

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MARIANA GRAJALES COELLO”

HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL UNIVERSITARIO
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN DE LA PEDRAJA”

**MODELO PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL RECIÉN NACIDO CON
ATRESIA ESOFÁGICA**

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autora: Enf. Esp Eiliana Cruz González

Holguín, 2019

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MARIANA GRAJALES COELLO”

HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL UNIVERSITARIO
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN DE LA PEDRAJA”

**MODELO PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL RECIÉN NACIDO CON
ATRESIA ESOFÁGICA**

Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autora: Enf. Esp Eiliana Cruz González

Tutores: Dr. C. Osmany Alonso Ayala. PT

Dr. C. Ricardo Izquierdo Medina. PT

Holguín, 2019

DEDICATORIA

A mi hija querida: Camilita mi felicidad, mi realización, mi orgullo, todos los días doy gracias por haberte tenido y llenar mi vida de tanta alegría.

A mi esposo adorado: Frank Osmani el amor de toda mi vida, modelo de padre y esposo, por su apoyo incondicional en todas las tareas profesionales, políticas, administrativas y las de la vida cotidiana.

A mis padrecitos amados: Celda y Roger ejemplos de excelentes padres, abuelos, suegros, vecinos y amigos. Por estar siempre preocupados por todos.

A mi familia: mi hermana Elsy y mi cuñado Abel, sobrinos Abelito y Rachel, primos Ania y Julito y mis primitos Annaliet, Annabel y Andy, a todos por formar parte importante de mi vida.

A los niños y a la enfermería cubana.

AGRADECIMIENTOS

- Aymara: compañera, amiga de este intenso batallar, apoyándonos siempre al compartir los momentos difíciles y los de satisfacción. Gracias.
- A los Tutores: Dr. C. Ricardo Izquierdo Medina por el asesoramiento continuo y por la sensibilidad humana que trasmite. Al Dr. C. Osmany Alonso Ayala por su constante preocupación, persona noble, humilde, sencillo y humano.
- Al Departamento de Enfermería que asumió mis funciones con gran responsabilidad para que lograra mi objetivo, además de su constante preocupación en cada uno de los exámenes, amigas.
- A la Dra. Galina Galcerán Chacón Rectora de la Universidad de Ciencias Médicas y amiga, por su acompañamiento constante en mi superación.
- Al Dr. Michel y el Consejo de Dirección del Hospital Pediátrico y la Sección de Enfermería de la Dirección Provincial de Salud por el apoyo en mi desarrollo profesional.
- Al equipo de trabajo del servicio de neonatología y a la Dr. C. Georgina Velázquez por su preocupación y acompañamiento.
- A todas las personas que de una forma u otra han colaborado en la realización de la investigación.
- Dejo para el final el agradecimiento más grande, el responsable de todo lo bueno que he logrado en mi vida. Tengo una deuda eterna con mi Fidel, con mi País y con mi Revolución " Soy de las agradecidas".

SÍNTESIS

En la investigación, se presenta la sistematización realizada a las indagaciones vinculadas con el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica, elementos que posibilitaron identificar como problema científico: ¿Cómo contribuir al mejoramiento del cuidado de enfermería en la atención del recién nacido con atresia esofágica? Se propone diseñar un modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. Los resultados obtenidos mediante los métodos del nivel teórico y empírico en la caracterización realizada al desempeño de los profesionales del servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín. La valoración de los resultados de los instrumentos en la aplicación del modelo propuesto, así como la consulta de expertos posibilitó constatar su validez. Se cumple el objetivo de diseñar un modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. Sus componentes, etapas y formas académicas del postgrado propuestas, favorecieron su ejecución práctica en correspondencia con las exigencias de la sociedad cubana. El análisis de los resultados de la consulta de expertos, al igual que la introducción de la propuesta, permitió la constatación de la pertinencia del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.

TABLA DE CONTENIDOS	Pág
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I PROCESO DEL CUIDADO EN EL RECIÉN NACIDO CON ATRESIA ESOFÁGICA	11
1.1 Fundamentos teóricos del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica	11
1.2 Gestión del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica	18
1.3 Epistemología de los modelos y teorías aplicables al recién nacido con atresia esofágica	24
1.3.1 Abordaje de la teoría de enfermería de Virginia Henderson aplicada al recién nacido con atresia esofágica	29
CAPÍTULO II CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ATRESIA ESOFÁGICA	36
2.1 Caracterización del recién nacido operado de atresia esofágica	36
2.2 Parametrización del cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica	39
2.3 Análisis de los resultados de la propuesta del modelo para el cuidado del recién nacido con atresia esofágica	41
2.3.1 Encuesta aplicada al personal de enfermería	42
2.3.2 Encuesta aplicada a la familia	44
2.3.3 Cuestionario aplicado al personal de enfermería	50
2.3.4 Guía de observación aplicada al personal de enfermería	52
2.3.5 Prueba de desempeño antes de aplicado el modelo propuesto	55

2.4	Inventario de problemas y potencialidades	58
CAPITULO III MODELO PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DE		62
RECIÉN NACIDO CON ATRESIA ESOFÁGICA		
3.1	Proceso de modelación	62
3.2	Fundamentación del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica	65
3.3	Estructura del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica	77
3.3.1	Modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica	78
3.4	Análisis de los resultados de la consulta a los expertos	90
3.5	Análisis de la prueba de desempeño después de aplicado el modelo propuesto	92
	CONCLUSIONES	99
	RECOMENDACIONES	100
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El recién nacido (RN) que requiere tratamiento quirúrgico, es un paciente complejo, para su atención el personal de enfermería ha de tener en cuenta la disponibilidad tecnológica, los conocimientos y el componente humano e incluso en el desarrollo de la actividad de salud.

En países desarrollados tales como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Noruega, Hungría, Austria, entre otros existen centros de atención al neonato quirúrgico, que forman parte del nivel terciario de atención de los servicios perinatales y neonatales regionalizados y actúan acorde a los estándares de cada país.¹

Cuba posee en cada provincia Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), servicios destinados a la atención del RN grave y crítico, por afecciones clínicas o quirúrgicas; algunas especializadas en las afecciones más letales.

En el siglo pasado, se escribe el primer artículo sobre las perspectivas de la Cirugía Neonatal Regional en la provincia Holguín para Las Tunas y Granma ² y no es hasta el año 2009 que se regionaliza la atención a los neonatos con malformaciones complejas de las provincias orientales, en el Centro Regional de Cirugía Neonatal (CRCN) de Holguín, en el Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja, primer centro regional del país.³

El trabajo del equipo con carácter interdisciplinario en la atención del RN quirúrgico ha sido prioridad en la institución, así como el establecimiento de los protocolos de las afecciones complejas y del traslado interinstitucional e intrahospitalario.⁴

La atresia esofágica (AE), las malformaciones anorrectales, la hernia diafragmática congénita, la aganglionosis intestinal, los defectos de la pared abdominal anterior como el onfalocele y gastrosquisis, las atresias y estenosis intestinales y otras que no son congénitas como la enterocolitis necrotizante, constituyen un grupo importante de afecciones clásicas en neonatología quirúrgica⁵⁻¹⁰

La AE es una de las entidades que representa el amplio espectro de las malformaciones digestivas del periodo neonatal. Su corrección quirúrgica constituye uno de los grandes paradigmas de la cirugía del RN, debido a que las modalidades empleadas han variado en las últimas décadas, al reflejar fielmente el acelerado desarrollo de la cirugía neonatal y pediátrica.¹¹

La afección presenta casos en hermanos e hijos de padres con AE y con una mayor frecuencia en gemelos; sin embargo, aún no existe un patrón hereditario establecido.¹²

La incidencia de la AE con o sin fístula traqueo-esofágica varía en algunos países, se describe en Australia una incidencia de 1: 4 100 RN vivos¹³, Francia de 2,37: 10 000¹⁴, Rusia 1: 2 400-4 500¹⁵, Argelia de 1: 2 500- 3 000¹⁶, Estados

Unidos 1: 2 500- 4 000 ^{17,18}, en Cuba algunos autores comparten el criterio de estudios de la literatura internacional que determinan una incidencia de 1:3 000 a 4 500 RN vivos.^{19, 20}

A partir del año 2009 se produce un incremento del número de RN con AE, al centralizar la atención en el CRCN de Holguín, por lo que el abordaje desde la Ciencia de la Enfermería debe ser especializado y trascendental en la prevención de complicaciones asociadas a esta entidad tales como: dehiscencia de la anastomosis esofágica, dehiscencia de la sutura traqueal, extubación, salida de la sonda orogástrica y de gastrostomía, neumonías, atelectasias, neumotórax. La práctica asistencial de la autora le permite valorar que estos aspectos incrementan la estancia hospitalaria, la cronicidad de la enfermedad y afecta de manera importante la calidad de vida del RN.

La autora considera que los cuidados de enfermería del RN con AE dependen de la variedad y del resultado final del proceder quirúrgico que se realice, algunos RN se les efectúa la anastomosis termino terminal, gastrostomía, esofagostomía y en el tipo que no hay segmento atrésico se efectúa la ligadura de la fistula. Por lo que debe existir una correcta aplicación de los cuidados de enfermería según la variedad de AE y las características fisiopatológicas.

Este hecho demanda un reto en la actuación del personal de enfermería que presta servicios asistenciales a este tipo de paciente, por lo que debe disponer de conocimientos que garanticen un cuidado de enfermería con una sólida preparación técnica, ética, humanista e inclusiva, sustentada en evidencias

científicas, experiencias documentadas acorde a las demandas del RN y sus familias, no es solo la concentración del RN con AE en un centro especializado, sino que además se requiere integrar medidas organizativas en el traslado, asistenciales, docentes e investigativas para lograr resultados favorables en la evolución.

Los antecedentes expuestos y la experiencia de la autora en el proceso de investigación en el seguimiento a los procesos del cuidado de enfermería aplicados al área asistencial quirúrgica por más de 23 años del RN quirúrgico, le permitieron plantear las siguientes **situaciones problemáticas**:

- se registra un incremento del número de recién nacido con atresia esofágica, al centralizar la atención en el Centro Regional de Cirugía Neonatal del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín Octavio de la Concepción de la Pedraja.
- la implementación para el algoritmo del cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica según la variedad resulta insuficiente.

Los antecedentes antes expuestos posibilitan que la autora identifique la **contradicción** fundamental que se manifiesta: el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica cubre las necesidades clínicas y humanas con este diagnóstico, sin embargo, la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) es insuficiente en relación a las necesidades clínicas y humanas según su variabilidad.

Lo declarado lleva a la autora a formular la siguiente interrogante como **problema científico**: ¿Cómo contribuir al mejoramiento del cuidado de enfermería en la atención del recién nacido con atresia esofágica?

Se identifica como **objeto de la investigación**: cuidado de enfermería del recién nacido y como **campo de acción**: el cuidado de enfermería en la atención al recién nacido con atresia esofágica, atendido en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín.

El compromiso de la autora se revela en el **objetivo** siguiente: diseñar un modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín.

Para dar salida al compromiso investigativo se plantean los **objetivos específicos** siguientes:

1. Identificar los referentes teóricos que sustentan el proceso del cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.
2. Caracterizar el estado actual del cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín.
3. Diseñar un modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín.

4. Valorar la aplicación del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial Holguín.

El procedimiento general de la investigación se sustenta en la concepción dialéctica materialista y la lógica de los métodos de nivel teórico, empírico y estadísticos.²¹

Los métodos del nivel teórico empleados:

Análisis documental: se utilizó para profundizar en el estudio bibliográfico como aspecto esencial en la conformación del sustento teórico de la investigación relacionado con la modelación y para identificar los resultados históricos del trabajo relacionado con la atención del RN con AE.

Sistematización: se empleó en el estudio la obra de autores que han abordado la temática, para determinar regularidades, rasgos comunes y generales de diferentes enfoques acerca del cuidado de enfermería del RN con AE, que permitieron arribar a conclusiones y definiciones en el proceso investigativo.

Histórico–Lógico: permitió conocer el desarrollado del objeto, evaluar e investigar el avance en las principales etapas históricas. Permitió conocer las esencias del objeto de estudio, sus regularidades y tendencias para conformar el marco teórico de la investigación y ahondar en los tipos de modelos.

Modelación: permitió alcanzar la abstracción necesaria para diseñar el modelo para el cuidado del RN con AE, explicar la realidad e identificar las relaciones esenciales que se manifiestan en el modelo, en correspondencia con el objeto de estudio y conservar la lógica del proceso. Así como identificar variables, dimensiones e indicadores para reflejar la esencia del objeto en la intervención propuesta.

Sistémico estructural funcional: permitió realizar el análisis integral para modelar el objeto de estudio, mediante la determinación de los elementos básicos que conforman el modelo para el cuidado del RN con AE y la interrelación en el contexto visto como un sistema conformado por componentes que cumplen con determinadas funciones interrelacionadas entre sí.

Análisis–Síntesis: se realiza durante todo el proceso de la investigación al permitir conocer las relaciones esenciales del objeto de investigación fundamentado en el cuidado de enfermería del RN con AE, a partir del análisis fisiopatológico, anatómico y transformar el objeto de investigación sus componentes fundamentales, propiedades, relaciones existentes entre ellos y su jerarquización.

Los métodos del nivel empírico empleados:

Encuesta: permitió la obtención de información acerca del objeto de investigación, se tomaron en cuenta en su estructuración los indicadores a

evaluar, se aplicaron dos guías de encuesta, una dirigida al personal de enfermería para identificar el estado actual del cuidado de enfermería del RN con AE. (Anexo 3)

La segunda dirigida a los familiares con el propósito de identificar información relacionada con la atención recibida del personal de enfermería hasta el momento de su egreso hospitalario. (Anexo 4)

Cuestionario de conocimientos: se aplicó al personal de enfermería con el objetivo de valorar el nivel de conocimientos que poseen relacionado con el cuidado del RN con AE. (Anexo 5)

La observación participante: a partir de la guía de observación se recogieron los aspectos observables en el personal de enfermería con el propósito de recoger información relacionada con el cuidado de enfermería dirigido al RN con AE, lo cual permitió obtener criterios respecto a las dificultades en el comportamiento profesional y humano de los mismos. (Anexo 6)

Prueba de desempeño: permitió a través de las dimensiones, subdimensiones e indicadores determinar el estado actual del cuidado de enfermería del RN con AE, así como los resultados obtenidos después de la aplicación de la propuesta. (Anexo 7)

Consulta de expertos: permitió valorar los criterios y sugerencias sobre el diseño del modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE. (Anexo 8)

Métodos estadísticos matemáticos: para el procesamiento de la información obtenida a nivel empírico, fue utilizada la distribución de frecuencia, cálculo porcentual, cálculo del índice ponderal, prueba no paramétrica de los signos y el procesamiento del método Delphi, lo que permitió procesar y representar gráficamente los resultados.

La contribución a la teoría consiste en la identificación de las relaciones que se establecen entre el cuidado de enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería y el método epidemiológico del recién nacido con atresia esofágica según la variedad y características fisiopatológicas, reveladas en el diseño del modelo mediante la construcción del conocimiento y la determinación de los supuestos, que se sustenta en evidencias científicas desde una concepción integral, que permitirá el fortalecimiento de las bases epistemológicas de la Ciencia de la Enfermería Cubana.

El aporte práctico está en un modelo contentivo de la variable, con sus dimensiones, subdimensiones, indicadores e instrumentos y su procesamiento estadístico, con un enfoque clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo y se presenta un material de apoyo al personal de enfermería que permite el fortalecimiento de la atención del recién nacido con atresia esofágica según la variedad.

La novedad científica está dada en que al perfeccionar la actuación del personal de enfermería ante los pacientes con atresia esofágica a través de un modelo, que garantice un cuidado con calidad en los servicios de neonatología,

se logra un impacto científico al aportar nuevos conocimientos y un impacto social con efectos positivos en el proceso de cuidado al recién nacido con atresia esofágica, al fortalecer el quehacer de enfermería, factibles de aplicar en los servicios neonatales.

La tesis está estructurada en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. El primer capítulo está referido a los referentes teóricos que sustentan el proceso del cuidado del RN con AE, esencias que constituyen fundamentos teóricos del objeto de estudio. En el segundo capítulo, se aborda la caracterización del cuidado de enfermería en la atención del RN con AE, se ofrecen las dimensiones, subdimensiones e indicadores para evaluarlos desde su desempeño profesional. El tercer capítulo se centra en la propuesta del modelo, así como los resultados de la aplicación del modelo y la consulta de expertos como comprobación teórica.

CAPITULO I PROCESO DEL CUIDADO EN EL RECIÉN NACIDO CON ATRESIA ESOFÁGICA

En el presente capítulo se muestran las bases teóricas que sustentan la investigación, sobre el soporte de la revisión bibliográfica. Se realiza un análisis de las tendencias históricas que caracteriza el proceso del cuidado, la gestión del cuidado, así como los modelos y teorías de enfermería.

1. 1 Fundamentos teóricos del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica

Desde épocas anteriores se iniciaron los primeros esfuerzos para lograr la sobrevivencia del RN y se plantea que en el convento *Port Royal*, cercano al jardín de Luxemburgo, en el París de 1625, fue transformado en una prisión durante la Revolución Francesa (también llamado prisión de La Bourbe y Puerto libre). En 1814 la prisión fue convertida en maternidad y terminada su remodelación en 1818, se dedicó principalmente a la atención del post parto y mostró las primeras disminuciones de la mortalidad neonatal e infantil.²²

Una de las causas de muerte del RN pretérmino está en la imposibilidad para regular la temperatura corporal, por lo que se hace necesario un ambiente cálido, esta teoría fue documentada a inicios de 1800, en Francia. La primera incubadora se desarrolla alrededor de 1835 en San Petersburgo y el

primer reporte escrito de su uso en el cuidado del prematuro, fue publicado por Denucéen 1857.²²

El Dr. Credé en 1864, usó cunas de doble pared, con circulación de agua caliente entre las mismas. A finales del Siglo XIX, bajo la dirección del médico obstetra Stéphane; jefe de obstetricia de la Universidad de París, desarrolla la primera incubadora usada en bebés humanos. Esta incubadora muestra la ventaja de cerrarse y fue usada en la principal maternidad de París.²²

En 1888, Pierre publicó un artículo que describe su experiencia en el cuidado de prematuros en el Hospital de la Maternidad de París. Diez años más tarde publica el libro titulado "Le Nourisson". En Londres, en la revista Lancet, se publica el artículo "El uso de la incubadora para niños", donde muestra la historia de este invento y resalta la muerte de 2 534 niños prematuros por su omisión. Desde este momento la construcción de incubadoras se impone como una obligación para la Ciencia Médica y la implementación de cuidados especializados para el RN.²²

Desde 1970 la práctica neonatal experimenta un mayor desarrollo, refinamiento y uniformidad en sus manejos; se introducen, además, nuevos métodos de tratamiento. En esta época se destaca el desarrollo en los sistemas de nutrición neonatal, la alimentación por sonda y parenteral; se hacen más rigurosas las terapias nuevas, basadas en estudios controlados y aleatorios. Desde este periodo se insiste cada vez más en el cuidado especial de enfermería, en los cuidados de la asepsia, antisepsia y lavado de manos para la prevención de infecciones intrahospitalarias.²²

Los avances alcanzados en la neonatología permiten destacar un grupo importante de RN que requiere tratamiento quirúrgico, pacientes complejos que necesitan la actuación de un equipo multidisciplinario y centros altamente especializados para su atención.

La atención al RN con malformaciones complejas como la AE y las malformaciones asociadas a esta entidad demandan de la preparación del personal de enfermería en el cuidado con malformaciones quirúrgicas.

Defecto congénito caracterizado por la falta de continuidad del esófago, con o sin comunicación con la vía aérea. Malformación incompatible con la vida, cuya resolución se logra con tratamiento quirúrgico. Su origen preciso durante la embriogénesis no está bien establecido, pero se estima que la alteración ocurre entre la tercera y sexta semana de vida intrauterina.

El 50 % de los casos se acompaña de otra malformación, lo cual determina el pronóstico del paciente. Las malformaciones asociadas más frecuentes son: cardíacas, genito-urinarias, ano-rectales y músculo-esquelético. Además, puede presentarse como un síndrome malformativo que afecta a varios sistemas: VATER (vértebras, ano, tráquea, esófago y riñón), VACTERL (se agregan cardiopatía y agenesia de radio), CHARGE (coloboma, cardiopatía, atresia de coanas, retardo mental, hipoplasia genital y anormalidades del oído).²³

Pueden identificarse cinco tipos anatomopatológicos de AE (clasificación de Ladd y Gross). Tipos I, II, III, IV y V. Si bien el tipo V o fístula en H, aislada no es en realidad una AE se incluye de todas formas dentro de la clasificación.²⁴

Tipo I: atresia esofágica sin fístula traqueoesofágica (AE con FTEP)

Tipo II: atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal (AE con FTEP)

Tipo III: atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal (AE con FTED)

Tipo IV: atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal y distal (AE con FTEPD)

Tipo V: fístula traqueoesofágica sin atresia esofágica (H)

La autora al sistematizar autores que incursionan en la atención del RN, evidencia que abordan la temática Urbina y Castro, 2007, con el “Manual de enfermería en neonatología”, presentan las disímiles situaciones que puedan presentar los RN y se expone con una lógica secuencia aspectos relacionados con los antecedentes de la neonatología en Cuba.²⁵

En Argentina, 2009, Gorrahan publica el libro “Cuidados de enfermería neonatal”, el autor aborda nuevos temas con una perspectiva didáctica, útil en la práctica cotidiana del profesional, explica los procedimientos para el cuidado del paciente, tanto en el RN clínico como quirúrgico.²⁶

La autora considera que el libro profundiza en los aspectos de la gestión indispensables para la administración del cuidado, calidad y la recepción del RN e incluye los cuidados de la AE, sin embargo, lo realiza de manera general sin tener en cuenta la clasificación anatomopatológica de la afección.

La autora en 2011, realiza el estudio “Cuidados de enfermería en recién nacidos con tratamiento quirúrgico”, utiliza una muestra de 32 RN quirúrgicos del servicio de neonatología de Holguín, identifica como la afección quirúrgica

más frecuente la AE y la variedad de mayor incidencia la AE con FTED, determina el comportamiento de los procedimientos invasivos de enfermería y los cuidados de manera general para las afecciones quirúrgicas.²⁷

La autora al sistematizar el objeto de investigación reconoce que se han producido grandes cambios y adelantos en los cuidados neonatales en la AE, que favorecen el pronóstico y la morbilidad del RN, valora que los cuidados de enfermería son esenciales en la promoción, prevención y recuperación.

