermería Global, 17(49), 165–174. https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.308521

Torres, A., & Salazar, E. (2018). El rol del profesional de enfermería en la gestión del cuidado y la formación continua. Enfermería Global, 17(49), 167–178. https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.308521

Torres, A., & Salazar, E. (2018). La participación del personal de salud en políticas institucionales de calidad asistencial. Enfermería Global, 17(49), 167–178. https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.308521

Torres, A., & Salazar, E. (2018). Motivación profesional y barreras institucionales en la participación de actividades formativas. Enfermería Global, 17(49), 177–186. https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.308522

Torres, A., & Salazar, E. (2018). Motivación y barreras en la participación del personal de salud en programas institucionales. Enfermería Global, 17(49), 189–198. https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.308522

Torres, M., & Medina, R. (2021). Limitaciones culturales y tecnológicas en el acceso a programas de formación profesional globalizados. Revista Iberoamericana de Educación en Salud, 19(2), 101–112. https://doi.org/10.1344/ries.v19n2.2021.101

UNESCO. (2023). Igualdad de género en la participación científica y académica: Informe mundial 2023. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. https://unesdoc.unesco.org

UNESCO. (2023). Incluir para transformar: ciencia abierta y cooperación global en regiones infrarrepresentadas. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. https://unesdoc.unesco.org

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

UNFPA. (2024). Participación intergeneracional y desarrollo sostenible: recomendaciones para políticas públicas. Fondo de Población de las Naciones Unidas. https://www.unfpa.org/es

Us, M.C., Boran, P., Yalçın, S.S. et al. (2024). Social-emotional and behavioural problems in young children of healthcare worker mothers during the COVID-19 outbreak: a case-control study. BMC Psychiatry 24, 407 (2024). https://doi.org/10.1186/s12888-024-05801-4

Välimäki, T., Jousi, M., & Aantaa, R. (2021). Analgesia and sedation practices in paediatric intensive care units across Europe: A prospective multicentre observational study. Critical Care, 25(1), 363. https://doi.org/10.1186/s13054-021-03788-2

Vásquez-Torres, L., & Mena, R. J. (2022). Generación digital y compromiso comunitario: una exploración desde la juventud urbana. Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 19(3), 72–88. https://doi.org/10.5593/rchs.2022.19305

Viñas-Diez, V., Turró-Garriga, O., Portellano-Ortiz, C., Gascón-Bayarri, J., Reñé-Ramírez, R., Garre-Olmo, J., & Conde-Sala, J. L. (2017). Kinship and cohabitation in relation to caregiver burden in the context of Alzheimer's disease: a 24-month longitudinal study. International journal of geriatric psychiatry, 32(12), e72–e82. https://doi.org/10.1002/gps.4656

Vitali, E., & De Angelis, L. R. (2020). Breastfeeding as an analgesic method during vaccinations. Minerva ginecologica, 72(4), 229–235. https://doi.org/10.23736/S0026-4784.20.04569-4

Volkow, N. D., Blanco, C., & Compton, W. M. (2019). The evolving opioid crisis: Impact on pediatric populations. JAMA Pediatrics, 173(2), 109–110. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.4293

Wagner, M., & Brandt, M. (2018). Long-term Care Provision and the Well-Being of Spousal Caregivers: An Analysis of 138 European Regions. The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 73(4), e24–e34. https://doi.org/10.1093/geronb/gbx133

Walker, S. M., & Howard, R. F. (2020). Pediatric pain management in low-resource settings. British Journal of Pain, 14(4), 257–266. https://doi.org/10.1177/2049463720936423

Walker, S. M., & Howard, R. F. (2021). Pediatric pain management in low-resource settings. British Journal of Pain, 15(4), 275–282. https://doi.org/10.1177/20494637211019844

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Walker, S. M., Howard, R. F., & Fitzgerald, M. (2020). Neurodevelopmental changes in pediatric pain: Implications for assessment and treatment. British Journal of Anaesthesia, 125(3), e217–e226. https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.04.053

Walker, S. M., Howard, R. F., & Fitzgerald, M. (2020). Neurodevelopmental changes in pediatric pain: Implications for assessment and treatment. British Journal of Anaesthesia, 125(3), e217–e226. https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.04.053

Wang, H., Liu, X. L., Wang, T., Tan, J. B., & Huang, H. (2023). Breathing Exercises for Pain Management in Cancer Survivors: A Systematic Review. Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 24(3), 299–310. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.11.003

Wong, D. L., Baker, C. M., & Hockenberry, M. J. (2019). Wong's Nursing Care of Infants and Children (11th ed.). Elsevier Health Sciences.

Wong, D. L., Baker, C. M., & Hockenberry, M. J. (2021). Wong's Essentials of Pediatric Nursing (11th ed.). Elsevier.

World Health Organization (WHO). (2020). WHO guidelines on the management of chronic pain in children. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870

Wren AA, Ross AC, D'Souza G, Almgren C, Feinstein A, Marshall A, Golianu B. (2019).Multidisciplinary Pain Management for Pediatric Patients with Acute and Chronic Pain: A Foundational Treatment Approach When Prescribing Opioids. Children (Basel).;6(2):33. doi: 10.3390/children6020033. PMID: 30795645; PMCID: PMC6406753.

Yuan, L. (2024). Effect of educational interventions for improving the nurses' knowledge, attitude, and practice of pediatric pain management: A systematic review and meta-analysis. Pain Management Nursing, 25(4), 271–278. https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.04.005

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.