En los últimos años la temática ha sido abordada mediante el diseño de guías, protocolos, manuales, así como otros estudios acerca de los cuidados del RN. En el Hospital San Juan de Dios de la Serena, 2012, confeccionan una “Guía de tratamiento en UCIN”, los autores contrastaron sus criterios con fuentes confiables, en un esfuerzo por aportar información útil en el manejo del RN, para contribuir a mejorar la calidad de atención de los neonatos críticamente enfermos de la región.²⁸ Esta guía carece de elementos esenciales en la orientación de los cuidados de enfermería en los RN con AE.

En México, López en 2013, diseñó “Guía de intervenciones de enfermería para el RN prematuro”, que forma parte de las guías que integran el catálogo maestro de guías prácticas clínicas, con la finalidad de establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentada en la mejor evidencia disponible.²⁹

La autora considera importante la utilización por los autores en la guía, los diagnósticos de enfermería NANDA y la clasificación de los resultados de enfermería NOC, al imprimirle un mayor rigor científico a la profesión.

Ropero y colaboradores, 2014, diseñan una guía útil en los primeros contactos con todo aquello que conlleve el hecho de iniciar a laborar en un servicio neonatal, está dirigida al cuidado del RN prematuro con o sin patología añadidas, a término con patología y los de cuidados intensivos.³⁰La guía constituye una herramienta importante para la correcta actuación del personal asistencial, docente y en formación.

Arismendy y colaboradores realizaron en 2014 la investigación “Propuesta de cuidados de enfermería para el bienestar de los RN en el postoperatorio de corrección de patologías gastrointestinales”, la misma adquiere gran valor dentro del quehacer de enfermería en las UCIN.³¹

La autora valora la propuesta de cuidados con intervenciones adecuadas para el RN y la familia realizada por los autores y la relación que establecen con el modelo de cuidado de Kristen Swanson.

En Guatemala, 2014, se confecciona una guía que explica el manejo integral del RN grave, los cuidados intensivos neonatales, incluyen las afecciones quirúrgicas más frecuentes.³² Sin embargo no clasifica los cuidados según la variedad de atresia esofágica y las características fisiológicas de la afección.

En Maracaibo, 2015, Castellanos realizó la investigación “Protocolo de atención de enfermería sobre el manejo postoperatorio de niños con atresia esofágica”.³³ Establece la utilidad de la capacitación del personal de enfermería, mediante un protocolo de atención de enfermería sobre el manejo postoperatorio de RN con AE, ingresado en la UCIN Pediátricos del Hospital Universitario de Maracaibo. La autora considera que carece de elementos

fundamentales de los cuidados en el traslado del RN, preoperatorio y transoperatorio de la afección.

En Bogotá, 2016, se logra un descenso relevante de sus estadísticas, en cuanto a la mortalidad neonatal. Estos resultados guardan relación con la aplicación del “Manual de Procedimientos de Enfermería en las Unidades Neonatales”, el cual está dirigido al personal de enfermería y estudiantes en formación.³⁴

La autora valora que la ejecución de los diferentes temas mostrados en este manual, hace más especializada y compleja la actuación de enfermería; por ello, es necesario que el personal tenga los conocimientos técnico-prácticos y científicos adecuados, para la realización de los procedimientos con seguridad y humanización en el manejo del RN y la familia.

En Perú, 2017, Carpio presenta el PAE aplicado a un caso clínico que sustenta las intervenciones de enfermería con metodología científica en un RN prematuro con AE y el abordaje especializado aprendido durante las prácticas clínicas de la especialidad de cuidados críticos neonatales.³⁵

La experiencia de la autora en la atención al RN quirúrgico le permite valorar que se produce un impacto en los nuevos conocimientos en la medida que se han perfeccionado las técnicas quirúrgicas, el acceso a los conocimientos desde el desarrollo de las tecnologías informáticas y las comunicaciones (TIC) y las exigencias crecientes de la sociedad en relación a la atención del RN.

En la actualidad las investigaciones se mueven desde posiciones más holísticas, multifactoriales y transdisciplinarias, lo cual provoca en el

pensamiento epistemológico, nuevas e interesantes interrogantes que permiten evidenciar un número mayor de publicaciones, confección de guías, protocolos y manuales con el objetivo de mejorar la calidad de la atención del RN con afecciones complejas y de difícil desempeño en la práctica asistencial.

La autora reflexiona que los cuidados de enfermería en el RN con AE tienen características distintivas, deben estar basados en conocimientos científicos que engloben resultados de una investigación encaminadas a satisfacer necesidades o solucionar problemas en el paciente y la familia.

Considera que existen dificultades en el tema al ser insuficiente el proceso del cuidado de enfermería según la variedad de AE en el RN, características fisiopatológicas y los diferentes procedimientos terapéuticos usados al tener en cuenta la clasificación anatomo-embriopatológica de la afección y la aplicación de las taxonomías NANDA, las intervenciones NIC y los resultados NOC.

1. 2 Gestión del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica

La enfermería ha transitado por un largo camino de evolución, tiene como objeto central de la profesión, “el cuidado”, que ha sido abordado desde múltiples perspectivas a lo largo de la historia.

La OMS define enfermería como “profesión que abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.³⁶

Mompart define el cuidado de enfermería como: acción positiva de relación entre el usuario y la enfermera, que permite que ésta realice, en el individuo o para él, actividades de apoyo, orientación o ejecución de determinadas técnicas en favor del mantenimiento de la salud o de la recuperación o incremento de ésta. Tales acciones positivas pueden llevarse a cabo por la enfermera cerca de un individuo o de un grupo necesitado de cuidados (ej. familia) y se extienden desde del nacimiento hasta la muerte.³⁷

El cuidado de enfermería es entendido como un acto de interacción humana, recíproco e integral que guía los conocimientos y la práctica de enfermería. Es dependiente, es práctica de actividades y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continua, para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar.³⁸

Kristen Swanson en su modelo ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. Define los cuidados como “una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”.³⁹

La autora considera que los cuidados de enfermería del RN con AE presentan características especiales, son variados y altamente complejos. Es fundamental la integración del componente clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo. El cuidado de enfermería no solo debe quedarse en las acciones del personal, sino involucrar a la familia en el proceso de atención-recuperación.

Luego de sistematizar la obra de autores que han abordado el cuidado de enfermería la autora define el cuidado de enfermería del RN con AE como: las relaciones que se establecen entre personal de enfermería-equipo multidisciplinario-paciente-familia manifiesto en el comportamiento que propicia las modificaciones del ambiente físico y social del RN con AE, así como la contribución de procesos secuenciales, creados por la propia actitud del enfermero mediante el análisis, la comprensión y las consecuencias del cuidado considerados altamente complejos al ser atendidos desde una integración clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo.

Mompart plantea que el cuidado debe ser un elemento clave en el trabajo enfermero, resulta de especial interés su gestión, al definirlo como la "Atención profesional que da la enfermera en prestaciones de servicio para la salud, donde se establece una relación de ayuda con la persona o personas dependientes de cuidados y cuyo objetivo se centra en desarrollar la capacidad de auto cuidado de la persona y su entorno, con la potenciación de los recursos naturales respecto a los conocimientos, la motivación y la capacidad para su autocuidado".⁴⁰

Según el Código Sanitario, "los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, restauración de la salud y prevención de enfermedades o lesiones. Estos servicios también comprenden las actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente".⁴¹

Gestión del cuidado es entendida como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y que se sustenten en políticas y lineamientos estratégicos de la institución.⁴²

Al aceptar el cuidado de enfermería como parte de un contexto teórico específico, se pueden tener en cuenta los principios de la gestión de los cuidados del RN con AE, como los elementos de gestión que deben estar delimitados por el marco de la disciplina, que determinan los conocimientos de enfermería desde la naturaleza del cuidado.⁴³ La autora lo integra de la siguiente manera al objeto de estudio:

- la planificación de los cuidados de enfermería determinados por el objeto de estudio, dirigida a las necesidades del RN con AE, la familia y la gestión del entorno como condicionante de salud.
- los valores del cuidado desde la percepción particular del cuidado deben ser ejercida por el personal de enfermería-equipo multidisciplinario-madre, al tener en cuenta el respeto a la dignidad humana, lo que determina el valor de la gestión del cuidado del RN quirúrgico.
- los métodos de análisis de las necesidades de cuidados han de ser incorporados en el registro objetivo de las variables cuantitativas obtenidas por métodos cualitativos que recojan la percepción del personal de enfermería sobre el cuidado que brindan al RN al tener en cuenta la familia y el entorno.

En consecuencia, los conocimientos, método y el contexto donde se brindan los cuidados de enfermería es lo que define el ser, el hacer y el estar, determinantes para una gestión exitosa del cuidado del RN con AE.

Los nuevos conceptos de gestión en los servicios de enfermería, han ganado protagonismo en la organización sanitaria, se destaca la transición del papel que desempeñan las enfermeras neonatólogas desde el control a la facilitación del trabajo y desde la cantidad de actividades hacia la calidad.

Es habitual reconocer los cuidados de enfermería, como una variable fundamental en el funcionamiento del servicio; se estima que aproximadamente un 70 % de la respuesta de salud corresponde a actividades de enfermería.⁴³

La autora aprecia que el personal de enfermería gestiona los cuidados del RN con AE de manera integral, como ser humano biosicosocial y espiritual. Los cambios fisiológicos que se producen son acelerados, por lo tanto, las respuestas deben ser rápidas, los conocimientos necesitan ser calificado desde lo lógico, metódico, creativo, intuitivo y también emocional.

Luego de sistematizar obras que han abordado la gestión, la autora define la gestión del cuidado del RN con AE como: la aplicación del criterio profesional en un proceso heurístico, que determina la adecuación de un conjunto de cuidados del paciente y la familia en interacción con el entorno, al distinguir las consecuencias clínicas-epidemiológicas que muestren interés en el bienestar, con un enfoque humano e inclusivo sustentado en la aplicación de conocimientos, habilidades y valores donde se respete su identidad y su cultura.

La calidad en la gestión de los cuidados en la atención del RN con AE en la UCIN ha experimentado una transformación desde los primeros pasos hasta la formación que conocemos, los cuidados surgieron como una modalidad asistencial fundamentada en el empirismo, pero en la actualidad se basan en los principios de la medicina sustentado en la evidencia científica, el empleo de sofisticadas tecnologías y de cuidados que van desde las prácticas e intervenciones más sencillas hasta las técnicas más complejas.

La autora al sistematizar autores como: Chiluisa S, 2014; Ayala R, 2014; Hernando A, 2015; Aguayo F, 2015; Valdebenito J, 2015 ⁴³⁻⁴⁷ que han abordado la temática donde se evidencia que:

- en las unidades de atención del RN con AE prima una alta disciplina, que determina el cumplimiento de las normas higiénicas sanitarias a cumplir por el personal de enfermería desde la naturaleza del cuidado.
- la atención de enfermería se encamina a la satisfacción de las necesidades del RN con AE y la familia.
- el personal de enfermería que labora en la UCIN tiene valores humanos que pone en función del cuidado del RN, al considerar el humanismo, dignidad humana, solidaridad entre otros.
- el personal de enfermería incorpora continuamente conocimientos relacionados al cuidado del RN con AE técnicas y tratamientos. Se toman decisiones permanentemente de conjunto con el equipo multidisciplinario que atiende al RN con AE.

- se aplican los principios de la enfermería basada en la evidencia científica al hacer uso de las nuevas tecnologías. Se realizan cuidados de enfermería que van desde las prácticas más sencillas hasta las técnicas complejas, lo que requiere de una constante superación por parte del personal de enfermería.

Elementos que le permiten un afrontamiento de la gestión del cuidado del RN con AE en la UCIN, al tener identificados los cuidados diferenciados que le permitan al personal de enfermería abordarlos a partir de las necesidades de salud, en que se debe tener en cuenta la relación personal de enfermería-equipo multidisciplinario-paciente-familia sustentada en los aspectos psicológicos, axiológicos, empáticos y humanos.

1.3 Epistemología de los modelos y teorías aplicables al recién nacido con atresia esofágica

La actuación del personal de enfermería está influenciada por los momentos históricos, culturales, sociales, económicos y de salud que se viven en el contexto, por lo que cada modelo o teoría se integran de acuerdo a los tiempos, circunstancias, prácticas profesionales, problemáticas y necesidades que experimenta en una población o individuo.

El abordaje global de las nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica, dentro del marco teórico de la Ciencia de la Enfermería, permite conocimientos de diversas perspectivas que estimulan el pensamiento creativo, guían la enseñanza, la gestión y la investigación, aumenta el reconocimiento de la contribución científica y facilita la colaboración

interdisciplinaria ⁴⁸, lo cual le permite a la autora abordar diferentes aportes de los modelos y teorías en la vinculación del cuidado del RN con AE.

Virginia Henderson expone de manera clara, el rol autónomo de la enfermera y la especificidad de su servicio. Se adapta a la realidad, ya que a la función propia de la enfermera (autónoma), contempla la interdependencia de ésta con respecto a otras profesiones (de colaboración), al considerar que el ejercicio profesional de enfermería, como un servicio único y separado del resto de los profesionales de la salud, no tiene ningún sentido.⁴⁹

La autora utiliza las 14 necesidades básicas humanas identificadas por Virginia Henderson en su teoría y las vincula en las diferentes etapas secuenciales por las que transita el RN en la evolución de la enfermedad.

Kathryn E. Barnard propuso el modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil ⁵⁰, la autora para el desarrollo de la investigación utiliza aspectos relacionados con las características individuales de cada miembro que influyen en el sistema de relación padres-hijos y el comportamiento adaptativo, se pone de manifiesto en la familia que enfrenta una nueva situación, el nacimiento de un hijo con una malformación congénita y el ingreso en la UCIN con un desarrollo tecnológico importante.

La autora establece estrategias para modificar características del comportamiento adaptativo y satisfacer las necesidades del sistema relacional de la familia, se centra en la interacción de la madre y el RN con el entorno. Utiliza elementos de las escalas diseñadas para medir los efectos de la alimentación, la enseñanza y el entorno, para el adiestramiento de la madre en

el proceso de alimentación del RN por la gastrostomía, en los casos que no es posible realizar la anastomosis termino-terminal. Proporciona un vínculo estrecho con la práctica que transforma la manera en que los profesionales sanitarios evalúan a los niños a la luz de la relación padre-hijo.

Jean Watson propuso la teoría: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal ⁵⁰, la autora utiliza en el estudio los aspectos relacionados con los valores humanísticos y altruistas que reciben una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores, facilita la promoción del cuidado holístico y positivo en el proceso de cuidados del RN y la familia. Explica el uso del proceso de enfermería en el RN con AE y aporta un enfoque científico de solución de problemas al disipar la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. Revela la influencia de la provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual para el RN y la familia como seres biosicosociales.

Dorothea E. Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas:

1. la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. la teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado.

La autora se apoya en la teoría de autocuidado que se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros y la teoría de los sistemas de enfermería que describe cómo las necesidades de autocuidado del paciente serán satisfechas por el personal de enfermería.

Orem identifica tres clasificaciones de sistema de enfermería para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente: sistema de enfermería totalmente compensatorio, sistema de enfermería parcialmente compensatorio, sistema de apoyo educativo.⁵⁰

La autora desarrolla en la investigación el sistema de enfermería totalmente compensatorio donde el RN es incapaz de participar en su autocuidado debido a la edad.

Vincula los requisitos de autocuidado universales: el mantenimiento de un aporte suficiente de aire (la ventilación mecánica), alimentos (inicio de la alimentación por la sonda transanastomótica o de gastrostomía). La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (seguridad de las incubadoras, administración de medicamentos). La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano (atención individualizada según las características de los miembros de la familia del RN).

La autora en una revisión actualizada de la obra de autores que han aportado al desarrollo de las bases epistemológicas de la Ciencia de la Enfermería en

Cuba: Izquierdo R, 2012; Ávila M, 2013; Moreno M, 2016; Borges L, 2016; Elers Y, 2017; Alonso O, 2017; Acosta L, 2018.⁵¹⁻⁵⁷ Utiliza aspectos abordados en las investigaciones relacionadas con la práctica asistencial, la gestión de cuidados, la comunicación, el humanismo e inclusión familiar.

Luego de la sistematización realizada por la autora utiliza como referente teórico de la investigación la teoría de Virginia Henderson. Iniciadora de la escuela de las necesidades. Su propuesta de las 14 necesidades, es utilizada en la actualidad en la academia y en los escenarios clínicos de varios países.

Su método para evaluar o comparar los roles y demanda asistenciales de los miembros del equipo sanitario, mostrada gráficamente mediante el pastel, el cual es empleado aun en la actualidad, como marco referencial en estudios investigativos que pretenden mostrar este fenómeno.⁴⁸

Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente, las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo.^{58,59}

Necesidades básicas

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los residuos corporales
4. Moverse y mantener una postura conveniente
5. Dormir y descansar

6. Seleccionar ropas apropiadas: vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger el tejido cutáneo
9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen otros
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Rendir culto de acuerdo con la propia fe
12. Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro
13. Jugar o participar en diversas actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud y hacer una de las instalaciones sanitarias disponibles

La autora asume como organizador de los cuidados del RN con AE las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.

1.3.1 Abordaje de la teoría de enfermería de Virginia Henderson aplicada al recién nacido con atresia esofágica

El cuidado de enfermería es relevante en la atención del RN con malformación compleja, es el referente más cercano a los padres, juntos se contribuye al desarrollo emocional de la familia, se humaniza la atención, la sensibilidad, la honestidad y la confianza en el personal de enfermería, la autora realiza el abordaje de la teoría de Virginia Henderson aplicada al RN con AE para una mejor comprensión de las necesidades afectadas en el paciente y la familia.

1. Respirar normalmente: el objetivo primordial es mantener la estabilidad cardiorrespiratoria, el RN con AE presentan el riesgo de desarrollar

insuficiencia respiratoria y frecuentemente requieren de ventilación e intubación inmediatamente. Una característica importante de esta entidad es que se acompaña de malformaciones asociadas, fundamentalmente cardiovascular por lo que pueden desarrollar inestabilidad hemodinámica.

El RN que presente insuficiencia respiratoria se les debe brindar soporte ventilatorio mecánico con presiones bajas y frecuencias altas para evitar la fuga del volumen corriente a través de la FTE. Evitar la colocación con presión positiva continua en las vías aéreas nasal y bolsa con presión positiva pues puede originar distensión gástrica importante en la fístula distal.

2. Comer y beber adecuadamente: el RN con AE se mantendrá con vía oral suspendida, independientemente del tratamiento que reciba, existe el riesgo de pérdidas de agua y electrolitos, este déficit de líquidos puede llevar a una perfusión insuficiente de los tejidos y desarrollar acidosis metabólica.

A los RN que no se pueda realizar anastomosis término terminal, se realizará gastrostomía, por lo que el proceso de alimentación es a través de la sonda, que permita un adecuado proceso de recuperación y cicatrización sustentado en un aporte calórico equilibrado que promueva el aumento de peso.

3. Eliminar los residuos corporales: la AE en el 25 % de los casos se asocia con otras malformaciones gastrointestinales: ano imperforado, estenosis pilórica, atresia duodenal por lo que se mantendrá la observación de las características de eliminación, se hace necesario el estricto control de los líquidos, mediante el seguimiento del ritmo diurético con la colocación de colector de orina y el registro de las pérdidas por la sonda orogástrica.

4. Moverse y mantener una postura conveniente: la manipulación del RN con AE es mínima, la sobrestimulación puede provocar aumento del consumo de oxígeno y estrés por frío. Mantener una posición semisentado de 30-45°, mantener la cabeza en línea media, sin hiper extender el cuello evita la dehiscencia de sutura y la salida accidental de la sonda transanastomótica.

5. Dormir y descansar: el RN con AE es sometido en el periodo preoperatorio, a múltiples estudios complementarios, en ocasiones dolorosas y molestas, que atentan contra el sueño y reposo. Se deben trazar estrategias para definir horarios de manipulación del personal de enfermería, neonatólogos y cirujanos que permita descanso en horarios establecidos.

6. Seleccionar ropas apropiadas: el RN con AE intervenido quirúrgicamente se mantiene en incubadoras con el uso de pañal y en el pretérmino es necesario la colocación del gorro para evitar pérdidas de calor, en caso de hipotermia dentro de las medidas se encuentra colocar una sábana que permita la observación de la coloración de manos y pies, dejándolos descubiertos.

7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales: el RN con AE regula temperatura menos eficientemente y pierde calor mucho más fácilmente que el adulto. Esto se explica porque el área de pérdida de calor es 5-6 veces superior al adulto y sus reservas para producir calor por termogénesis química son limitadas, al contar con poca grasa parda.

En las primeras horas del postoperatorio, el mantenimiento de la temperatura corporal es un desafío, pues la hipotermia es común. Mantener un ambiente termo neutro resulta fundamental en lograr su estabilidad térmica.

8. Mantener el cuerpo limpio, bien cuidado y proteger el tejido cutáneo: En la UCIN se realizan múltiples procedimientos de enfermería necesarios para la supervivencia del RN que afectan la integridad de la piel. La herida quirúrgica, las ostomías, la presencia de drenajes, son lesiones en la piel sobre agregada, pueden ser puerta de entrada para microorganismos, potencia la morbilidad y mortalidad en esta etapa de la vida.

9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen otros: a lo largo de la internación, numerosas agresiones amenazan la integridad del RN, para satisfacer esta necesidad es necesario ejercer un cierto control sobre el entorno, a fin de prevenir o defenderlo de los peligros, como la identificación previo al traslado al quirófano, disminución de los ruidos y las infecciones adquiridas, el control de medicamentos, en la prescripción, preparación y administración, mantener la regulación de la temperatura y seguridad de las incubadoras, la disminución del riesgo de lesiones en el paciente por caídas o procedimientos, se debe valorar todos los aspectos que propicien la seguridad del paciente y evitar la ocurrencia de eventos adversos.

10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones: el RN no tiene la capacidad de comunicación verbal y expresa lo que le sucede a través del comportamiento. Así como en la valoración del dolor, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de detectar qué le pasa a través de su conducta.

Desde la política institucional y basado en el cuidado centrado en la familia, se puede favorecer la comunicación de madre-personal de enfermería y madre-

recién nacido. Durante la cirugía se puede propiciar la comunicación de padres y el equipo de trabajo sin comunicar pronóstico, diagnóstico o resultados de la cirugía. Es muy alentador y disminuye la angustia de la espera.

11. Rendir culto de acuerdo con la propia fe: es importante valorar frustraciones de la familia en relación al nacimiento de un RN con malformación congénita. Es frecuente, que el sentimiento de culpa se encuentre presente en alguno de los padres, es necesario elevar la autoestima de la familia. Es importante permitir a la familia la expresión de sus creencias y valores, ofrecer apoyo psicológico y espiritual de acuerdo a las características de la familia.

12. Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro: los cambios de rol que produce el nacimiento de un hijo con una malformación, los conflictos de roles, el cómo combinar la atención de un niño con necesidades especiales y la incorporación posterior a la vida laboral, suelen provocar ansiedad y dificultades de adaptación. Es importante valorar que el estado psicológico influye en su capacidad de realizarse. La confianza en sí mismo, la motivación, el optimismo ayudan a la persona a permanecer activa y autónoma en sus roles.

13. Jugar o participar en diversas actividades recreativas: para poder conservar el equilibrio, las personas deben repartir su tiempo equitativamente entre trabajo, sueño y tiempo de ocio. La internación en la UCIN del RN con AE es prolongada, durante el período es importante la detección de signos de cansancio en los padres, algunos factores que los exacerban son la ansiedad,

la depresión, la soledad y la fatiga. Algunas de las familias provienen de lugares alejados, sufren el desarraigo de sus costumbres y de sus afectos.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal, la salud y hacer una de las instalaciones sanitarias disponibles: la información que reciben los padres sobre la situación del RN es parte del cuidado y la comprensión de la situación actual es la base para construir en la relación familia-equipo interdisciplinario.

Si bien no es una competencia del personal de enfermería comunicar diagnóstico, tratamiento y pronóstico, la intervención oportuna para decodificar información no comprendida es frecuente. Los padres necesitan aprender un vocabulario que le es ajeno, es posible informarlos de una manera sencilla para facilitar el entendimiento.

La autora identifica y desarrolla las necesidades afectadas del RN con AE y reconoce la importancia de la utilización de la teoría de Virginia Henderson como línea maestra en la visión y comprensión de los cuidados, permite la estimulación del pensamiento creativo, la gestión y la investigación en un campo sensible y complejo por la magnitud de los procedimientos que se realizan y por la repercusión familiar y social.

Conclusiones parciales del capítulo

Se exponen aspectos teóricos y conceptuales que sustentan una nueva concepción que evidencia el rol protagónico de la enfermera en la atención al recién nacido con atresia esofágica.

Se reconoce la importancia de la utilización de la teoría de Virginia Henderson como línea maestra en la visión y comprensión del cuidado.

Se evidencia el valor de las investigaciones realizadas y la evolución en la gestión de los cuidados.

CAPITULO II CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON ATRESIA ESOFÁGICA

A partir de identificar los fundamentos teóricos y conceptuales que sustentan el desarrollo de la enfermería en la atención del RN, la autora comienza por describir el procedimiento para conocer el estado actual del cuidado de enfermería del RN con AE en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, para concluir con un inventario de problemas y potencialidades fruto de la triangulación metodológica de los resultados obtenidos.

2.1 Caracterización del recién nacido operado de atresia esofágica

El Hospital Pediátrico Provincial "Octavio de la Concepción de la Pedraja" de Holguín, es una institución de atención a recién nacidos, niños y adolescentes hasta los 18 años, 11 meses y 29 días.

A partir del 2005 se inicia un sistema de atención para los pacientes quirúrgicos, funcionarios del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) orientan que los neonatos quirúrgicos con afecciones de mayor letalidad (atresia esofágica, hernia diafragmática congénita, onfalocele, gastrosquisis y atresias intestinales) de las provincias Guantánamo, Granma, Santiago de Cuba y Las Tunas, serían atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico

Provincial de Holguín y a partir del 2009 devino el CRCN de las provincias orientales.

La autora inicia la recopilación de datos del RN con AE, a partir del 1 de enero 1994 al 31 de diciembre 2017 (23 años). En el período fueron intervenidos quirúrgicamente 180 pacientes de las provincias orientales, aporta el 45 % la provincia de Holguín, seguido Las Tunas con 23,9 %, Granma 12,8 % y con un número menor Santiago de Cuba y Guantánamo. (Gráfico 1)

Se identifica según la variedad anatomofisiológica de la atresia: variedad Tipo I representada por el 10 %, tipo II: 3,3 %, la más frecuente es la variedad tipo III con el 80 % y el tipo IV y V aportan 3,9 % y 2,8 % respectivamente. (Gráfico 2)

En la universidad Nefissa Hamoud de Argelia, 2015, el estudio realizado en un período de 10 años, determina un total 86 RN con AE y la variedad con un número mayor es Tipo III (AE con FTD) según la clasificación de Ladd Gross.¹⁶

En Belgrado, 2015, Vukadin y colaboradores, realizan un análisis de los factores pronósticos y de mortalidad en RN con AE e identifican que el 83,3 % de los casos presentan la variedad de atresia Tipo III.⁶⁰ Las dos últimas citas corresponden con los resultados obtenidos en la investigación.

En Canadá, 2016, en la Universidad de Toronto, investigadores estudian una muestra de 185 RN con AE y el 12,7 % presentan la variedad Tipo I, resultado que no coincide con los obtenidos con la actual investigación.⁶¹ La mayoría de las investigaciones determinan como variedad más frecuente la AE tipo III.

El peso al nacer y la edad gestacional del RN con malformación compleja y en ocasiones otras malformaciones asociadas influyen en la correcta evolución del

RN, se describe el 18,3 % representan al grupo de 1 500-1 999 gramos (g), seguido de 2 000-2 499 g con 22,2 % y el mayor número son los mayores 2 500 g con 59,5 % (Tabla 1) y en relación a la edad gestacional los pretérminos aportan el 31,7 % y los a términos 68,3 % (Tabla 2).

En Guatemala, 2013, De León publica las complicaciones postoperatorias en RN con corrección de AE, coincide con el estudio el predominio de los RN con un peso superior a los 2 500 g y la edad gestacional los a términos.⁶²

En Canadá, 2016, en la Universidad de Toronto, en estudio efectuado en las derivaciones muestran una alta incidencia del muy bajo peso en los RN con AE con fístula traqueoesofágica.⁶³

Los resultados alcanzados en la investigación anterior no coinciden con el estudio realizado en el CRCN de Holguín, donde existe el seguimiento estricto del Programa Materno Infantil, una vez obtenido el diagnóstico prenatal se disponen de los protocolos médicos y de enfermería para el seguimiento y llegar el feto al término en mejores condiciones.

La supervivencia en el servicio de neonatología no es superior al 90 %, como en algunos centros de países desarrollados, pero sí es superior a otros resultados nacionales, en 23 años de estudio se logra una supervivencia del 86,1 % (Tabla 3). La causa directa de muerte en los pacientes con AE, son la sepsis severa, bronconeumonía y daño alveolar difuso severo.

En Guatemala en el año 2014, Brolo determina una supervivencia de 39,2 % en RN con AE y la causa fundamental de muerte son el shock séptico, neumonía, broncoaspiración, dehiscencia de sutura y shock hipovolémico.⁶⁴

En la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Padilla y colaboradores, 2014, reportan una tasa de supervivencia baja de RN con AE, el 82 % de los casos son fallecidos. El estudio evidencia deficiencias en la atención inmediata del recién nacido de los centros que trasladan pacientes al hospital, en algunos casos se realiza el diagnóstico de la enfermedad después de las 24 horas de nacido.⁶⁵

Velázquez y colaboradores, 2014, en el Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, exponen los resultados del comportamiento de la AE durante 10 años, con el ascenso del índice de supervivencia en los últimos años y reconocen el desarrollo alcanzado en los cuidados intensivos neonatales.⁶⁶

En México en el Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", 2017, para incrementar los índices de supervivencia realizan una investigación para identificar las patologías y complicaciones asociadas a la mortalidad en RN con enfermedad quirúrgica abdominal, identifican la AE la causa más frecuente y la principal causa de muerte en la Unidad.⁶⁷

Otros estudios no se limitan a determinar la supervivencia sino que realizan el seguimiento de los casos para determinar las complicaciones a largo plazo, fundamentalmente en los pacientes con AE con fístula traqueoesofágica distal.⁶⁸

2.2 Parametrización del cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica

Desde la definición operacional ofrecida en el capítulo uno, cuidado de enfermería del RN con AE, para la autora determinar las dimensiones,

subdimensiones e indicadores, fue de vital importancia la consulta de la obra de Añorga, Valcárcel y Justo titulada “La parametrización en la investigación educativa”. A través de la misma se pueden realizar la construcción de indagaciones empíricas como teóricas, a partir de descomponer el objeto y/o campo de estudio, por lo general muy amplios y emitir juicios de valor metodológico acerca del fenómeno u objeto investigado, no necesariamente se parametriza el objeto y el campo, en tanto que no se puede reducir este proceso siempre a la variable o variables que se defienden.⁶⁹

Valcárcel en el año 2001 define el término: variable como “Rasgos que pueden ser observados y propiedad de poder variar”.⁷⁰ La autora asume la mencionada definición, por considerarla ajustada al objeto de estudio de su investigación.

Con relación a las dimensiones, Valcárcel y González, 2001, citado en Álvarez, 2008, señalan: “Las dimensiones serán aquellos rasgos que facilitarán una primera división dentro del concepto. Es decir, son diferentes partes o atributos a analizar en un objeto, proceso o fenómeno expresado en un concepto, o simplemente diferentes direcciones del análisis.”⁷¹

La variable que se utiliza en el estudio resulta altamente compleja por lo que la autora se apoya en el criterio de Izquierdo ⁷² y establece divisiones intermedias, denominadas subdimensiones, la derivación que se realiza de la variable se muestra en el (Anexo 2).

La parametrización de la variable se resume: en tres dimensiones, 15 subdimensiones y 59 indicadores que posibilitan el proceso de construcción de los instrumentos para la caracterización del estado actual.

Desde este análisis se define la dimensión comportamiento profesional como: el proceso de formación profesional, sistemática, integrada y contextualizada para asumir un rol como agentes de transformación de la realidad de salud, que trasciende al modo de actuación profesional, a partir de las necesidades propias del contexto laboral donde desarrolla su labor el personal de enfermería.

La dimensión comportamiento humano se define como: un proceso de fomento de valores y principios éticos, expresado a través de las relaciones humanas de los profesionales y familia, se refleja en las acciones de atención y orientación a los familiares del RN con AE.

La dimensión necesidades humanas básicas se define a partir de la teoría de Virginia Henderson que cataloga las 14 necesidades básicas, tratan de cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible.

La parametrización permite adentrarnos en el objeto que se investiga y se elaboran los instrumentos para caracterizar el cuidado de enfermería del RN con AE en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial.

2.3 Análisis de los resultados de la propuesta del modelo para el cuidado del recién nacido con atresia esofágica

Para desarrollar el análisis de los resultados de la propuesta del modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE, la autora elaboró desde la parametrización instrumentos. (Tabla 4). Para la aplicación de los instrumentos consideró, al personal de enfermería que labora en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial del Holguín y a los familiares.

El análisis del estado ideal esperado del cuidado de enfermería, se procedió a la revisión de documentos rectores vigentes: Programas de estudio de Pediatría, Bases Conceptuales, Fundamentos de Enfermería, Programas de superación posgraduada y el Modelo de evaluación del desempeño.

Para el estudio del estado actual del desempeño del personal de enfermería en la atención del RN con AE en el trabajo de campo, se utilizaron dentro de los métodos del nivel empírico: encuesta al personal de enfermería y familiares, cuestionario de conocimientos, observación, prueba de desempeño y consulta de expertos.

La caracterización del estado actual de los cuidados de enfermería del RN con AE, se realiza inicialmente desde el análisis de la información obtenida en cada instrumento y en correspondencia con las dimensiones identificadas en el proceso de parametrización de la variable, para con posterioridad triangular los resultados en correspondencia con las dimensiones e indicadores.

2.3.1 Encuesta aplicada al personal de enfermería (Anexo 3)

Para obtener la información sobre el personal de enfermería que participan en el estudio se confeccionó la encuesta, previa explicación del motivo e interés y las orientaciones a tener en cuenta para responder las preguntas. La encuesta fue tomada de Alonso O ⁵⁶ modificada por la autora según intereses de la investigación.

La encuesta se aplicó a la totalidad de los enfermeros del servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, constituido por 42

enfermeros, con un predominio de la edad entre 45 y 54 años para el 42,9 % seguido del grupo 35 a 44 años para el 33,3 %. (Tabla 5)

En el análisis realizado de las categorías ocupacionales el 69 % de los enfermeros son Licenciados, el 19 % enfermeros Especialistas en Materno Infantil verticalizados en neonatología y el 12 % son Técnicos Medios con postbásico en neonatología con una experiencia superior a 20 años. (Tabla 6)

La experiencia laboral del personal es de un 30,9 % superior a 20 años y el 26,2 % muestran los que permanecen entre 10 y 14 años, dos enfermeros tienen menos de cinco años. (Tabla 7)

La influencia del desarrollo alcanzado en la cirugía neonatal en la atención del RN, aspecto evaluado del 42,8 % de medianamente adecuado, 11,9 % muy adecuado y 16,7 % adecuado. (Tabla 8)

La evaluación de los cuidados brindados a los pacientes con el diagnóstico de AE, 28,6 % manifestaron ser muy adecuados, 11,9 % adecuado, 40,5 % medianamente adecuado, poco adecuado el 16,7 % e inadecuado el 2,3 %.

La interrogante sobre la preparación recibida en temas relacionados con la atención del RN con AE, el 45,2 % exponen que es poco adecuado y 28,6 % expresan que es inadecuado.

Al preguntar la valoración de la incorporación de los cuidados de enfermería según la variedad de AE, el 64,3 % refieren que es extremadamente importante, en relación a los conocimientos obtenidos del pregrado permiten un desempeño profesional adecuado, el 69 % responde que no y si estos permiten una correcta orientación a la madre en los cuidados el 76 % expresan que no.

Al indagar sobre las alternativas de superación profesional utilizadas en la adquisición de conocimientos el 61,9 % manifiestan la no realización de ninguna alternativa de superación.

La última interrogante referida a la importancia en la recuperación del RN y la actuación del personal de enfermería según la variedad de AE el 96,2 % estuvo de acuerdo, al analizar la respuesta se identifica que manifiestan que no, los que pertenecen al grupo de menos de cinco años de experiencia.

La autora valora que desde los inicios de la actividad asistencial en el servicio de neonatología en el año 1994, el personal de enfermería se ha caracterizado por su estabilidad, se logra una retención del 98,2 %, aspecto importante que permiten transmitir las experiencias en las formaciones que laboran en el CCNR.

Principales dificultades identificadas en la encuesta al personal de enfermería

- Refieren que la preparación recibida en temas relacionados con la atención del RN con AE es poco adecuado para un 45.2 %.
- El 69 % manifiestan que los conocimientos obtenidos de pregrado no permiten un desempeño adecuado, el 76 % interfiere en la correcta orientación y preparación a la madre en los cuidados a realizar en el RN con AE.
- El 61,9 % no utilizan ninguna alternativa superación profesional para la adquisición de conocimientos relacionados con atención al RN con AE

2.3.2 Encuesta aplicada a la familia (Anexo 4)

Para la realización de la encuesta se utiliza el cuestionario PPE-33. Se trata de la versión validada en español de Barrio Cantalejo y colaboradores⁷³ del Picker Patient Experience 15 (PPE-15), se crea en el marco de una investigación en la

que participaron casi 63 000 pacientes de cuatro países europeos: Reino Unido, Alemania, Suecia, Suiza y Estados Unidos. Se comprobó que el hecho de incorporar las 15 preguntas en otros cuestionarios de diferente extensión no afectaba la validez de esos cuestionarios.⁷⁴

Por su parte el instrumento PPE-33 está especialmente diseñado para explorar la percepción de pacientes y familiares, sobre el proceso de información y la atención recibida durante el ingreso hospitalario. El instrumento se agrupa en seis dimensiones principales:

Empatía: lo integran los ítems que buscan determinar la capacidad del personal sanitario de responder adecuadamente a la necesidad del paciente y la familia.

Accesibilidad: hace referencia a la capacidad para localizar al personal sanitario cuando se quiere recibir información.

Confidencialidad: grado en el cual se garantiza que la información esté accesible únicamente a las personas autorizadas (en este caso los familiares).

Manejo del dolor: las preguntas están referidas al abordaje del dolor en el RN y la percepción que tiene la familia en torno a este punto.

Trato: busca conocer cómo se estableció la relación médico-enfermera con la familia durante la hospitalización, se hace especial énfasis en la calidad de la información suministrada (respeto, delicadeza y tiempo).

Se incluyó una pregunta abierta, los entrevistados puedan comentar aspectos que les parezcan relevante, este tipo de comentarios facilita comprender las experiencias de la familia y refleja el enfoque inclusivo de la investigación. Para la aplicación de la encuesta se sometió a consulta de expertos y se modificó el

total de preguntas, se eliminaron diez por no ser aplicables en el contexto, para un total de 23 interrogantes adaptables.

La totalidad de las familias aceptaron participar, el número de entrevistados fue de 52 para el 100 % de la solicitud de participación, habitualmente se calcula que las respuestas en este tipo de estudios se sitúan alrededor del 70 %.⁷⁵

En investigación realizada en España por Capdevila y colaboradores en el Instituto Universitario Dexeus de Barcelona "Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal", coinciden con los resultados encontrados en relación a la alta tasa de respuesta y de participación de los padres en la encuesta.⁷⁶

La autora opina que la cooperación de la familia se debe al interés, la repercusión y el deseo de manifestar su opinión y participar en el cuidado del hijo. El 61,5 % responde a la encuesta la madre, 21, 2 % el padre y el 17,3 % las abuelas.

La primera de las dimensiones exploradas: información, resulta especialmente importante para la familia que ingresa el RN en una UCIN. La espera y nacimiento de un hijo son eventos significativos para la pareja, porque fuera de ampliar la familia significa constituirse como padres para el resto de la vida.⁷⁷

Otros autores coinciden en plantear en estas circunstancias, los profesionales de la UCIN desempeñan un papel fundamental para tratar de ayudar a afrontar la situación y facilitar la adaptación de los padres y familias a la nueva situación.^{78, 79}

El 57,7 % refieren recibieron orientación de las normas del servicio y el 84,6 % manifiestan que reciben apoyo al presentar preocupación sobre el estado de salud del RN o el tratamiento recibido. (Tabla 9)

Coinciden al señalar los autores, que la alteración del rol paternal es uno de los factores que tiene mayor repercusión al explicar el grado de afrontamiento de los padres en la UCIN. La experiencia que describen los progenitores es de desilusión, de distancia y la falta de competencia en cuanto a sus tareas como cuidadores.⁸⁰

En Francia, 2016, en el Hospital Universitario de París, un grupo de investigadores determinan la reacción del estrés postraumático en la familia del RN con AE, aplicaron un cuestionario denominado: *The Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire*, describen que el 59 % de la familia presentan el estrés postraumático y es más frecuente en la madre que en el padre, hacen referencia a la ansiedad relacionada con el diagnóstico, la separación y traslado a una UCIN y el proceso de la intervención quirúrgica.⁸¹

La exploración de la dimensión accesibilidad, el 55,8 % refiere que fue fácil acceder al personal de enfermería para explicar las dudas, el 40,4 % manifiesta que prefiere recibir la información en dependencia del momento.

El 84,6 % de los familiares reconocen el acceso a la información de los medicamentos que tendría que tomar su hijo en casa y los posibles efectos secundarios de una manera comprensible. (Tabla 10)

La estadía en el servicio varía y el egreso depende de las complicaciones, las malformaciones asociadas, fundamentalmente cardiovasculares y en ocasiones el RN necesita ser egresado con tratamiento.

López y colaboradores plantean que el RN con AE tiene un amplio rango de variación de estadía en los distintos países y depende del nivel de complejidad de los hospitales, de la edad gestacional al momento del ingreso y los diagnósticos asociados.⁸²

Las interrogantes de la dimensión confidencialidad, 48,1 % reconocen que en las entrevistas les hablaron en voz baja. (Tabla 11)

Al indagar en la dimensión del dolor el 48,1 % consideran que el RN sintió dolor en algún momento y el 71,1 % valoran que el personal de salud hizo todo lo posible para calmar el dolor. (Tabla 12)

En España, 2016, en la Universidad de Cantabria, Ramírez, realiza un estudio de satisfacción de los padres en la UCIN, destaca su valoración acerca del dolor, el 100 % de los casos la familia considera que los profesionales hicieron lo posible por mitigar el dolor.⁸³

En otra investigación ponen de manifiesto la discrepancia en la percepción del dolor y el apoyo a los padres en la aplicación de medidas no farmacológica para su manejo entre el personal de enfermería y los padres.⁸⁴

En España, 2016, Cherchi realiza estudio de evaluación y tratamiento del dolor y estrés en el RN ingresado en la UCIN, los investigadores explican que de 187 registros revisados el 61 % contenía algún procedimiento doloroso diario que conlleva al dolor y/o estrés en el RN.⁸⁵

En el año 2015 en estudio realizado por Carvalho y colaboradores titulado "Dolor en los recién nacidos identificación, evaluación e intervenciones". Plantean que el dolor tiene consecuencias en el RN, estos cambios pueden ser fisiológicos y comportamentales que conducen a un aumento de la mortalidad y la prevención del mismo debe ser fundamental para todos los profesionales.⁸⁶

La dimensión trato, el 63,5 % refieren ser tratados con delicadeza, 73 % plantean que le dedican tiempo en las informaciones y el 92,3 % manifiestan que son tratados con respeto. (Tabla 13)

La complejidad y gravedad de la situación clínica del RN son factores que influyen adicionalmente en la situación a la que se tiene que enfrentar la familia. Por este motivo, es importante y así lo señalan la mayor parte de los expertos, proporcionar apoyo a las familias y una comunicación regular y efectiva.⁸⁷

Resultados de la pregunta abierta

El 25 % pertenecen a otras provincias coinciden en el planteamiento de la creación de centros en su localidad, con la misma calidad de atención al RN con AE.

El 42,3 % de los familiares de otras provincias refieren continuar seguimiento en el Hospital Pediátrico por el grado de confiabilidad que tienen en el personal de enfermería.

En opinión de la autora la mayoría de los familiares refieren satisfacción con los aspectos explorados y están relacionados no solo con los resultados y los

medios diagnósticos utilizados, sino con la calidad en la atención del personal de enfermería y el humanismo reflejado en el resultado de las encuestas.

Principales dificultades identificadas en la encuesta a los familiares

El 36,5 % plantean que en ocasiones se comunican entre los profesionales y no se percatan que las madres se encuentran en el lugar.

El 42,3 % manifiestan que debe existir mayor privacidad en el momento de transmitirles información en relación al estado de salud del paciente.

2.3.3 Cuestionario de conocimientos aplicado al personal de enfermería (Anexo 5)

Se aplicó un cuestionario a la totalidad de los enfermeros que laboran en el servicio de neonatología, con el propósito de determinar el nivel de conocimientos que tienen, relacionado con la atención al RN con AE.

La primera pregunta del cuestionario está relacionada con la definición de la AE, el 28,6 % responde positivamente y el 31 % a la clasificación de los tipos anatomopatológicos y a la función de las sondas transanastomótica con un igual por ciento. (Tabla 14)

Las interrogantes de la subdimensión valoración: en relación al aspecto general del RN al ingresar en la UCIN responde positivamente el 38,1 %, se obtiene el 40,5 % identifica la dehiscencia de la sutura traqueal, 38,1 % registra cuales son las malformaciones asociadas a esta entidad. El 38,1 % valora el cuidado de la sonda de gastrostomía en la AE Tipo I en el postoperatorio.

Las preguntas realizadas en la subdimensión diagnóstico, el 40,5 % relacionan la hipotermia con el traslado de los centros emisores, el riesgo de déficit de volumen de líquidos lo relacionan el 42,9 % con la suspensión de la vía oral.

Las interrogantes realizadas en la subdimensión planificación, el 38,1 % infieren como lograr la permeabilidad de las vías aéreas, es importante valorar solo el 19 % identifican las medidas preventivas para evitar la dehiscencia de la sutura. En la prevención de la extubación endotraqueal el 28,6 % emite el criterio de mantener la ubicación de la intervención quirúrgica.

Las cuestiones abordadas en la subdimensión ejecución, las medidas a implementar para mantener el patrón respiratorio eficaz, 33,3 % y 35,7 % sugieren el cuidado del tubo endotraqueal y mantener en posición semisentado.

La interrogante del cuidado de las sondas transanastomótica para evitar su desplazamiento o salida, el 26,2 % responde correctamente, el 19 % plantea los cuidados en la AE tipo I con los pacientes que poseen gastrostomía.

Por último, las interrogantes de la subdimensión evaluación, el 28,6 % plantea correctamente las actuaciones de enfermería. Es importante señalar que el 21,4 % del personal de enfermería no identifica el resultado deseado para esclarecer la incertidumbre de los padres y familia. El 38,1 % responde adecuadamente al adiestramiento de la madre en el proceso de alimentación por la gastrostomía en el momento que no existan riesgos para el paciente.

Al comparar los resultados obtenidos en el cuestionario de conocimientos con los de la encuesta al personal de enfermería, la autora valora que existe una preparación no adecuada sobre la atención al grupo de RN con AE.

Principales dificultades detectadas en el cuestionario de conocimientos al personal de enfermería:

- limitaciones en los elementos teóricos de la atención del RN con AE, relacionados con la prevención e identificación de complicaciones, así como el diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los cuidados específicos, que inciden en la evolución satisfactoria de la afección.
- limitaciones para orientar e informar a la familia sobre inquietudes e incertidumbre y adiestramiento de la madre en la alimentación por la gastrostomía.
- dificultades en la aplicación de los diagnósticos NANDA, Intervenciones NIC, Resultados NOC y las escalas de evaluación.

2.3.4 Guía de observación aplicada al personal de enfermería (Anexo 6)

La observación de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conductas que se manifiestan. Es el método más utilizado por quienes se orientan conductualmente.

La autora seleccionó las variables a observar específicas y definidas antes de comenzar la recolección de datos, se determinó las circunstancias de la observación: qué y quiénes se iban a observar y por cuánto tiempo, evaluado por medio de los sentidos (datos visuales y auditivos), los observadores registran lo que perciben al seguir las reglas que se aplican invariablemente y

minimizan su efecto sobre las interacciones con los participantes observados, a los observadores se les proporcionó el entrenamiento, así como la realización de la prueba piloto de los observadores (iluminación del entorno, ruidos, lugar donde se colocan los observadores, los instrumentos y la guía de observación). Se demostró la confiabilidad mediante la determinación si los observadores registran coherentemente y de manera similar los mismos eventos:

$$\text{Confiabilidad individual} = \frac{\text{\# de unidades de análisis catalogadas correctamente por el observador}}{\text{\# Total de unidades de análisis}}$$

$$\text{Confiabilidad entre parejas} = \frac{\text{\# Total de acuerdos entre dos parejas}}{\text{\# Total de unidades de análisis observadas}}$$

La confiabilidad determinada fue de un 95%, fueron definidos 20 criterios de observación, las categorías se valoran de muy adecuado, bastante adecuado, adecuado, poco adecuado e inadecuado. Se especifica agregar otras observaciones no pre codificada, por ese motivo se representó en la tabla los códigos si y no, al no registrarse por los observadores otras respuestas.

La aplicación de la guía de observación en el cuidado al personal de enfermería en la atención del RN con AE, la autora pudo constatar las habilidades desarrolladas en la práctica clínica, con un universo de 42 enfermeros, al ser observados 37 para el 88,1 %. (Tabla 15)

Del total de los criterios evaluados, el criterio uno, dos y tres son valorados de muy adecuado, los criterios de observación 5y 13 alcanzaron la categoría

bastante adecuado, mientras el 4 y 19 son adecuados y el 7, 9, 16 y 20 como poco adecuados y valorado de inadecuado el 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 17 y 18.

El primer criterio corresponde a la recepción del RN con la documentación indicada por el centro emisor, se ubica en la categoría de muy adecuado.

El segundo criterio corresponde a la identificación del RN, resulta de una categoría muy adecuado. El tercer criterio corresponde a la interacción con el equipo que realiza el traslado, se ubica en la categoría de muy adecuado. El criterio de observación cuatro, relacionado con la orientación a la madre y familiares sobre las normas del servicio, resulta una categoría de adecuado.

En el análisis de los hallazgos relacionados con el manejo adecuado de su expresión oral y cualidades de la personalidad, se ubica en la categoría de bastante adecuado. La valoración de aspectos psicológicos en la familia, se ubica en la categoría de inadecuado. La identificación de signos de hipotermia, se observa en 20 enfermeros, se ubica en la categoría de poco adecuado.

La identificación de los cuidados según la variedad de AE, se observa en 16 enfermeros, la atención del RN depende del tipo de atresia y del proceder quirúrgico, se ubica en la categoría de inadecuado. En el aspecto relacionado con la colocación en posición correcta, 24 lo realizan, se ubica en la categoría de poco adecuado. La aplicación de los cuidados con la sonda transanastomótica, se observa en 11 enfermeros y evidencia de la dehiscencia de la sutura traqueal se manifiesta en ocho, se ubica en la categoría de inadecuado.

El adiestramiento de la madre en la alimentación por la gastrostomía se observa en 13 enfermeros y la identificación de las necesidades humanas afectadas en el paciente por 10, se ubican en la categoría de inadecuado. La identificación de manifestaciones de dolor en el RN y la valoración de presencia de complicaciones, son ubicados en la categoría de inadecuado.

El criterio 19, observa la toma de decisiones para responder a los problemas en su actuación como enfermero, resulta en la categoría de adecuado. La observación de la constancia en el esfuerzo durante su desempeño profesional, se manifiesta en 22 enfermeros y se ubica en la categoría de poco adecuado.

Principales dificultades detectadas durante la observación:

- el 73 % no valoran aspectos psicológicos en la madre y la familia y el 56,8 % no identifican los cuidados según la variedad de AE.
- el 59,4 % no poseen los conocimientos suficientes para aplicarlos en la atención del RN y el 58,5 % no identifican cuidados fundamentales para la evolución satisfactoria del RN.

2.3.5 Prueba de desempeño antes de aplicado el modelo propuesto (Anexo 7)

Para el análisis de la prueba de desempeño, se utilizó como valoración de las categorías de muy adecuado, bastante adecuado, adecuado, poco adecuada, inadecuada y una escala de likert de cinco puntos. Se tuvo en cuenta 3 dimensiones, 15 subdimensiones y 59 criterios de observación.

La prueba de desempeño permitió constatar lo que el personal de enfermería sabe hacer y lo que en realidad hace. Se consideraron los indicadores declarados en el instrumento.

El índice ponderal en cada subdimensión se determinó mediante la suma de las frecuencias, dividido por el total de los indicadores, redondear el resultado, multiplicar por el valor de la categoría, calcular el índice de la categoría (dividir por el número total de personal de enfermería) y por último sumar los índices de las cinco categorías. Para determinar el comportamiento de las dimensiones se suman el total de los índices ponderales de cada subdimensión. (Tabla 16)

La subdimensión valoración clínica consta de cuatro criterios, de ellos 25 califican en el criterio de adecuado, 35 califican en poco adecuado y en 88 la calificación es inadecuado. El índice ponderal determinado es de 1,56.

La dimensión comportamiento profesional estudia la subdimensión superación que consta de cuatro criterios, frecuencia de dos, califican nueve de adecuado, 11 poco adecuado y 123 califican de inadecuado. El índice ponderal es de 1,26.

La subdimensión toma de decisiones presenta cuatro criterios, con frecuencia de cinco, la calificación de criterio es muy adecuado, 20 adecuado, 23 poco adecuado y 89 de inadecuado. El índice ponderal determinado es de 1,76.

La subdimensión modo de actuación, describe nueve criterios, con frecuencia de 32, la calificación de criterio es muy adecuado, 35 es bastante adecuado, 60 adecuado, 92 poco adecuado y 114 inadecuado. El índice ponderal es de 2,31.

La subdimensión accesibilidad con tres criterios, frecuencia de ocho, la calificación de criterio es muy adecuado, 11 bastante adecuado, 18 adecuado y 46 inadecuado. El índice ponderal determinado es de 2,14. La subdimensión confidencialidad muestra tres criterios, ocho la calificación de criterio es adecuado, 17 poco adecuado y 12 inadecuado. El índice ponderal es de 2,01.

En la dimensión comportamiento humano, la subdimensión comunicación consta de cuatro criterios, con frecuencia de 23, la calificación de criterio es muy adecuado, 26 es bastante adecuado, 30 adecuado, 41 poco adecuado y en 28 la calificación es inadecuado. El índice ponderal determinado es de 2,8.

La subdimensión información lo componen dos criterios, en 19 la calificación de criterio es adecuado, 21 adecuado y 34 inadecuado. El índice ponderal determinado es de 1,78.

La subdimensión manejo del dolor con tres criterios, se determina en 27 la calificación de adecuado, 32 adecuado y 52 inadecuado. El índice ponderal determinado es de 2,01.

La subdimensión trato lo integran cuatro criterios, en 30 la calificación es adecuado, 50 poco adecuado y 68 inadecuado. El índice ponderal es de 1,72.

En la dimensión necesidades humanas básica, la subdimensión valoración presenta cuatro criterios, con frecuencia de cinco, la calificación de criterio es muy adecuado, 11 bastante adecuado, 20 es adecuado, 23 es poco adecuado y 89 la calificación es inadecuado. El índice ponderal es de 1,76.

La subdimensión diagnóstico consta de cuatro criterios, con frecuencia de dos, en tres es bastante adecuado, 10 adecuado, 24 poco adecuado y en 109 la calificación es inadecuado. El índice ponderal determinado es de 1,39.

La subdimensión planificación con cuatro criterios, con frecuencia de dos, la calificación de criterio es muy adecuado, tres bastante adecuado, 11 poco adecuado, nueve adecuado y 123 inadecuado. El índice ponderal es de 1,26.

La subdimensión ejecución con una presentación de dos criterios, en 19 la calificación de criterio es adecuado, 21 poco adecuado y 34 es inadecuado. El índice ponderal determinado es de 1,78.

La subdimensión evaluación con cinco criterios, en 30 la calificación es adecuado, 43 poco adecuado y 112 inadecuado. El índice ponderal es de 1,55.

Principales dificultades detectadas durante la prueba de desempeño: no se realizan cursos de superación:

- dificultad en la aplicación del PAE.
- dificultades en algunos profesionales para establecer una comunicación con claridad en el momento de transmitir la información.

2.4 Inventario de problemas y potencialidades

(...) la triangulación es un término originariamente usado en los círculos de la navegación por tomar múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida. Campbell y Fiske, son conocidos en la literatura como los primeros que aplicaron en 1959 la triangulación en la investigación.⁵¹

Se asume convencionalmente que la triangulación es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto, es conveniente concebir la

triangulación envolviendo variedades de datos, investigadores y teorías, así como metodologías.⁵¹

La triangulación metodológica como el procedimiento utilizado para interrelacionar los datos, a partir de los resultados identificados en el diagnóstico de entrada realizado a los RN con AE, el personal de enfermería y familia, para ver el estado actual del cuidado de enfermería del RN con AE del Hospital Pediátrico Provincial Universitario “Octavio de la Concepción de la Pedraja”.

Se utilizó la triangulación a través del empleo de diversas fuentes de información, el trabajo y análisis cruzado entre varios investigadores y la utilización de varios métodos para recabar los datos. El proceso de análisis sistémico de los resultados de los instrumentos aplicados, permitió llegar a la caracterización del cuidado del RN con AE. (Anexo 8)

El inventario de problemas se clasifica y jerarquiza según las dimensiones identificadas durante el proceso de parametrización en comportamiento profesional, comportamiento humano y necesidades humanas básicas.

Mediante la triangulación de instrumentos de recolección de datos y la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas se logró la tipificación, desde distintos ángulos, de componentes que permiten particularizar características de la atención del RN con AE y la familia. El proceso de triangulación metodológica permitió llegar al siguiente inventario de problemas:

- escasa planificación de la preparación del personal de enfermería en temas relacionados con los cuidados en la AE según la variedad.

- no es suficiente la motivación del personal de enfermería para desarrollar actividades de superación de manera espontánea y son insuficientes los conocimientos recibidos en el pregrado en relación a la atención del RN con AE.

- limitados conocimientos para la orientación de la familia en el afrontamiento a la nueva situación de un hijo con una malformación congénita.

- deficiente aplicación del PAE y la taxonomía NANDA, intervenciones NIC, resultados NOC y las escalas de evaluación en algunos profesionales.

En el proceso de caracterización del cuidado del personal de enfermería, se determinaron potencialidades identificadas con la aplicación de los instrumentos antes analizados, estas son los siguientes:

- el personal de enfermería del servicio de neonatología es exponente fehaciente de calidad humana.

- excelentes relaciones interpersonales entre el equipo multidisciplinario.

- estabilidad del personal que labora en el servicio.

Los resultados posibilitaron reconocer el estado del cuidado de enfermería en la atención del RN con AE, que no logra satisfacer las exigencias de la familia y la sociedad, donde se integren aspectos clínicos, epidemiológicos, humanista e incluso elementos que se convierten en punto de partida para modelar estratégicamente el proceso de desempeño del personal de enfermería.

Conclusiones parciales del capítulo

Se determinaron las dimensiones, subdimensiones e indicadores sobre la variable que se investiga, que posibilitó el hallazgo de los métodos del nivel empírico acerca del comportamiento de la atención del RN con AE.

El inventario de problemas identificados desde la triangulación metodológica realizada a los resultados analizados de los instrumentos aplicados posibilitó reconocer el estado en que se encuentra el cuidado de enfermería del RN con AE, que no logra satisfacer las exigencias que la sociedad cubana espera, elemento que se convierte en punto de partida para la búsqueda de acciones que permitan un cuidado integral.

CAPITULO III MODELO PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL RECIÉN NACIDO CON ATRESIA ESOFÁGICA

En el capítulo se muestran los resultados de la sistematización teórica realizada, a continuación se refieren los fundamentos del modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE. A partir de las dimensiones identificadas en el proceso de modelación, se profundiza en la estructura del modelo y la salida a la práctica a través de las acciones educativas a realizar por el personal de enfermería para su implementación. Culmina el capítulo con la valoración de los resultados obtenidos, después de la ejecución en la práctica del modelo propuesto.

3.1 Proceso de modelación

La modelación se reconoce como un método científico capaz de penetrar en cualquier área cognoscitiva y transformadora del hombre. En la literatura especializada, se aborda como un método que opera en forma práctica y teórica con un objeto, a través de la utilización de un sistema intermedio auxiliar o natural. Shtoff plantea "Por modelo se entiende un sistema concebido mentalmente, que, reflejado el objeto de la investigación, es capaz de sustituirlo de modo que su estudio nos dé nueva información sobre dicho objeto".⁸⁸

Pérez señaló que “El modelo es un una representación simplificada de la realidad, que cumple una función heurística, porque permite descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto” ⁸⁹, mientras que en el año 2007 Valle define el modelo científico como “(...) la representación de aquellas características esenciales del objeto que se investiga, que cumple una función heurística, ya que permite descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto de estudio con vistas a la transformación de la realidad”. ⁹⁰

La modelación puede entenderse según Wussing, citado por Valle en el año 2010; como “la reproducción de las propiedades del objeto que se investiga en otro análogo que se construye según determinadas reglas. Para construir un modelo es necesario que exista cierta analogía entre las partes y los procesos del objeto y del modelo.” ⁹¹

Añorga citado por Lazo, 2008, plantean que al referirse a los modelos de investigación, deberán cumplir con varias características “(...) constituyen una representación que esquematiza la realidad, lo que permite adentrarse en su estudio; debe ser operativo y más fácil de estudiar que el propio fenómeno en sí, puede agrupar en un mismo fenómeno varios modelos y viceversa, sus variables, relaciones y constantes se interpretan a partir de una teoría científica”. ⁹²

La autora asume que los modelos de enfermería tienen una doble significación, por una parte, son la representación de una realidad que se denomina hecho enfermero y por otra parte, son propuestas para llevar a cabo. En este sentido

se puede afirmar que los modelos nos muestran qué es la enfermería y al mismo tiempo, nos permiten desarrollar el contenido disciplinar de enfermero.⁹³

Algunas enfermeras han clasificado los modelos y teorías de enfermería con el objetivo de organizarlos y hacerlos operativos. Marriner y Alligood recogen en su libro sobre modelos y teorías una clasificación de los modelos en cuatro categorías: Tendencia humanista, Tendencia de relaciones interpersonales, Tendencia de sistemas, Tendencia de campos energéticos.⁹⁴

La propia Ann Marriner, junto a Raile Alligood, agrupa los modelos en tres grandes categorías: Filosofías, Modelos conceptuales, Teorías de Enfermería. En el año 2007, añaden una cuarta categoría: las teorías Intermedias.⁹⁴

Kerouac define seis tipos de escuelas de pensamiento:⁹⁵ Escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseables, de la promoción de la salud y Escuela del ser humano unitario y el caring.

Un modelo conceptual identifica y define los factores o fenómenos que intervienen en una situación de enfermería y describe su relación. Es preteórico y se deriva en gran medida de observaciones empíricas no sistematizadas y de la inducción.⁹⁶

Un modelo teórico, por otra parte, representa la relación de teorías que han sido comprobadas empíricamente por la investigación. El modelo teórico se construye a partir de la investigación empírica y de teorías establecidas.⁹⁷

A partir de la prueba de un modelo en la práctica y el análisis de sus resultados emergen las teorías de enfermería, de forma que contribuyen a “adquirir

conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos”.⁹⁴

Los modelos y su posible transformación en teorías tienen un significado clave en el desarrollo de la disciplina y a su vez, forman parte de la práctica. La incorporación de un modelo de enfermería a la práctica de la profesión deberá hacerse desde el análisis de la realidad donde vamos a implantarlo.⁹⁶

Para la enfermería el cuidado del RN con AE ha de constatar con elaboración de un modelo en la práctica contextual para la atención integral y humanizada del paciente y la familia.

La autora define modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE como: la representación metodológica y estandarizada de los cuidados, que guía la aplicación de las mejores prácticas a través de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería, al considerar al paciente y la familia como eje central del cuidado, desde un enfoque clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo en la atención de enfermería del RN con AE según la variedad y características fisiopatológicas.

En el modelo propuesto, la autora comienza por realizar la sustentación y fundamentación desde diferentes ciencias, luego, estructura las definiciones conceptuales, afirmaciones teóricas, fases y acciones que lo conforman y finalmente establece las formas de constatar su viabilidad.

3.2 Fundamentación del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica

La elaboración del modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE se fundamenta mediante la construcción de conocimientos de enfermería, que permite posteriormente realizar el proceso de confección. La estructura jerárquica propuesta por Fawcett se organiza en cuanto a su grado de abstracción de mayor a menor; al ser el metaparadigma el componente de mayor abstracción, seguido por la filosofía, los modelos conceptuales y las teorías.⁹⁸

Metaparadigma: representa el mayor grado de abstracción, proporciona los parámetros generales o conceptos globales del campo de la disciplina para dirigir su desarrollo. Establece los puntos comunes de la disciplina de enfermería para explicar, explorar o establecer las relaciones entre los fenómenos de su competencia.⁹⁹

Según Fawcett todos los modelos conceptuales se encuentran vinculados entre sí a través de cuatro conceptos identificados como: persona, entorno, salud y cuidado de enfermería; al ser éstos conceptualizados de manera específica por enfermeras teorizadoras para dar lugar al llamado modelo conceptual.⁹⁸

Para Fawcett los conceptos del metaparadigma aglutinan estas funciones: identifican un dominio que se diferencia de otras disciplinas. Encapsulan todos los fenómenos de interés de la disciplina de una forma parsimoniosa. Proponen una perspectiva neutral. Los conceptos no reflejan una perspectiva filosófica predeterminada. Son internacionales en sustancia y amplitud. Los cuales se logran solo si los conceptos y proposiciones no reflejan propuestas nacionales, étnicas, o tienen orientaciones valorativas o culturales.

Para alcanzar el objetivo propuesto es necesario abordar desde una perspectiva holística los elementos del metaparadigma en la atención del RN con AE:

Salud: Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos la compara con la independencia, la considera como una filosofía humanista, en la que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales que utilizan para lograr la independencia y satisfacción de sus necesidades, a fin de mantener en estado óptimo la propia salud.

Al seguir la interpretación de Henderson sobre la salud y desde un enfoque operacional para la enfermería, define la salud como un estado dinámico y subjetivo en que la persona no tiene necesidades que cubrir, ni tampoco deterioros reales o potenciales respecto de sus dimensiones biofisiológica, psicológica, sociocultural y espiritual. ¹⁰⁰

Florence Nightingale imaginaba la salud como un estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno y llamó a esta idea "Enfermería de la salud" para distinguirla de la atención a pacientes enfermos en pos de su recuperación o, al menos, de la mejora de sus condiciones de vida hasta la muerte. ⁵⁰

Para el personal de enfermería que labora en el servicio de neonatología la salud adquiere un concepto global, ya que es tanto un estado como un proceso.

La autora determina que la concepción total debe incluir no sólo a la ausencia de enfermedad sino que debe contemplar las percepciones del personal de

enfermería, los valores y las creencias de los familiares. El RN y la familia han de alcanzar el bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

Persona: Virginia Henderson considera en sus escritos como individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad, influible por el cuerpo y por la mente. Tiene necesidades básicas que cubrir para su supervivencia.

La autora valora que el concepto de persona debe de integrar además a la familia a la que pertenece el RN, que debe ser atendido desde un enfoque holístico humanista, como ser biosicosocial, espiritual y cultural.

Entorno: aunque Henderson no da su propia definición del ambiente, sí aparece en sus escritos y es el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente, se refiere a él como algo estático. Se trata de factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. Sin embargo, en escritos recientes, habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

La autora reconoce que el entorno donde se desarrolla la investigación aglutina la organización del trabajo, las relaciones con los compañeros que conforman el grupo humano y los familiares. El personal de enfermería que brinda cuidados al RN con AE, posee la capacidad para transformar el entorno de una manera racional y metódica, conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura, humedad, luz, calor y ruido al actuar de manera consecuente.

El entorno neonatal no es solamente el espacio físico, es la experiencia de salud del RN y la familia integrados en un aspecto contextual, histórico y situacional, a lo largo de la internación, numerosas agresiones amenazan la integridad del RN, es necesario ejercer cierto control sobre el entorno, a fin de prevenir o defender al RN de los peligros, como disminución de los ruidos, seguridad de las incubadoras, la disminución del riesgo de lesiones en el paciente por caídas o procedimientos, se debe valorar todos los aspectos que propicien la seguridad del paciente y evitar la ocurrencia de eventos adversos.

Cuidados: Virginia Henderson conceptualizó la función propia de la enfermería, que consistía en atender a la persona sana y enferma en sus actividades, para contribuir a su salud o recuperación y las que realizan, si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

En la actualidad el conocimiento científico alcanzado, hace posible responder a las necesidades de los RN, con el objetivo de dirigir cuidados específicos, como lo constituye el personal de enfermería que labora en la UCIN al contar con los conocimientos teóricos-prácticos, científicos que le permitan brindar cuidados de calidad al RN, basados en evidencias, al tener en cuenta el entorno, como sustento en la prevención e identificación de necesidades específicas y de incluir a la familia en el proceso salud enfermedad.

El personal de enfermería que brinda cuidados al RN con AE, actúa con sólidos conocimientos, sentimientos, valores, los cuales se expresan a través del

lenguaje, actitudes, contacto terapéutico, empatía, hermenéutica de la experiencia y basados en el cuidado holístico en la interpretación de las totalidades humanas, culturales y religiosas de la familia.

Conforme a la manera concreta con la que las enfermeras abordan la relación entre cuidado, persona, salud y entorno se clarifica el campo de la disciplina enfermera. Estos conceptos forman una estructura de base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar.¹⁰¹

Relaciones entre los elementos del metaparadigma

La autora valora que los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno son dinámicos que se perfeccionan con el tiempo y contexto, en función de las influencias científicas, sociales, políticas, económicas y culturales de cada sociedad y que para la contribución de la enfermería al cuidado del RN con AE de manera aislada no son suficientes, por lo que establece la relación particular entre los conceptos.

El papel del personal de enfermería en la atención del RN es proporcionar cuidados de calidad, contribuir a la educación de la familia, modificar el entorno siempre que lo crea necesario. En relación a la madre, el entorno, posibilita la realización de aprendizajes básicos necesarios para el proceso alimentación, manipulación y observación para la continuidad de los cuidados una vez egresado el RN. La autora integra a su vez, dentro del concepto de cuidado, la responsabilidad social de la familia en el mantenimiento de la salud del RN. (Relación cuidado-persona-salud-entorno).

La autora estima que elaborar un marco teórico que contenga los elementos del metaparadigma es garantía de una práctica eficaz y constituyen el núcleo de la relación entre el paciente, personal de enfermería, familia, equipo multidisciplinario, las acciones de enfermería y el ambiente dentro del cual se lleva a cabo el PAE y el estado de salud del RN.

Filosofía: corresponde al segundo componente en la estructura jerárquica del conocimiento. Riehl concibe a la Filosofía como la búsqueda para la comprensión de la naturaleza humana, con sus realidades, significados, valores y normas de conductas en la medida en que éstos se relacionen con la naturaleza de las sociedades y la educación.¹⁰²

La epistemología y la ética son áreas de estudio que abarcan la Filosofía las cuales se centran en la búsqueda de la verdad, en la comprensión y significado de los fenómenos observados a través de análisis, razonamiento, argumentación lógica y no de métodos empíricos.⁹⁹

En el área de la Ciencia de la Enfermería se han identificado tres corrientes filosóficas o paradigmas imperantes en el momento histórico en que fueron analizadas. El Paradigma de categorización, el Paradigma de integración y el Paradigma de transformación.⁹⁵

Paradigma de la categorización: los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.⁹⁵ Ha inspirado dos orientaciones en la profesión de enfermería: una orientación central en la salud pública, que se

interesa tanto en la persona como en la enfermedad. Otra orientación centrada en la enfermedad y muy unida a la práctica médica.⁹³

Paradigma de la integración: los modelos y teorías de enfermería ponen de manifiesto un interés por la persona, de manera que ésta se convierte en el centro de la práctica enfermera.⁹⁵

Paradigma de la transformación: representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de equilibrio, la interacción de fenómenos complejos se percibe como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Desde la perspectiva de este paradigma, un fenómeno es único y por tanto, no puede parecerse totalmente a otro, algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente.⁹⁵

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la Ciencia de la Enfermería hacia el mundo; ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina de Enfermería; los trabajos de Newman, Parse, Rogers o Watson quedan enmarcados dentro de este paradigma.⁹³

El análisis anterior permite reconocer el carácter transformador del modo de actuación del personal de enfermería en la atención del RN con AE, desarrollado ininterrumpida y progresivamente, por cambios cuantitativos y cualitativos que son inducidos de forma sistémica, consciente, planificada e integrada, desde la participación del personal de enfermería en la labor dirigida a la promoción y prevención de complicaciones.

Modelos conceptuales: comprenden el tercer componente de la jerarquía de los conocimientos. Son sinónimos de estructura conceptual, sistema conceptual,

paradigma y matriz disciplinaria. Resultan menos abstractos que el metaparadigma, pero, a su vez, más complejos y generales que las teorías.

Los modelos conceptuales hacen referencia a imágenes mentales vinculadas a los fenómenos de interés de una disciplina que se expresan mediante palabras o términos descriptivos y proporcionan características para objetos, personas o acontecimientos. Al orientar la práctica de la enfermera y facilitar una descripción de su meta, su rol o de las actividades de cuidado.⁹⁹

El nexo de unión entre los diferentes modelos de enfermería son los elementos que los integran:¹⁰³

1. asunciones científicas o postulados. Son las afirmaciones teóricas sobre la persona, entorno, la salud y el rol de enfermería y simbolizan 'el cómo' sobre el que descansa el proceso de cuidar (queda argumentado en el metaparadigma).
2. asunciones filosóficas o valores. Refleja las creencias de la familia, las metas de los profesionales y simbolizan 'el por qué' del modelo teórico.
3. elementos. Describen las categorías implicadas en el proceso de cuidar, corresponde al 'qué' del modelo y en cada uno de ellos se hacen orientaciones específicas que orientan la adopción en la práctica. Los elementos de un modelo son: la meta o el fin de los cuidados. El sujeto. Foco de la intervención de enfermería y resultados en el acto de cuidar.

Para realizar dicha valoración es necesario llevar a cabo recogida de datos que contemple la utilización de modelos de cuidados que permitan concretar la información y ayudar a mantener el objetivo a lo largo de todo el proceso de la

investigación para la cual se utiliza como sustento la teoría de Virginia Henderson.

Teorías de enfermería: constituyen el cuarto componente de los conocimientos contemporáneo de enfermería, de manera que son menos abstractas que los modelos conceptuales, pero a su vez, más complejos que los indicadores empíricos. Simbolizan el conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan un punto de vista sistemático acerca de los fenómenos, indican interacciones específicas entre los conceptos. ¹⁰⁴ Las teorías se componen de diversos elementos: las metas, conceptos, definiciones, relaciones, estructuras y los supuestos. ⁹⁹

- Meta: son los propósitos generales para los cuales se crea la teoría y propone los límites de los eventos a los cuales aplica.

La meta de este trabajo es elaborar un modelo teórico para el cuidado de enfermería del RN con AE en el contexto cubano. Para alcanzar dicha meta se propone un modelo teórico, que utiliza, por una parte, los conceptos teóricos extraídos mediante la investigación historiográfica de los marcos conceptuales publicados a nivel internacional y los autores que aportan al desarrollo de las bases epistemológicas de la Ciencia de la Enfermería en Cuba y por otro lado, las dimensiones, subdimensiones y categorías emergidos a lo largo del análisis.

- Conceptos: se identifican en la investigación mediante términos que representan objetos, propiedades o eventos dentro de la teoría.

- Definiciones: vistos en el estudio de manera explícito o implícito para clarificar el sentido de un concepto.

- Relaciones: proveen una visión de los enlaces o vínculos entre los conceptos y pueden tomar diferentes formas.

Los modelos consultados en la bibliografía del contexto cubano se nutren de la especialización de otros modelos previos y establece las relaciones entre ellos como: Florence Nightingale, Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Myra Estrin Levine, Patricia Benner, Madeleine Leininger, Joyce Fitzpatrick, Dorothea Orem.

- Estructura: se conforma al integrar los presupuestos teóricos, el criterio de los expertos y los aportes de la investigadora.

- Supuestos: son aquellas verdades aceptadas y básicas que fundamentan el razonamiento teórico. La autora en análisis profundo de aspectos considerados relevantes para la comprensión del conocimiento determina cinco supuestos:

Supuesto 1. El modelo propuesto presenta como elemento nuclear la relación entre los cuidados de enfermería según la variedad de AE y el PAE. Si bien dicha relación debe estar compuesta por otras actividades, como la atención con un enfoque clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo en la atención integral del RN y la familia. Los principios rectores de la relación entre el personal de enfermería y la familia son la confianza, el respeto y la confidencialidad.

Supuesto 2. A su vez el personal de enfermería puede actuar, mediante su labor en el RN, la familia y el entorno, mediante una adecuada elaboración del

PAE, tiene la tarea de empoderarse de conocimientos para poder erigirse en un vector de cambio de modos de trabajo, mediante una adecuada promoción y educación de estilos de vida saludables y diferentes en el RN y la familia.

Supuesto 3. Por su parte, el personal de enfermería se integra a una unidad multidisciplinaria donde debe trabajar de manera coordinada y en equipo, debe conocer su rol profesional, de manera que aporte a la concepción holística del cuidado del RN, al incluir en su quehacer diario los avances de la investigación científica y construir a su vez al conocimiento enfermero.

Supuesto 4. Los resultados obtenidos en esta investigación apuntan hacia una nueva concepción de la atención del RN con AE. Esta se aleja de las actividades generales del cuidado del RN y se abre hacia un nuevo marco conceptual. Este nuevo campo permite la posibilidad a la enfermería que labora en los servicios de neonatología de desarrollar plenamente sus capacidades en la búsqueda de una atención de calidad, que se adapta a los riesgos presentes en el entorno y sea responsable de sus funciones.

Supuesto 5. Los organismos nacionales e internacionales han apostado, desde hace años, por el fomento de entornos generadores de salud. Es la oportunidad de la enfermería neonatal de lograr una marcada evolución profesional al proporcionar un entorno seguro al RN, la familia y hacerlo desde un enfoque holístico, humanista e inclusivo.

En el estudio la autora realiza la construcción de la teoría a través de la investigación, se apoya y retroalimenta de otras teorías de enfermería, una

fueron una fuente importante de desarrollo de la teoría es la investigación cualitativa producida por los Doctores en Ciencias en Cuba.

La autora considera que el análisis realizado de la estructura jerárquica de la construcción del conocimiento de enfermería, justifica la necesidad de elaborar un modelo de enfermería aplicable al contexto cubano que contemple la realidad socio-laboral de nuestro entorno desde una visión holística con un enfoque clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo.

3.3 Estructura del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica

Desde los presupuestos teóricos explicados en el epígrafe, se diseña el modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE como resultado del estudio de la bibliografía revisada sobre el tema, los criterios del personal de enfermería de alta especialización y los aportes de la investigadora.

Para validar la aplicación del modelo se realizó un cuasiexperimento en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín, que tuvo una fase inicial correspondiente al diagnóstico, la que fue seguida por la aplicación del modelo y finalmente su validación.

Los indicadores de conocimientos fueron evaluados al inicio y después de aplicado el modelo con una muestra de 42 enfermeros que laboran en el servicio de neonatología de ellos ocho enfermeros Especialistas en Materno Infantil, con verticalización en neonatología, 29 Licenciados en Enfermería y cinco Técnicos Medios con Postbásico en neonatología que representan el total de enfermeros.

3.3.1 Modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica (anexo 9 algoritmo)

Objetivo general: favorecer los resultados en el proceso del cuidado de enfermería del RN con AE.

El modelo que se propone tiene como premisas:

- estrecho vínculo entre el servicio de neonatología y el sistema sanitario.
- el estudio de la atención del RN quirúrgico como un recurso para favorecer la atención de enfermería.
- existencia de una base de datos automatizada de los registros de los neonatos quirúrgicos de 23 años, llevada por la autora de la investigación.
- condiciones estructurales adecuadas, dadas por la existencia del quirófano en la misma UCIN que posibilita una mayor calidad en los procesos asistenciales y el seguimiento del RN.

Requisitos para la aplicación del modelo: se necesita de la interrelación con los centros emisores. Apoyo de la Dirección Provincial de Salud (Sección de Enfermería) y de los Asesores de enfermería del Programa de Atención Materno Infantil. La atención al RN con AE se realice por personal altamente especializado. Los enfermeros y docentes conozcan el modelo para la atención al RN con AE.

Características del modelo

Objetivo: la aplicación del modelo se adecua con las condiciones concretas de cada momento. En sus diferentes etapas se conciben actividades que parten

de las necesidades de orientación reales que se obtienen del diagnóstico del desempeño del personal de enfermería para a la atención del RN con AE.

Formativo: las actividades diseñadas se precisan con claridad qué hacer, cómo hacerlo, para qué y cómo controlarlo, lo que favorece la autonomía del personal para los que fue diseñada, los pone en condiciones de asumir una posición de éxito y una actitud transformadora en relación con la labor que realizan.

Actualizado: el diseño de las actividades de orientación está en correspondencia con las orientaciones dadas por el MINSAP, de la Resolución Ministerial no. 396 que aprueba y pone en vigor las regulaciones de la práctica de enfermería.

Sistémico: predominan las relaciones que se manifiestan entre el modelo para el mejoramiento del desempeño del personal de enfermería en el seguimiento del RN con AE y las actitudes, conocimientos y valores en el contexto laboral.

Viable: no está exenta de sufrir cambios, una vez que se ejecute en la práctica y se aplique en diferentes contextos, pues las actividades que se conciben, tienen la posibilidad de adecuarse en correspondencia con las dificultades más urgentes a resolver en la calidad de la atención.

Al tener en cuenta la revisión de la literatura sobre el tema, los criterios del personal de enfermería de alta especialización y los aportes de la autora se elabora el modelo.

I- Primera etapa: diseño de las acciones y presentación del modelo.

II- Segunda etapa: implementación del modelo.

III- Tercera etapa: evaluación del modelo.

I- Primera etapa: diseño de las acciones y presentación del modelo

Objetivos: 1. Modelar las acciones que conforman del modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE.

Presentar las etapas del modelo.

Acciones: garantizar la preparación del personal de enfermería para el mejoramiento profesional humano y la calidad de los servicios prestados a los RN con AE.

- Propuesta de las formas académicas de postgrado: Diplomado " Atención de enfermería del neonato quirúrgico ", taller, conversatorio y conferencia.

- Intercambio de experiencias y el debate entre el personal de enfermería que brindan cuidados al RN con AE.

- Actuar de enfermería apoyado en el Protocolo de atención de enfermería del RN con AE elaborado por la autora. Para la confección del mismo se realizó una búsqueda actualizada del tema, del PAE, de las teorías y modelos, referenciados para la utilización. ¹⁰⁵⁻¹²⁸

El protocolo consta de los siguientes elementos: definición, embriología, incidencia, diagnóstico, malformaciones asociadas, tipos de AE, recepción cuidados de enfermería según la variedad y proceder quirúrgico realizado, diagnósticos NANDA, NIC, NOC.

Presentar las etapas del modelo

I-Explicar el modelo al personal de enfermería, médico y docente. Directora del Hospital, Departamento de Enfermería, Funcionarios del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) y otros decisores.

Evaluación. Valoración de la calidad el modelo para realizar ajustes y modificaciones.

II- Segunda etapa: implementación del modelo.

Objetivo: ejecutar en la práctica el sistema de acciones modeladas.

Acciones: desarrollar en la práctica todo el sistema de acciones modeladas. En este paso se definen las variables que son necesarias para comprobar la validez, alcanzar los objetivos y cumplir las tareas de la investigación.

Variable dependiente: desempeño del personal de enfermería en la atención del RN con AE.

Variable independiente: las acciones que conforman el modelo.

Variables ajenas: servicio con las condiciones para introducir la variable independiente.

- Motivación de los directivos y otros decisores en el logro de una mejor atención del RN con una afección de alta letalidad.

- Interés del personal de enfermería para lograr modos de actuación más efectivos en su medio profesional.

Instrumento de implementación del modelo

La aplicación del PAE, es una herramienta metodológica y consta de cinco etapas. ¹²⁹

Valoración: constituye la primera de las fases establecidas en el proceso de la metodología de enfermería y que siempre debe realizarse en la atención de los cuidados. Tiene como finalidad la obtención de la información sanitaria que le permita al profesional emitir un juicio clínico general sobre la efectividad de los cuidados basado en el análisis de la misma.

Diagnóstico: al que se llega mediante el análisis y la interpretación de los datos, constituye la segunda de las fases en el orden establecido para el desarrollo del proceso, por lo que sólo puede ser abordada una vez finalizada la fase de valoración, y siempre en consonancia con los resultados obtenidos en la misma.

En esta fase el personal de enfermería debe delimitar de manera específica el problema o situación de cuidados existente mediante la emisión de un juicio clínico concreto a través de los diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería definen cuadros clínicos completos con entidad propia que han sido definidos a través del estudio, la investigación y sirven de ayuda para predecir la evolución del proceso, su gravedad y forma de realizar su abordaje de la manera más eficiente.

Planificación: es la respuesta del personal de enfermería para poder satisfacer las necesidades de la persona. Constituye el tercer paso dentro del proceso de la metodología de enfermería, por lo que no puede abordarse sin haber completado las dos anteriores. En esta fase y una vez delimitado el problema y conocidas sus características clínicas, se fijan las metas de salud a conseguir con la aplicación de las medidas de cuidados, intervenciones; así como el nivel

de consecución deseable en función de la realidad y las posibilidades existente.

Ejecución: es la cuarta fase del proceso general de la metodología de enfermería, cuyo abordaje se realiza una vez planificados los resultados e intervenciones del plan de cuidados. Se trata de la fase de acción del proceso, donde el personal de enfermería selecciona y ejecuta las medidas terapéuticas necesarias para controlar, mejorar o resolver la situación de salud definida. Estas medidas terapéuticas se denominan intervenciones de enfermería y constituyen el tratamiento de enfermería.

Evaluación: es la quinta y última fase del proceso, realmente es una fase que se desarrolla de manera continuada a lo largo de todas las fases del mismo, por lo que tiene una relación directa con todas ellas. Consiste en la apreciación de los resultados obtenidos y actualización de todo el proceso.

En la búsqueda de una integración metodológica, en la década de 1970, Marjory Gordon elaboró un sistema de recogida de datos basado en 11 Patrones Funcionales de Salud, su uso se ha extendido por todo el mundo, y es utilizado de manera mayoritaria para llevar a cabo la valoración previa a la formulación de Diagnósticos de Enfermería¹³⁰. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)¹³¹ Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NOC (Nursing Outcomes Classification)¹²⁸ Clasificación de Resultados de Enfermería y NIC (Nursing Intervention Classification)¹³² Clasificación de las intervenciones de Enfermería.

NANDA: es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería.

NOC: se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, al utilizar la escala tipo Likert.

NIC: es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

Vías: introducción de la variable independiente.

Introducción de las acciones de enfermería propuestas al fortalecer el PAE con los diagnósticos NANDA, NIC, NOC. Discusiones de grupos: en la entrega de guardia de enfermería referente a la atención individualizada del RN con AE. Atención sistemática a los modos de actuación de los enfermeros. Atención diferenciada con el personal de enfermería que tengan mayores dificultades. Realizar evaluaciones sistemáticas y parciales al desempeño de enfermería.

III- Tercera etapa: evaluación de la metodología.

En esta etapa se realiza la caracterización del seguimiento del modelo propuesta e impacto de la variable cuidado de enfermería del RN con AE para su evaluación. La evaluación del seguimiento del modelo propuesto será responsabilidad de los directivos de enfermería del servicio de neonatología, preparado de manera conjunta con la autora de la investigación.

Para la evaluación de los efectos del modelo propuesto del personal de enfermería, se propone utilizar los instrumentos para evaluar el impacto que ofrece la metodología propuesta por Añorga.¹³³ Para lo cual, se tendrán en cuenta las siguientes etapas:

Primera subetapa: conocimientos del efecto del impacto

Acciones a desarrollar: análisis de los documentos rectores (Resoluciones, Programa de pediatría, Bases Conceptuales, Perfil del egresado, evaluaciones del desempeño profesional y Programa Atención Materno Infantil).

Segunda subetapa: determinación de las posibilidades de evaluación

Acciones a desarrollar: identificación de los efectos transformadores que permitirá la implantación del modelo.

- Proceso de colaboración con el Departamento de enfermería del Hospital Pediátrico Provincial y la Facultad de Enfermería "Arides Estévez".

El modelo propuesto se establece un trabajo conjunto entre Hospital Pediátrico y la Facultad de Enfermería, en la preparación del personal de enfermería y la responsabilidad de las instancias, mediante las acciones siguientes:

- selección de los objetos a evaluar y determinación de cortes parciales para el análisis de los posibles efectos del objeto evaluado.

- realizar intercambios entre los involucrados, considerar los recursos materiales necesarios para llevar a cabo la evaluación. Utilización del modelo para el cuidado de enfermería del RN con AE.

Para el control de la ejecución de cada una de las etapas del modelo propuestos a partir de la evaluación de su seguimiento, se realizan acciones

que permitan evaluar los resultados obtenidos: determinación de las necesidades que se pretenden satisfacer y selección de los agentes evaluativos de acuerdo con las partes interesadas.

Tercera subetapa: delimitación de los objetivos de la evaluación de impacto

Acciones a desarrollar:

- establecimiento de indicadores.
- determinación de los aspectos sociales que se pretende solucionar, tiempo necesario para determinar sus efectos positivos. Transformaciones o cambios que se esperan lograr, tiempo, lugar; posterior a la implantación del modelo propuesto.

Cuarta subetapa: diseño de la evaluación de impacto

Acciones a desarrollar:

- comprobar la correspondencia entre lo que se ofrece al personal de enfermería y sus necesidades.
- establecer juicios de valor a partir del análisis de las acciones de las etapas anteriores con el sistema de indicadores. Elaborar instrumentos, así como determinar la metodología a emplear para el procesamiento de la información.
- analizar y comprobar las partes interesadas. Establecer el diseño de evaluación de impacto.

Quinta subetapa: recolección y análisis de la información hasta la elaboración del informe.

Acciones a desarrollar: recogida y análisis de la información. Reajuste del modelo propuesto posterior a su aplicación. Elaboración del informe y

valoración de los resultados con todos los implicados, para determinar el impacto social del modelo que permitan el mejoramiento profesional y humano, así como la calidad de los servicios prestados al RN con AE.

- Vías para la implementación del modelo propuesto.

Con vista al mejoramiento profesional y humano, así como los servicios prestados al RN con AE, es necesario tener en cuenta el sistema de acciones propuesto.

El modelo propuesto se concibió de forma dinámica y flexible. Es importante que se resalte la implicación de la dirección del Hospital Pediátrico Provincial y la Facultad de Enfermería, como estructura docente responsable de la acreditación de las formas académicas del postgrado propuestas.

Acciones propuestas para la implementación del modelo

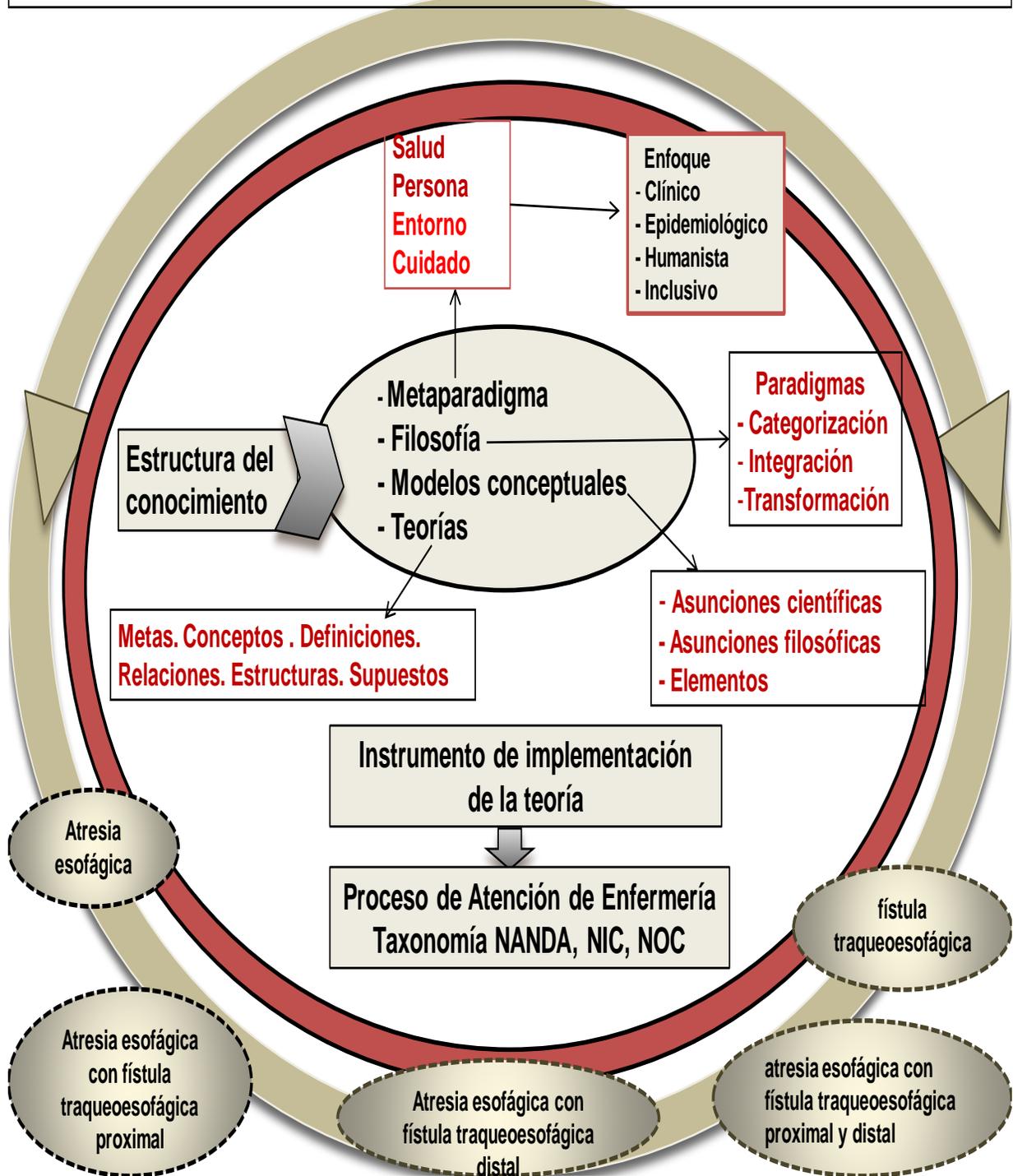
-caracterizar el estado actual del desempeño de enfermería, con vistas a la identificación de los problemas que permitan poner en práctica el sistema de acciones.

-preparación del personal de enfermería responsable de la aplicación de los instrumentos para caracterizar el desempeño de enfermería y su posterior evaluación. Intercambiar posterior a su aplicación con los involucrados del modelo. Realizar cortes evaluativos sobre los resultados que se esperan lograr en el mejoramiento profesional y humano del personal de enfermería.

La autora concluye que el personal de enfermería en el cual se sustenta el modelo (figura 1) para los cuidados de enfermería del RN con AE, debe poseer

un alto nivel de preparación y humana al tratar con una parte muy vulnerable del núcleo familiar y de la sociedad.

Modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica



Fuente: Elaboración propia de la autora. 2019

3.4 Análisis de los resultados de la consulta a los expertos (Anexo 10 y 11)

La eficacia estuvo referida a la obtención de mejores resultados en correspondencia con los propósitos y tareas desarrolladas. Los propósitos del modelo para el cuidado enfermería del RN con AE propuesto, se sintetizaron en la relación entre el contenido de la misma y el resultado alcanzado con su aplicación práctica.

En sentido general la eficacia del proceso se constató a partir de la aplicación de la propuesta en la práctica asistencial. Se revelaron resultados favorables en el conocimiento de la atención del RN con AE y en los modos de actuación del PAE, así como en los indicadores valorados.

El modelo se sometió a la validación teórica a través del criterio de expertos, según los requerimientos del método Delphi propio de la estadística no paramétrica.⁶⁵

Para la selección de los expertos se cumplió con los pasos previstos en la metodología: se contactaron 21 profesionales. Se seleccionaron una totalidad de 15 expertos, los seis restantes estuvo determinada por no aceptar su participación en el proceso. En la selección de los mismos se tuvo en cuenta a enfermeros Especialistas, Licenciados en Enfermería de más de 15 años de experiencia, Médicos con más de 10 años de experiencia profesional y Doctores en Ciencias con línea de investigación en pediatría.

A partir de la aplicación de la encuesta confeccionada para la selección de los expertos, El coeficiente de competencia de los expertos se muestra (Tabla 17)

de 15 expertos, ocho tuvieron un coeficiente de argumentación (Ka) de uno por lo que se considera una influencia alta de todas las fuentes; en tres el Ka fue de 0,9 al acercarse a uno se considera alta; en tres de 0,8 la cual se considera media y en uno de 0,7 que por acercarse a 0,8 se valora como media.

Los aspectos evaluados: coherencia y seguimiento lógico, claridad y contenido, correspondencia entre etapas y pasos, objetivos y características, formas de organización de la enseñanza, medios de enseñanza, dominio, atención específica, actividades a ejecutar e indicadores para evaluar el modelo.

La escala que se utilizó para la evaluación de los aspectos fue: muy relevante, bastante relevante, relevante, poco relevante y no relevante. Los resultados del procesamiento de los datos evidencian que predominó la evaluación de muy relevante: en ocho aspectos, el aspecto referido a formas de organización de la enseñanza predominó el criterio de bastante relevante y en relación con la atención específica siete expertos la consideraron muy relevante y la misma cantidad bastante relevante. Se determinó las frecuencias absolutas, absolutas acumuladas y relativas acumuladas, los criterios y las sugerencias aportadas, condujeron a un análisis más profundo de los aspectos propuestos. (Tabla 18, 19,20)

Se determinó el inverso de la frecuencia absoluta acumulada y los puntos de corte para determinar la categoría o grado de adecuación de cada aspecto según el criterio de expertos, así como N-P (valor promedio que otorgan los expertos a los aspectos) (Tabla 21). Al comparar la diferencia N-P para cada aspecto con los puntos de corte correspondientes, se obtiene que los valores

de N-P son menores que los de los puntos de corte, los valores de N-P de cada paso están más próximos al valor de muy relevante por lo que se concluye que existió alta valoración por parte de los expertos consultados y por este método quedó validada para su aplicación. La validación se realizó a través de su implementación en la práctica.

La aplicación del método Delphi en la valoración del criterio a expertos, permitió a la autora constatar de forma positiva su pertinencia para el mejoramiento del desempeño profesional y humano de los profesionales de enfermería en brindar un cuidado integral al RN con AE desde la relación de sus aspectos cuantitativos y cualitativos, su viabilidad y de esta manera, su validez.

3.5 Análisis de la prueba de desempeño después de aplicado el modelo propuesto

Obtenida la valoración de los expertos acerca del modelo propuesto de manera positiva, la autora como parte de la secuencia lógica del trabajo de campo, procedió a certificar a través del Departamento de Postgrado e Investigaciones de la Facultad de Enfermería "Arides Estévez", las formas académicas del postgrado propuestas. Posterior a la aprobación se pone en práctica para la valoración de los resultados obtenidos con la aplicación del modelo.

Como instrumento de constatación, se aplicó una prueba de desempeño de salida aplicada a los 42 enfermeros que brindan cuidados al RN con AE que laboran actualmente en el servicio de neonatología, lo que posibilitó determinar la viabilidad del modelo propuesto.

Los indicadores de conocimientos sobre el tema investigado fueron evaluados al inicio y después de aplicado el modelo. Los datos obtenidos se llevaron a una hoja de cálculo Excel, se efectuó el análisis de la estadística inferencial, se aplicó la prueba no paramétrica de los signos, con la ayuda del paquete estadístico (SPSS) versión 20.0, para evaluar si existieron cambios en la calificación después de aplicado el modelo, se trabajó con una confiabilidad del 95%, se utilizó un nivel de significación del 0,05. (Tabla 22)

Para el análisis del comportamiento de las dimensiones después aplicado el modelo fue utilizada la determinación del índice ponderal. (Tabla 23)

La dimensión comportamiento profesional obtuvo un índice ponderal de 4,95 y la integran seis subdimensiones valoración clínica, superación, toma de decisiones, modo de actuación, accesibilidad, confidencialidad, constatándose lo siguiente:

La subdimensión valoración clínica obtiene un índice ponderal de 4,98, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después se obtuvo significación estadística: $p = 0,000$ ($Z -5,918$) a favor de un mayor conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la atención del RN con AE, la aplicación de los cuidados de enfermería para la prevención de eventos adversos y nivel de diagnóstico de problemas identificados.

La subdimensión superación el índice ponderal es de 4,93, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después se obtuvo significación estadística: $p = 0,000$ ($Z - 5,918$ para cinco criterios y uno $-5,747$) a favor de la actitud ante la superación, el nivel de conocimiento y aplicación de los

contenidos relacionados con el RN con AE, desarrollo de actividades científica y dominio de los conocimientos de postgrado.

La subdimensión toma de decisiones el índice ponderal es de 4,93, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después se obtuvo significación estadística: $p = 0,000$ ($Z = -5,918$ para dos criterios, uno $-5,747$ y uno $-5,659$) en beneficio del dominio de los métodos científicos, desarrollo de habilidades, autonomía para organizar y dirigir los cuidados de enfermería y el nivel de decisiones basadas de los métodos científicos aplicados a la actividad laboral.

La subdimensión modo de actuación, el índice ponderal es de 4,94, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después se obtuvo significación estadística: $p = 0,000$ ($Z = -5,747$ para cuatro criterios, tres $-5,659$, uno $-5,480$ y uno $-5,004$) a favor del nivel en que ofrece el personal de enfermería cuidados al RN con AE, dominio y aplicación del PAE, desarrollo de las relaciones humanas y clima de trabajo en colectivo, toma de decisiones ante situaciones de contingencias, cumplimiento de la disciplina laboral, grado de solución de los problemas y tomas de decisión y la integración con el equipo multidisciplinario para la búsqueda, procesamiento y toma de decisiones.

La subdimensión accesibilidad el índice ponderal es de 4,97, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después se obtuvo significación estadística: $p = 0,000$ ($Z = -5,199$, dos $-5,918$), a favor de la accesibilidad de los familiares a la atención de los profesionales, de la madre a los cuidados del RN y aplicación de los principios éticos de accesibilidad a los servicios médicos.

La subdimensión confidencialidad el índice es 4,95, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después se obtuvo significación estadística: $p = 0,000$ ($Z -5,199$), a favor de la confidencialidad del personal de enfermería en la interrelación con la familia, en relación al diagnóstico y pronóstico del RN y el nivel de protección de la integridad y respeto a la dignidad del RN en los exámenes diagnósticos en presencia de otras madres.

La dimensión comportamiento humano obtuvo un índice ponderal de 4,92. La integran cuatro subdimensiones comunicación, información, manejo del dolor y el trato determinándose lo siguiente:

La subdimensión comunicación el índice ponderal es de 4,95, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$ en dos, uno - 4,903) a favor de la comunicación del profesional de enfermería con la familia, el grado de defensa y argumentación de las ideas y las relaciones humanas. El criterio 2.1.2 obtuvo significación estadística: ,000^b que es una significación exacta (bilateral) en el antes y después, del nivel de comunicación del personal de enfermería con los trabajadores de la unidad y directivos.

La subdimensión información el índice ponderal es de 4,91, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$) a favor de la claridad de la información expuesta a los familiares y la información que recibe del estado de salud del RN.

La subdimensión manejo del dolor el índice es de 4,88, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$) a favor de la identificación de los profesionales de las manifestaciones de dolor en el RN, la

actuación en el alivio del dolor y el nivel en que los familiares perciben las manifestaciones de dolor del RN.

La subdimensión trato el índice es de 4,97, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$) a favor de la aplicación de los valores en el trato a los familiares, dedicación en la sociabilidad con los familiares, aplicación de los principios éticos y consentimiento informado en el quehacer profesional y el grado en que resuelven los dilemas de las interrogantes de las madres.

En la dimensión necesidades humanas básicas obtuvo un índice ponderal de 4,93. La integran cinco subdimensiones: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, determinándose lo siguiente:

La subdimensión valoración el índice ponderal es de 4,95, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$ en dos criterios, uno $-5,659$ y otro $-5,747$) a favor de la valoración de las necesidades del paciente y posibles alteraciones, de la necesidad de consumo de oxígeno, nivel de evidencia de la dehiscencia de sutura transanastomótica.

La subdimensión diagnóstico el índice ponderal es de 4,93, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$ en tres criterios y uno $-5,747$) a favor de la aplicación del juicio clínico sobre las respuestas individuales y familiares, la identificación de los componentes requeridos para la formulación de los diagnósticos según las necesidades afectadas, el desarrollo de habilidades en la identificación de la hipotermia y del dolor y la identificación de los riesgos.

La subdimensión planificación el índice ponderal es de 4,90, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$ en tres criterios y uno $-5,747$) a favor de la planificación de los cuidados de enfermería, de la programación de cuidados para prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, el ordenamiento de los cuidados según las prioridades y el nivel de planteamiento de los objetivos con resultados esperados, elaboración de las actuaciones de enfermería y documentación y registro.

La subdimensión ejecución el índice ponderal es de 4,95, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$) a favor de la ejecución de las intervenciones enfermeras y el desarrollo de habilidades en la recogida y valoración de datos.

La subdimensión evaluación el índice ponderal es de 4,96, al aplicar la prueba no paramétrica de los signos, antes y después: $p = 0,000$ ($Z -5,918$) a favor del nivel en el que evalúa la eficacia y la efectividad de las actuaciones, la evolución favorable del RN, el desarrollo de habilidades para la evaluación del estado emocional de los padres y familia, la insatisfacción de la familia y la evaluación de la madre en el proceso de adiestramiento en la alimentación del RN por la gastrostomía.

Conclusiones parciales del capítulo

Se declaran resultantes de la sistematización, regularidades sobre la definición de modelo, así como aplicación de los principios de este método ajustados al proceso de investigación y la propuesta. Se desarrolla desde un análisis

multifactorial del objeto de investigación, que tiene en cuenta factores de índole social, psicológica, filosófica y epistemológica.

Se expone el diseño de la metodología que se propone para el modelo de cuidados de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. En su evaluación teórica se analizaron los aspectos que según el análisis de los expertos la mayoría corresponden a la categoría de muy relevante por lo que la metodología se considera validada para su aplicación en la práctica.

Se expresan los resultados del proceso del criterio de expertos y la valoración luego de aplicado el modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. Se aplica la prueba no paramétrica de los signos, antes y después, a favor de un mayor nivel de conocimientos de los profesionales. Se expresan los resultados de los índices ponderales a favor en la totalidad de las subdimensiones.

CONCLUSIONES

1. Se determinaron los fundamentos teóricos que han caracterizado el proceso del cuidado de enfermería, se valoró la atención del recién nacido con atresia esofágica, unido a la fundamentación de los sustentos teóricos.
2. La sistematización de los métodos del nivel teórico y empírico permitieron la identificación de la variable, dimensiones, subdimensiones e indicadores para la caracterización del cuidado, del personal de enfermería del servicio de neonatología, en la atención integral del recién nacido con atresia esofágica, lo que permitió determinar los problemas y potencialidades.
3. El modelo se estructuró mediante la determinación de los cuidados según la variedad, la construcción de conocimiento con los elementos del metaparadigma, la filosofía, los modelos conceptuales, las teorías y el instrumento para la implementación y por otro lado, las dimensiones, subdimensiones y categorías emergidos a lo largo del análisis para responder a las exigencias del desempeño de enfermería y a los problemas identificados desde la concepción holística del objeto social de dicha ciencia.
4. El análisis de los resultados de la consulta de expertos y de la prueba de desempeño antes y después de la aplicación del modelo para la atención del recién nacido con atresia esofágica, evidenció su validez para la aplicación, y luego de aplicada el logro de mejores resultados en el desempeño de enfermería de los enfermeros del servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial.

RECOMENDACIONES

- Continuar estudios que permitan determinar la evaluación de los cuidados en cada variedad de la atresia esofágica según los diagnósticos NANDA, NIC, NOC.
- Impartir el Diplomado de neonatología de recién nacidos quirúrgicos para el adiestramiento del personal de enfermería de las provincias orientales.
- Socializar los resultados de esta investigación con las autoridades de salud, las áreas y servicios de la salud donde se atiendan recién nacido con atresia esofágica mediante actividades metodológicas, publicaciones y ponencias en eventos.
- Continuar investigaciones en el tema recién nacido con atresia esofágica en contextos de actuación del personal de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Milner KM, Duke T, Bucens I. Reducing newborn mortality in the Asia Pacific region: Quality hospital services and community-based care. *J Pediatrics Child Health* [en línea]. 2013. [Citado: 2018 octubre 5];49(7). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com>
2. Trinchet R, Ochoa A, Cárdenas F, Nodarse G, Fernández L. Apreciación actual y perspectivas de la Cirugía Neonatal en la provincia Holguín, Las Tunas y Granma. *Rev Correo Cient Med Holguín* [en línea]. 1984. [Citado: 2018 mayo 4]; 3 (1): [13 pp.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
3. Trinchet R, Velázquez G. Regionalización de la cirugía neonatal en las provincias orientales de Cuba *Rev Cubana Pediatría* [en línea]. 2015. [Citado: 2018 mayo 4]; 87(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
4. Velázquez G, Trinchet R, Hidalgo Y, Figueredo R, Céspedes M. Resultados del Centro Regional de Holguín en la atención al recién nacido con tratamiento quirúrgico, *Rev Correo Cient Med Holguín* [en línea]. 2014. [Citado: 2018 mayo 22]; 18(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
5. Olaya M, Rodríguez JL, Giraldo G, Pineda T, Salazar AJ, Franco JA. Diagnóstico diferencial en lesiones congénitas de la pared toracoabdominal fetal y neonatal. *Univ Med Bogotá Colombia* [en línea]. 2014. [Citado: 2018 enero 2]; 55 (2): [14 pp.]. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/>
6. Ionescu S, Mocanu M, Andrei B, Bunea B, Carstoveanu C, Gurita A, et al. Differential diagnosis of abdominal wall defects-onphalocele versus

gastroschisis. Chirurg [en línea]. 2014.[Citado: 2018 febrero 3]; 109: [8 p.].

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

7. González J, González M. Probióticos y enterocolitis necrotizante del prematuro: to NEC or notto NEC?, ésta es la pregunta. Nutr. Hosp [en línea]. 2013. [Citado: 2018 mayo 4]; 28 (6): [9 pp.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>
8. Suárez M, Solís G. Empleo de probióticos en la prevención de la enterocolitis necrotizante en recién nacidos prematuros. Nutr Hosp [en línea]. 2015. [Citado: 2018 junio 7]: [4 pp.]. Disponible en: <http://www.aulamedica.es>
9. Carli D, Garagnani L, Lando M, Fairplay T, Bernasconi S, Landi A, et al. VACTERL Association: diseases plectrums in 25 patients ascertained forth eirupper limb involvement. J Pediatr Surg [en línea].2014. [Citado: 2018 abril 29]; 164(3): [5 p.]. Disponible en: <http://www.jpeds.com/article>
10. Gasc JM, Clemessy M, Corvol P, Kempf H. A chicken model of pharmacologically-induced Hirsch sprung disease reveals nun expected role of glucocorticoids in enteric aganglionosis. The Company of Biologists [en línea]. 2015. [Citado: 2018 julio 9]; 4(5): [6 p.]. Disponible en: <http://bio.biologists.org>
11. Ward N, Pieretti A, Dowd S, Cox S, Goldstein A. Intestinal aganglionosis is associated with early and sustained disruption of the colonic microbiome. Neurogas troenterol motility [en línea]. 2012.[Citado: 2018 julio 9]; 24(9).Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

12. Estadística del servicio de cirugía pediátrica del Hospital Universitario de Maracaibo. 2014
13. Roberts K, Karpelowsky J, Fitzgerald D. *Pediatr Surg Int* [en línea]. 2019. [Citado: 2019 abril 9]; 35: [7 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/>
14. Spaggiari M, Faure G, Rousseau V, Sonigo P, Millischer A. Performance of prenatal diagnosis in esophageal atresia. [en línea]. 2015. [Citado: 2018 marzo 9]; 35: [7 p.]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com>
15. Demikova NS. Prevalence and descriptive epidemiology of esophageal atresia in the Russian Federation. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2016; 106(10):854-9
16. Bouguermouh D, Salem A. Esophageal atresia: a critical review of management at a single center in Algeria *Diseases of the Esophagus* [en línea]. 2015. [Citado: 2018 abril 1]; 28 [6 p.]. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com>
17. Krishnan U, Mousa H, Dall'Oglio L, Homaira N, Rosen R, et al. ESPGHAN-NASPGHAN guidelines for the evaluation and treatment of gastrointestinal and nutritional complications in children with esophageal atresia-tracheoesophageal fistula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016; 63(5):550-70
18. Singh A, Middlesworth W, Khlevner J. Surveillance in Patients With Esophageal Atresia/Tracheoesophageal Fistula. *Curr Gastroenterol Rep* [en línea]. 2017. [Citado: 2018 abril 15]; 19 (4). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11894>

19. Reyes R, Muñiz J, Polo I, Alvaredo M, Armenteros A, Hernández N. Anomalías congénitas asociadas a la atresia esofágica. Rev Cubana Pediatr. 2014; 86(1)
20. Velázquez G, Trinchet M, Hidalgo Y, Figueredo R, Velázquez S. Comportamiento de la atresia esofágica en el Servicio de Neonatología del Pediátrico de Holguín durante diez años. CCM. 2014; 18(4)
21. Añorga J. La educación avanzada y el mejoramiento profesional y humano. [Tesis doctoral]: Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona. La Habana; 2012
22. Historia de la neonatología [en línea]. 2008. [Citado: 2018 abril15]. Disponible en: <https://angelitacasmor.wordpress.com>
23. Ángel G. Atresia esofágica. Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica [en línea].2016. [Citado: 2018 abril20].Disponible en: <http://www.schcp.cl/wp-cont>
24. Gross RE. The surgery of infancy and childhood. Philadelphia: WB Saunders. 1953
25. Urbina O; Castro F. Manual de enfermería en neonatología [en línea]. Editorial Ciencias Médicas. Habana. 2007. [Citado: 2018 agosto 15]. Disponible en: <http://bookmedico.blogspot.com>
26. Gorrahan J. Cuidados de enfermería neonatal [en línea].3 ed. Buenos Aires: editorial Journal.; 2009. [Citado: 2018 agosto 18]. Disponible en: <https://www.journal.com>

27. Cruz E; Pastor N, Fernández F. Cuidados de enfermería en recién nacidos con tratamiento quirúrgico. CCM [en línea]. 2011. [Citado: 2018 abril20]; 15(4). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu>
28. Peña A. Guías de tratamiento unidad cuidados intensivos neonatal. Hospital san Juan de dios de la serena. 2012
29. López A, Ballinas A, Pineda E, Vera T, Pérez N. Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. Instituto mexicano de seguridad social [en línea]. 2013. [Citado: 2018 abril20] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/>
30. Ropero Y, Fernández C, Ortiz M, González L. Guía de actuación en neonatología para el personal de enfermería [en línea]. 2014. [Citado: 2018 abril 10]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es>
31. Arismendy A, Dinas A, Merchán B. Propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar de los recién nacidos en postoperatorio de corrección de patologías gastrointestinales. [Tesis de especialidad]. Bogotá: Universidad de la sabana, Facultad de enfermería y rehabilitación; 2014. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/>
32. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guía para el manejo integral del recién nacido grave. Guatemala; 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/gut/index>
33. Castellanos J. Protocolo de atención de enfermería sobre el manejo postoperatorio de niños con atresia esofágica. 2015. Maracaibo

34. López M, Martínez Y, Martínez K, Pinzón N. Manual de Procedimientos de Enfermería en las Unidades Neonatales. Bogotá [en línea]. 2016[Citado: 2018 enero 10]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/>
35. Carpio S. Cuidados de enfermería al recién nacido prematuro con atresia esofágica. [Tesis de especialidad]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de Enfermería; 2017
36. Organización mundial de la salud. Enfermería. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
37. Mompert MP. Administración de servicios de enfermería. Barcelona: Masson;[en línea]2000.Disponible en:<https://enfermeriaudes.files>
38. Jiménez V, Hurtado I. Apoyo educativo de enfermería en cuidados maternos en adolescentes primíparas. 2007. Disponible en: <http://www.index-f.com>
39. Swanson K. Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research [en línea]. 1991. [Citado: 2018 mayo 10]; 40(3): [6 p.].Disponible en: <https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/>
40. Mompert MP, Durán M. Recursos materiales. El cálculo de costes. En: Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión [en línea]. 2ªed. DAE; 2009. [Citado: 2018 agosto 15]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro>

41. Ministerio de salud, Chile. Código Sanitario [Internet] modificación 14 febrero 2014. Disponible en: <http://www.leychile.cl>.
42. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Norma General Administrativa N° 19 Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada. Disponible en: <http://www.minsal.cl>.
43. Chiluisa S. Modelo de gestión del cuidado de enfermería en el servicio de lactantes del Hospital Pediátrico. [Tesis de Magister en Gestión de Salud]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas.2014
44. Ayala R, Torres M, Calvo M. Gestión del Cuidado en Enfermería. Santiago, Chile: Ediciones Mediterráneo; 2014: 181
45. Hernando A. La gestión del cuidado. Rev. Enferm. C y L. 2015; 7(2)
46. Aguayo F, Mella R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. Cienc enferm [en línea]. 2015. [Citado: 2018 abril 1]; 21(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/>
47. Valdebenito J, Barquero A, Carreño M. Gestión del Cuidado: valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la Región Metropolitana, Chile. Cienc. enferm. 2015; XXI (1): 127-142
48. León C. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. Rev Cubana Enfermer [en línea]. 2017. [Citado: 2018 abril 1]; 33(4). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/>

49. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Rev Salud Pública Parag. 2013; 3(1)
50. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. [en línea]. 8va ed. España: Elsevier; 2015. [Citado: 2018 abril 15]. Disponible en: <https://inspectioncopy.elsevier.com>
51. Izquierdo R. La comunicación interpersonal en la familia con un miembro consumidor de sustancias ilícitas. [Tesis Doctoral]. Cuba: Universidad de las Ciencias Pedagógicas; 2012
52. Ávila M. Mejoramiento humano de los estudiantes de la Carrera de Enfermería. [Tesis Doctoral]. Cuba: Universidad de las Ciencias Pedagógicas; 2013
53. Moreno M. Modelo de atención de enfermería para la gestión del cuidado en la especialidad de oftalmología. [Tesis Doctoral]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Enfermería; 2016
54. Borges L. Modelo de cuidados humanizados a la mujer durante el trabajo de parto y el parto. [Tesis Doctoral]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Enfermería; 2016
55. Elers Y. Modelo de relación enfermera-paciente-cuidador, en el servicio hospitalizado de geriatría. [Tesis Doctoral]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Enfermería; 2017
56. Alonso O. Modelo de cuidados de enfermería en la atención a los pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas. [Tesis Doctoral].

Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Enfermería; 2017

57. Acosta L. Modelo para el mejoramiento del desempeño profesional y humano de los técnicos de enfermería, desde la ética del cuidado. [Tesis Doctoral]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Enfermería; 2018
58. Definition of nursing and the "14 components of nursing care", site digital 'Southern Luzon State University - College of Allied Medicine. 2008
59. Virginia Henderson, 98 teacher of nurses dies site digital. The New York Times [en línea]. 1996. [Citado: 2018 abril 9]. Disponible en: <https://www.nytimes.com>
60. Vukadin M, Savic D, Malikovic A, Jovanovic D, Milickovic M, Bosnic S, Vlahovic A. Analysis of Prognostic Factors and Mortality in Children with Esophageal Atresia. Indian J Pediatr [en línea]. 2015 [Citado: 2018 abril 2]; 82(7): [5 p.]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/>
61. Zani A, Cobellis G, Wolinska J, Chiu P, Pierro A. Preservation of native esophagus in infants with pure esophageal atresia has good long-term outcomes despite significant postoperative morbidity. Pediatr Surg Int [en línea]. 2016. [Citado: 2018 abril 4]; 32:[5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
62. De león M. Complicaciones postoperatorias en pacientes con corrección de atresia esofágica. [Tesis de Maestría en Cirugía General]. Guatemala: Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas; 2013

63. Zani A, Wolinska J, Giovanni C, Priscilla C, Pierro A. Outcome of esophageal atresia/tracheoesophageal fistula in extremely low birth weight neonates(<1000 grams). *Pediatr Surg Int*. 2016; 32:83-88
64. Brolo E. Factores pronósticos de sobrevida en neonatos con atresia esofágica, intervenidos quirúrgicamente. [Tesis de de médico y cirujano en el grado académico de licenciado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014
65. Padilla L, Craniotis J, Guerra J. Caracterización de Pacientes con Atresia Esofágica. *Acta Pediátrica Hondureña* [en línea]. 2014. [Citado: 2018 abril 4]:5(1). Disponible en: <http://www.bvs.hn/APH/pdf/>
66. Velázquez G, Trinchet R, Hidalgo Y, Figueredo R, Velázquez S. Comportamiento de la atresia esofágica en el Servicio de Neonatología del Pediátrico de Holguín durante diez años. *CCM* [en línea]. 2014.[Citado: 2018 mayo 23]:18(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
67. Sánchez C, Pérez C, Gutiérrez J, Yanowsky G, Rulfo D. Patologías y complicaciones asociadas a mortalidad en recién nacidos con enfermedad quirúrgica abdominal. *Revista Médica* [en línea].2017.[Citado: 2018 enero 2]; 8(4): [5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>
68. Capeto F, Lima F, Okoba W, Ramos F, Messias T, Rigonatto G, et al. Contractile profile of esophageal and gastric fundus strips in experimental doxorubicin-induced esophageal atresia. *Braz J Med Biol Res* [en línea].

2015. [Citado: 2018 octubre 21]; 48(5). Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com>
69. Añorga J, Valcárcel N, Ché J, Colado J, Pérez A. La parametrización en la investigación educativa. Revista Varona. La Habana, Cuba: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona” [en línea]. 2008. [Citado: 2018 abril 6]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/>
70. Valcárcel, N. Proyecto. “Estrategia de superación piramidal para el mejoramiento profesional y humano de los recursos laborales del sector educacional de las provincias habaneras.” ISPEJV. Ciudad de La Habana, Cuba; 2001
71. Valcárcel N, González, D. (2001). Citado por Álvarez AJ. Estrategia de superación para los jefes de ciclo de la educación primaria del municipio Guanabacoa. [Tesis doctoral]. Cuba: ISPEJV; 2008: 50
72. Izquierdo E. Indicadores de violencia contra niños y niñas: Alternativa de Enfermería. [Tesis doctoral]. Cuba: UCM-H, Facultad de Enfermería “Lidia Doce”; 2017
73. Barrio I, Simon P, Sánchez C, Molina R, Tamayo M, Suess. Adaptación transcultural y validación del Picker Patient Experience Questionnaire-15 para su uso en población español. Rev Calid Asist [en línea]. 2009. [Citado: 2018 octubre 1]; 24(5): [14 pp.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista>
74. Jenkinson C, Coulter A, Reeves R, Bruster S, Richards N. Properties of the Picker Patient Experience Questionnaire in randomized controlled trial

- of long versus short form survey instruments. J public Health Med [en línea].2003. [Citado: 2018 mayo 8]; 25(3): [23 pp.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih>
75. Guix J, Balañá L, Carbonell J, Simón R, Surroca R, Nualart L. Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Rev Esp Salud Pública [en línea].1999. [Citado: 2018 enero 8];73: [6 pp.]. Disponible en: <http://scielo.iscili.es/scielo.php>
 76. Capdevila E, Sánchez L, Riba M, Moriña D, Ríos J, Porta R, Molina V. Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. An Pediatr (Barc) [en línea]. 2012. [Citado: 2018 octubre 8]; 77(1): [10 pp.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/>
 77. Medina D. Satisfacción de la madre del recién nacido hacia los cuidados de enfermería. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezzan; 2016
 78. Pick V, Halstenberg K, Demel A, Kirchberger V, Riedel R, Schlosser R. Staff and parents are discriminators for outcomes in neonatal intensive care units. Acta Pediatric [en línea]. 2014. [Citado: 2018 octubre 1]; 103(11): [9 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 79. Fotiou C, Vlastarakos P, Bakoula C, Papagaroufalis K, Bakoyannis G, Darviri C, et al. Parenteral stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. Intensive Crit Nurse[en línea]. 2016. [Citado: 2018 abril7]; 32: [9 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

80. Kadivar M, Seyedfatemi N, Akbari N, Haghani H. the effect of narrative writing of mother on their satisfaction with care in the neonatal intensive care unit. J Matern Fetal Neonatal Med [en línea]. 2016. [Citado: 2018 abril 7]: [5 p.]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/>
81. Gouez M, Alvarez L, Rousseau V, Hubert P, Abadie V, Apillonne A, Kermorvant D. Posttraumatic stress reactions in parents of children esophageal atresia. PLoS One [en línea]. 2016. [Citado: 2018 mayo 10] ;11(3) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
82. López M, Melgar A, de la Cruz J, Perapoch J, Mosqueda R, Pallas C. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. An Pediatr (Barc). 2014; 81(4):232-40
83. Ramírez J. Estudio de satisfacción de los padres en una unidad de neonatología. [Tesis doctoral]. España: Unidad de Cantabria, Facultad de medicina; 2016
84. Polkki T, Laukkala H, Korhonen A. Nurses' and parents' perceptions of parental guidance on using nonpharmacological pain-relieving methods among neonates in the NICU. Pain Manag Nurs. 2016;17(4):272-80
85. Cherchi M. Evaluación y tratamiento del dolor y estrés en los neonatos ingresados en la unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios neonatales. [Tesis de grado en medicina]. España: Universidad de Cantabria, Facultad de medicina; 2016

86. Carvalho G, Oliveira J, Vital D, Laura C, López C, Oliveira D. Dolor en los recién nacidos: identificación, evaluación e intervenciones. Revista Baiana de Enfermagem. 2015; 29(3): 261-270
87. Informes estudios e investigación. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de neonatología. Estándares y recomendaciones de calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014
88. Stoff VA. Citado por V. Davýdov. Tipos de generalización en la enseñanza [en línea]. Ed. Pueblo y Educación, La Habana, Cuba. 2013. [Citado: 2018 agosto 15]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/>
89. Pérez M. Metodología de la Investigación I. Editorial Pueblo y Educación. Cuba, 1996, citado por Lamas, M: La estrategia interventiva conjunta en la superación de los profesores de Historia de la Educación Técnica y Profesional. [Tesis doctoral]. La Habana: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”; 2006
90. Valle AD. Metamodelos de la Investigación Pedagógica. [CD-ROOM]. Instituto Central de Ciencias Pedagógicas, La Habana. Cuba; 2007
91. Valle. AD. La Investigación Pedagógica otra Mirada. Ciudad de La Habana. Cuba. 2010: 186
92. Lazo M. Estrategia de superación interventiva con enfoque interdisciplinario para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico de los profesores generales integrales. [Tesis doctoral]. La Habana: Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona”; 2007

93. Sánchez J. Análisis del marco conceptual de la Enfermería del Trabajo: una propuesta en el contexto español. [Tesis doctoral]. España: Universidad Católica de Murcia, Facultad de Enfermería; 2016
94. Alligood M. Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. [en línea]. 7ma ed. España: Elsevier; 2011. [Citado: 2018 agosto 15]. Disponible en: <https://inspectioncopy.elsevier.com>
95. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson.1996
96. McFarlane J. Importancia de los modelos para el cuidado. En: Kershaw, B. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma. 1988
97. Reilly D. Why A Conceptual Framework? Nursing outlook.1975; 23(9): 566-9
98. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. Journal of Nursing Scholarship, 1984; 16(3):77-87
99. Vega O. Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. Revista Ciencia y Cuidado. 2006; 3(3): 53-68
100. González R. Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Cádiz, Departamento de Enfermería y Fisioterapia; 2015
101. Chick N, Meleis A. Transitions: A nursing concern. School of nursing departmental papers. Boulder, CO: Aspen Publication.1986

102. Riehl J. Modelos conceptuales de Enfermería. Barcelona: Doyma. 1992
103. Rodrigo M, Navarro M, Fernández C. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson.1998
104. Chinn P, Kramer M. Integrated knowledge development in nursing. St Louis: Mosby. 2004
105. Alfaro R. Overview of nursing process, clinical reasoning and nursing practice today. In: Applying the nursing process: the foundation for clinical reasoning. 8th ed. China: Lippincott Williams &Wilkins. 2014: 1-36
106. Herrera GL. Concepción pedagógica del proceso de formación de habilidades investigativas. Rev Cienc Med [en línea]. 2014. [Citado: 2018 diciembre 1]; 18(4). Disponible en: <https://scielo.sld.cu/scielo>
107. Khatiban M, Sangestani G. The effects of using problem based learning in the clinical nursing education on the students outcomes in Iran: A quasi experimental study. J Nurs Educ Pract [en línea].2014. [Citado:2018 enero 1];14(6):[5p.].Disponible en: <https://www.nurseeducationinpractice>
108. Rahim A, Kwan CH L, Khan A, Najib M, Ghafar A, Sihes AJ. Implementation of problem based learning among nursing students. International education studies [en línea].2014. [Citado: 2018 enero 8]; 7(7). Disponible en: <https://files.eric.ed.gov/fulltext>
109. Kong L, Qin B, Zhou YQ, Mou SY, Gao HM. The effectiveness of problem based learning on development of nursing students' critical thinking: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing

Studies [en línea]. 2014. [Citado: 2018 diciembre 1]; 51:[12 p.]. Disponible en: <https://dx.doi.org/>

110. Schemehl P. Understanding concept mapping. In: Schemehl P. Introduction to concept mapping in nursing. United States of America: Jones and Bartlett Learning; 2014: 1-21
111. Avilés L, Soto C. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enferm. Glob* [en línea]. 2014. [Citado: 2018 mayo 5]; 13(34). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/cielo>
112. Carpio M. factibilidad del proceso de atención de enfermería NANDA, NIC, NOC en los pacientes de las áreas críticas. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Ecuador: Universidad de Machala; 2014
113. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier España; 2014
114. Toyo F. Lenguaje enfermero estandarizado: NANDA-NOC-NIC versus cipe®. Aplicación en un caso clínico de una paciente gran quemada. 2015; 22
115. Pauta M, Pintado A. Planes de cuidados de enfermería aplicando el lenguaje NANDA, NOC, NIC en pacientes con fibrosis quística. [Tesis de obtención del título de Licenciada en Enfermería]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de enfermería; 2015

116. González E, González G, Moriel B. Modelo innovador para el desarrollo de competencias específicas del personal de enfermería en neonatología. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016; 24(1):11-8
117. Peña M. NANDA- NIC- NOC versus cipe® aplicación a un caso clínico de paciente oncológica. [Tesis de Trabajo fin de Grado]. Universidad de Jaén, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016
118. Hung C, Ling Y. Using concept mapping to evaluate knowledge structure in problem-based learning. BMC Med Educ [en línea]. 2015. [Citado: 2018 junio 3]; 15. Disponible en: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com>
119. Hektor LM. Florence Nightingale's legacy of caring and it's applications. In: Smith MC, Parker ME. Nursing theories and nursing practice. 4th ed. United States of America: Davis Company; 2015: 37-54
120. Aberdeen S. Concept mapping: a tool for improving patient care. Nursing Standard [en línea]. 2015. [Citado: 2018 junio 3]; 29(48):[9 p.]. Disponible en: <https://journals.rcni.com/doi/full/>
121. Ariza C. Modelo de cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Cienc. Enferm [en línea]. 2016. [Citado: 2018 junio 18]; 22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org>
122. Xu JH. Toolbox of teaching strategies in nursing education. Chinese Nursing Research. 2016; 3(2)
123. Ku TK, Ha M. The Application of Problem Based Learning in Undergraduate Nursing Education: A Strategy for Curriculum Reform. J

- Biosci Med [en línea]. 2016. [Citado: 2018 marzo 1]; 4: [8 p.]. Disponible en: <https://dx.doi.org>
124. Daley BJ, Morgan S, Beman Black S. Concept maps in nursing education: a historical literature review and research directions. J Nurs Educ [en línea]. 2016. [Citado: 2018 marzo 1]; 55(11): [8 p.]. Disponible en: <https://www.healio.com>
125. Aein F, Aliakbari F. Effectiveness of concept mapping and traditional linear nursing care plans on critical thinking skills in clinical pediatric nursing course. J Educ Health Promot [en línea]. 2017. [Citado: 2018 febrero 5]; 6: [13 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
126. Eid R. Concept mapping strategy: An effective tool for improving maternity nursing students' achievement. J Nurs Educ Pract [en línea]. 2017. [Citado: 2018 enero 25]; 7(3). Disponible en: <https://www.sciedu.ca>
127. Mata M, Plascencia M, Benítez F, Campos B. Modelo de autocuidado de enfermería perinatal. Rev Perinatal Reprod Hum [en línea]. 2017. [Citado: 2018 enero 7]; 31(3): [9 pp.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/rprh>
128. Herrera N, Arango M, Peña L, Silvera MC. Resultados de la cirugía de reconstrucción esofágica en pacientes pediátricos con patología esofágica compleja en dos hospitales de alto nivel de Medellín, Colombia [en línea]. 2017. [Citado: 2018 abril 3]; 30(4): [7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf>
129. Arribas A, Amezcua A, Hernández M, Núñez E, Rodríguez A. Valoración enfermera: Herramientas y técnicas sanitarias: proyecto CENES, línea de

- investigación de "Valoración de enfermería". Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado, FUDEN. 2013
130. Carpenito L. Diagnósticos de enfermería Aplicaciones a la práctica clínica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2003
131. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020. Madrid: Elsevier
132. Mc Closkey J. Bulechek G. editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005
133. Añorga J. Resultados de la evaluación de impacto. Educación Avanzada. La Habana, Cuba. Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona". 2001

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Allin B. Outcomes at one year post anastomosis from a national cohort of infants with esophageal atresia. PLoS One. 2014; 9(8)

Barker L, Beres A, Baird R. A systematic review and meta analysis of gastrostomy insertion techniques in children. J ped surg. 2015; 50:718-25

Cassina M. Characteristics, and survival of children with esophageal atresia: a 32-year population-based study including 1,417,724 consecutive newborns. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2016; 106(7):542-48

Dingemann C, Meyer A, Kircher G, Boemers. Long term health related quality of life after complex and/or complicated esophageal atresia in adults and children registered in a German patient support group. J Pediatr Surg. 2014; 49(4):631-8

Donoso F. Outcome and management in infants with esophageal atresia a single centre observational study. J Pediatr Surg. 2016; 51(9):1421

Donoso F, Lilja HE. Risk factors for anastomotic strictures after esophageal atresia repair: prophylactic proton pump inhibitors do not reduce the incidence of strictures. Eur J Pediatr Surg. 2017; 27(1):50-55

Engelmann G, Wenning D, Fertig E, Lenhartz H, Hoffmann G, Teufel U. Antibiotic prophylaxis in the management of percutaneous endoscopic gastrostomy in infants and children. Pediatrics International. 2015;57: 295-98

Gallego R, Hernández FJ. Fundamentos de enfermería. Manual CTO de enfermería. 6th ed. España: Grupo CTO Editorial; 2014. p. 1445-92

Garabedian C, Verpillat P, Czerkiewicz I. Does a combination of ultrasound, MRI, and biochemical amnioticfluid analysis improve prenatal diagnosis of esophageal atresia? Prenat Diagn. 2014; 34:839-42

Gottrand M, Michaud L, Sfeir R. Motility digestive and nutritional problems in Esophageal Atresia. Paediatr Respir Rev. 2016;19:28-33

Garabedian C, Sfeir R, Langlois C. Does prenatal diagnosis modify neonatal treatment and early outcome of children with esophageal atresia? Am J Obstet Gynecol. 2015; 212:340

Garritano S, Irino T, Scandavini C, Tsekrekos A, Lundell L, Rouvelas I Long term functional outcomes after replacement of the esophagus in pediatric patients: a systematic literature review. J Pediatr Surg. 2017; 52(9):1398-1408

Gawad N, Wayne C, Bass, J. A chest tube may not be needed after surgical repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Pediatr Surg Int[en línea].2018.[Citado: 2018 enero 8];[34 pp.]: Disponible en:<https://doi.org/10.1007>

Herregods T, Bredenoord A, Smout A. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. Neurogastroenterol Motil. 2015; 27(9):1202-13.

Hochart V, Verpillat P, Langlois C. The contribution of fetal MR imaging to the assessment of esophageal atresia. Eur Radiol. 2015; 25:306-14

Kunisaki S, Bruch S, Hirschl R. The diagnosis of fetal esophageal atresia and its implications on perinatal out-come. *Pediatr Surg Int.* 2014; 30:971-77

Krishnan U. Eosinophilic esophagitis in children with esophageal atresia. *Eur J Pediatr Surg.* 2015; 25(4):336-44.

Lucendo A, Frigal A. Percutaneous endoscopic gastrostomy; an update on its indications, management, complications, and care. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014; 106(8):529-39

Lal D, Gadepalli S, Downard C. Perioperative management and outcomes of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *J Pediatr Surg.*2017; 52(8):1245-51

Maghsoudlou P, Eaton S. Tissue engineering of the esophagus. *Semin Pediatr Surg.* 2014; 23:127-34

McSweeney M. Risk factors for complications in infants and children with percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *J ped surg.* 2015; 166:1514-19.

Mikami DJ, Murayama KM. Physiology and pathogenesis of gastroesophageal reflux disease. *Surg Clin North Am.* 2015; 95(3):515-25.

Murase N. Prophylactic effect of H2 blocker for anastomotic stricture after esophageal atresia repair. *Pediatr Int.* 2015; 57(3):461-4.

Medina J. La enseñanza inclusiva en enfermería: a propósito del otro. *Educare* 21. 2019; 2(9)

Porat S, de Rham M, Giamboni D. Phenotip a web based instrument to help diagnosing fetal syndromes antenatally. Orphanet J. Rare Dis. 2014;9

Padilla L, Craniotis J, Guerra J. Caracterización de Pacientes con Atresia Esofágica. Acta Pediátrica Hondureña. 2015; 5(1-2)

Quitadamo P. Gastroesophageal reflux in young children and adolescents: is there a relation between symptom severity and esophageal histological grade? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015; 60(3):318-21

Reyes R, Muñiz E, Polo A, Alvaredo S. Relación entre el peso al nacer y la mortalidad por atresia esofágica. Rev Cubana Pediatr[en línea].2014. [Citado: 2018 enero 21]; 86 (2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

Reyes R, Muñiz J, Polo I, Alvaredo S. Anomalías congénitas asociadas a la atresia esofágica. Rev Cubana Pediatr[en línea]. 2014. [Citado: 2018 abril 3]; 86(1): [8 pp.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

Spitz L. Esophageal replacement: overcoming the need. J Pediatr Surg. 2014; 49(6):849-52

Smith N. Esophageal atresia and trachea esophageal fistula. Early Hum Dev. 2014; 90(12):947-50

Shawyer A. The management of postoperative reflux in congenital esophageal atresia-tracheoesophageal fistula: a systematic review. Pediatr Surg Int. 2014; 30(10):987–96.

Santana J, Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Art. Enf. 2014.

Sailema S. Intervenciones que cumplen las enfermeras en el manejo del recién nacido y el grado de satisfacción de las madres en alojamiento conjunto, en el servicio de maternidad del hospital provincial de Latacunga en el período septiembre 2014. [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2014.

Suñol R. Calidad de la atención. Doc Enf (Brasil)[en línea]. 2015. [Citado: 2018 abril 3]; 1:[12 pp.]. Disponible en: <http://www.coordinadoraprofunds.org>

Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth M. Associated anomalies in cases with esophageal atresia. American Journal of medical genetics. 2017

Stave K, Rocca A. Esofagitis eosinofílica y atresia esofágica: ¿casualidad o causalidad? Arch Argent Pediatr[en línea]. 2018. [Citado: 2019 mayo 3]; 116(1): [8 pp.]. Disponible en:<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones>

Thakkar HS, Cooney J, Kumar N. Measured gap length and outcomes in esophageal atresia. J Pediatr Surg.2014;49: 1343-46

Tan Y, Zhang J, Zhou J, Duan T, Liu D. Endoscopic Incision for the Treatment of Refractory Esophageal Anastomotic Strictures in Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015; 61(3):319-22

Tang B, Cai H, Chen DY, Jiang SM, Jia L Epidemiology of globus symptoms and associated psychological factors in China. J Dig Dis. 2016; 17:319-24

World Health Organization [WHO] y Pan American Health Organization [PAHO].
Plan estratégico de la OPS 2014-2019. "En pro de la salud: Desarrollo
sostenible y equidad

Wanaguru D, Langusch C, Krishnan U, Variavandi V, Jiwane A, Adams S,
Henry G. Is fundoplication required after the Foker procedure for long gap
esophageal atresia? J Pediatr Surg. 2017; 52(7):1117-20

Zamiara P, Thomas KE, Connolly BL. Long-term burden of care and radiation
exposure in survivors of esophageal atresia. J Pediatr Surg. 2015; 50:1686-9

RELACIÓN DE ANEXOS

1. Visión horizontal de la tesis
2. Gráficos
3. Tablas
4. Parametrización de la variable
5. Encuesta a profesionales de enfermería
6. Encuesta a familiares sobre la atención recibida
7. Cuestionario de conocimiento a profesionales de enfermería que brindan cuidados a recién nacidos con atresia esofágica
8. Guía de observación
9. Prueba de desempeño profesional a los profesionales de enfermería
10. Triangulación metodológica según los indicadores a evaluar
11. Algoritmo de intervención en el recién nacido con atresia esofágica
12. Consulta a expertos
13. Análisis de los resultados de la consulta de expertos

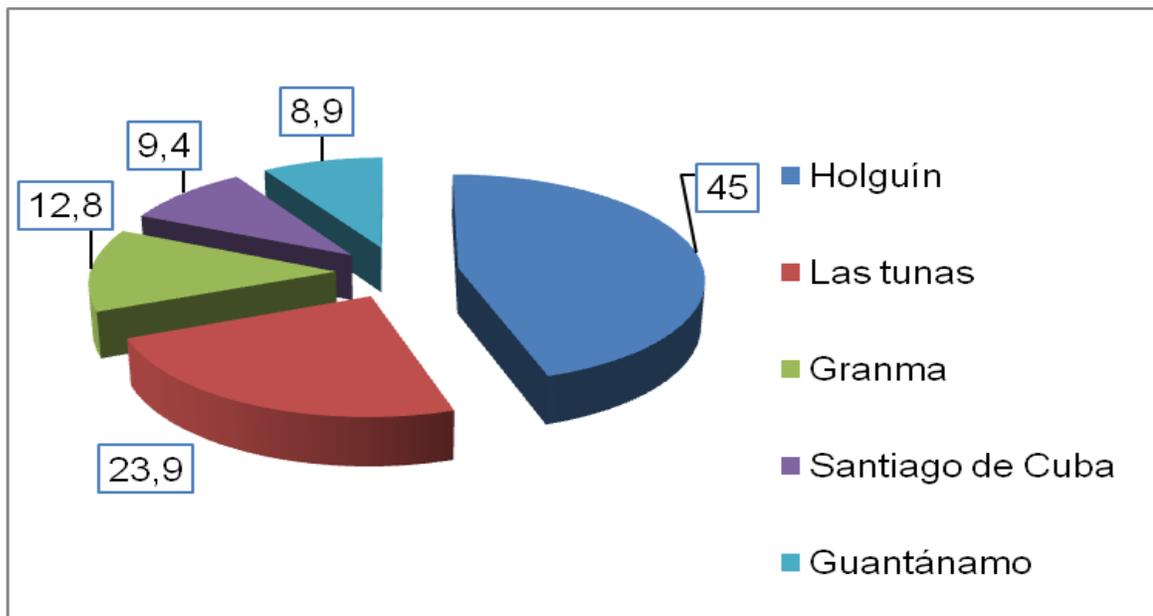
Anexo 1. Visión horizontal de la tesis

Interrogantes científicas	Tareas	Métodos	Estructura de la tesis	Resultados
1. ¿Qué referentes teóricos sustentan la atención de enfermería en el recién nacido con atresia esofágica?	1. Sistematización de los referentes teóricos que sustentan el proceso del cuidado de la atención de enfermería en el recién nacido con atresia esofágica.	Teóricos: -Análisis documental -Histórico -Lógico -Sistematización	Capítulo I Proceso del cuidado en el recién nacido con atresia esofágica.	-Tendencias en el desarrollo histórico de la formación del personal de enfermería en la atención del recién nacido con atresia esofágica. -Repercusión social, económica y en la calidad del proceso asistencial.
			1.1 Fundamentos teóricos del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica.	
			1.2. Gestión del cuidado de enfermería para la atención al recién nacido con atresia esofágica.	
			1.3 Epistemología de los modelos y teorías de enfermería aplicables al recién nacido con atresia esofágica.	
2. ¿Cuál es el estado actual del cuidado de enfermería para la atención del recién nacido con atresia esofágica?	2. Caracterización del estado actual del cuidado de enfermería en el recién nacido con atresia esofágica en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín.	Teóricos: -Análisis documental- Sistematización -Histórico-Lógico -Modelación -Sistémico estructural funcional -Análisis- Síntesis	Capítulo II Caracterización del cuidado de enfermería en la atención del recién nacido con atresia esofágica.	Caracterización de las necesidades humanas afectadas y los cuidados de enfermería que se brindan en la atención del recién nacido con atresia esofágica.
			2.1 Caracterización del recién nacido operado de atresia esofágica.	
	2.2 Parametrización del cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.			
	2.3 Análisis de los resultados para la propuesta del modelo para el cuidado del recién nacido con atresia esofágica.			
		Empíricos: -Encuesta a personal de enfermería y familiares -Cuestionario	2.3.1 Encuesta aplicada al personal de enfermería.	

		<ul style="list-style-type: none"> -Observación participante -Prueba de desempeño <p>Procesamiento estadístico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Distribución de frecuencia -Cálculo porcentual -Cálculo índice ponderal 	<p>2.3.2 Encuesta aplicada a la familia.</p> <p>2.3.3 Cuestionario aplicado al personal de enfermería.</p> <p>2.3.4 Guía de observación aplicada al personal de enfermería.</p> <p>2.3.5 Prueba de desempeño antes de aplicado el modelo propuesto.</p> <p>2.4 Inventario de problemas y potencialidades.</p>	
3. ¿Cómo diseñar un modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica sustentada en el análisis fisiopatológico y anatómico de esas entidades?	3. Elaboración del diseño de un modelo para los cuidados de enfermería del recién nacido con atresia esofágica en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín.	<p>Empíricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Análisis documental -Sistematización -Modelación -Sistémico estructural funcional -Análisis- Síntesis 	<p>Capítulo III Modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.</p> <p>3.1 Proceso de modelación.</p> <p>3.2 Fundamentación del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.</p> <p>3.3 Estructura del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.</p> <p>3.4 Análisis de los resultados de la consulta a los expertos.</p> <p>3.5 Análisis de la prueba de desempeño después de aplicado el modelo.</p>	
4. ¿Qué resultados se obtendrán después de aplicado el modelo para el cuidado de	4.- Valoración de la viabilidad del modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.	<p>Teóricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Análisis documental -Modelación -Sistematización -Sistémico estructural funcional 		-Valoración de la aplicación modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica.

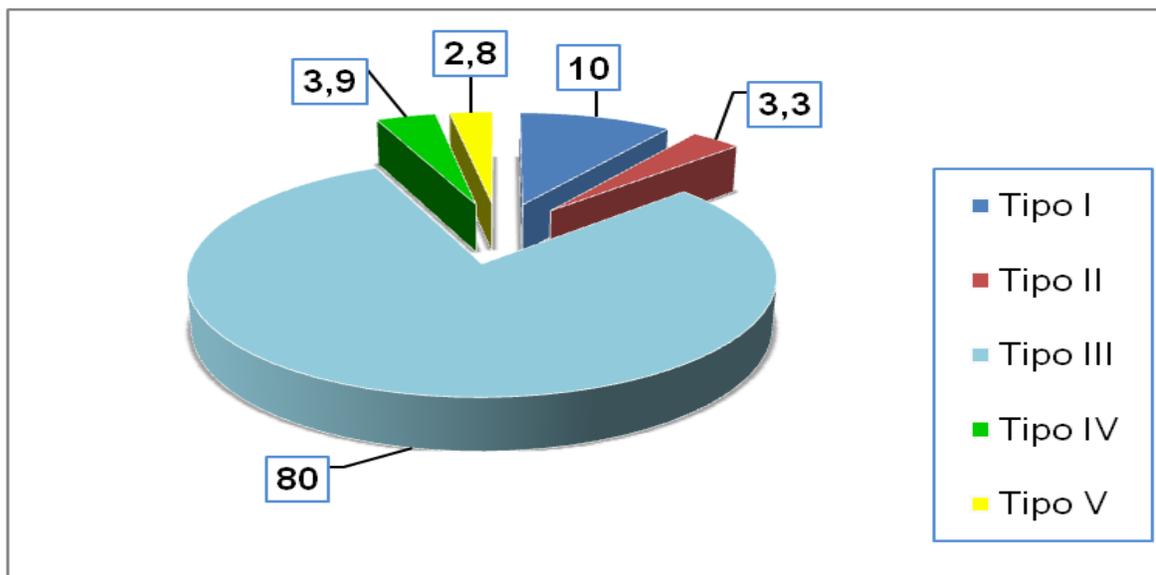
enfermería del recién nacido con atresia esofágica?		Empíricos: -Consulta de expertos y prueba de desempeño Procesamiento estadístico matemático: -Procesamiento del método Delphi -Cálculo porcentual -Cálculo índice ponderal -Prueba de signos		
---	--	--	--	--

Gráfico 1. Distribución de pacientes según lugar de procedencia



Fuente: historia clínica

Gráfico 2. Distribución de pacientes según clasificación de la atresia esofágica



Fuente: historia clínica

Tabla 1. Distribución de los pacientes operados de atresia esofágica según peso al nacer. Enero 1994- enero 2017

Peso (gramos)	N	%
1 500 – 1 999	33	18,3
2 000 – 2 499	40	22,2
≥ 2 500	107	59,5
Total	180	100,00

Fuente: historia clínica

Tabla 2. Distribución de los pacientes según edad gestacional

Edad gestacional	N	%
Pretérmino	57	31,7
A término	123	68,3
Post término	0	0
Total	180	100,00

Fuente: historia clínica

Tabla 3. Distribución de los pacientes según morbilidad

Morbimortalidad	N	%
Vivos	155	86,1
Fallecidos	25	13,9
Total	180	100,00

Fuente: historia clínica

Anexo 2. Parametrización de la variable

Variable: cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica					
1. Dimensión Comportamiento profesional					
1.1 Subdimensión: valoración clínica					
Indicadores	Instrumentos				
	Go	Ccpe	Epe	Ef	Pd
1.1.1 Nivel de conocimiento que poseen el profesional de enfermería sobre la atención del RN con AE	x	x	x		x
1.1.2 Nivel de experiencia clínica en la atención del RN con AE	x	x	x		x
1.1.3 Nivel de aplicación de los cuidados de enfermería para la prevención de eventos adversos	x	x	x		x
1.1.4 Nivel de diagnóstico de problemas identificados en la atención del RN con AE	x	x			x
1.2 Subdimensión: superación					
1.2.1 Nivel de actitud ante la superación			x		x
1.2.2 Nivel de conocimiento y aplicación de los contenidos relacionados con el RN con AE	x	x	x		x
1.2.3 Nivel de desarrollo de actividades científica relacionado con la atención del RN con AE			x		
1.2.4 Nivel de dominio de los conocimientos del pre y postgrado	x	x	x		x
1.3 Subdimensión: toma de decisiones					
1.3.1 Nivel de dominio de los métodos científicos para la atención del RN con AE	x	x			x
1.3.2 Nivel de desarrollo de habilidades	x	x			x
1.3.3 Nivel de autonomía para organizar y dirigir los cuidados de enfermería	x	x			x
1.3.4 Nivel de decisiones basadas de los métodos científicos aplicados a la actividad laboral	x	x			x
1.4 Subdimensión: modo de actuación					
1.4.1 Nivel en que ofrece el personal de enfermería cuidados desde la atención al RN con AE	x	x	x	x	x
1.4.2 Nivel en que domina el Proceso de Atención de Enfermería	x	x			x

1.4.3 Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	x	x			x
1.4.4 Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo	x	x			x
1.4.5 Nivel de desarrollo de las relaciones humanas y clima de trabajo en colectivo.	x			x	x
1.4.6 Nivel para la toma de decisiones ante situaciones de contingencias.	x	x			x
1.4.7 Nivel de cumplimiento de la disciplina laboral.	x				x
1.4.8 Grado de solución de los problemas y tomas de decisión.	x	x		x	x
1.4.9 Nivel de integración con el equipo multidisciplinario para la búsqueda, procesamiento y toma de decisiones.	x				x
1.5 subdimensión: accesibilidad					
1.5.1 Nivel de accesibilidad de los familiares a la atención de los profesionales	x	x		x	x
1.5.2 Grado de accesibilidad de la madre a los cuidados del RN	x	x		x	x
1.5.3 Nivel de aplicación de los principios éticos de accesibilidad a los servicios médicos	x	x		x	x
1.6 subdimensión: confidencialidad					
1.6.1 Nivel de confidencialidad del personal de enfermería en la interrelación con la familia	x	x		x	x
1.6.2 Nivel de confidencialidad del personal de enfermería con la familia en relación al diagnóstico y pronóstico del RN	x			x	x
1.6.3 Nivel de protección de la integridad y respeto a la dignidad del recién nacido en los exámenes diagnósticos en presencia de otras madres	x	x		x	x
2. Dimensión: comportamiento humano					
2.1 Subdimensión: comunicación					
2.1.1 Nivel de comunicación del profesional de enfermería con la familia	x	x		x	x
2.1.2 Nivel de comunicación del personal de enfermería con el personal de la unidad y directivos	x	x		x	x
2.1.3 Grado de defensa y argumentación de sus ideas.	x	x			x
2.1.4 Nivel de relaciones humanas.	x			x	x
2.2 subdimensión: información					

2.2.1 Nivel de claridad de la información expuesta a los familiares	x	x		x	x
2.2.2 Nivel en que recibe la información del estado de salud del RN	x	x		x	x
2.3 Subdimensión: manejo del dolor					
2.3.1 Nivel en que los familiares perciben las manifestaciones de dolor del RN	x	x		x	x
2.3.2 Nivel de identificación de los profesionales las manifestaciones de dolor en el RN	x	x			x
2.3.3 Nivel de actuación de los profesionales en el alivio del dolor	x	x		x	x
2.4 Subdimensión: trato					
2.4.1 Nivel de aplicación de los valores en el trato a los familiares	x	x		x	x
2.4.2 Nivel de dedicación en el sociabilidad con los familiares	x	x		x	x
2.4.3 Nivel de aplicación de los principios éticos y consentimiento informado en su quehacer profesional.	x	x		x	x
2.4.4 Grado en que resuelve los dilemas de las interrogante de la madre	x	x		x	x
3. Dimensión: necesidades humanas básicas					
3.1 Subdimensión: valoración					
3.1.1 Nivel de valoración de las necesidades del paciente y posibles alteraciones	x	x		x	x
3.1.2 Nivel de valoración de la necesidad de consumo de oxígeno en el RN con AE	x	x			x
3.1.3 Nivel de evidencia de la dehiscencia de sutura transanastomótica	x	x			x
3.1.4 Nivel de valoración de las necesidades de la familia	x	x		x	x
3.2 Subdimensión: diagnóstico					
3.2.1 Nivel en que aplica el juicio clínico sobre las respuestas individuales y familiares	x	x		x	x
3.2.2 Nivel de identificación de los componentes requeridos para la formulación de los diagnósticos según las necesidades afectadas	x	x		x	x
3.2.3 Nivel de desarrollo de habilidades en la identificación de la hipotermia y del dolor	x	x			x

3.2.4 Nivel de identificación de los riesgos	x	x			x
3.3 Subdimensión: planificación					
3.3.1 Nivel de planificación de los cuidados de enfermería	x	x			x
3.3.2 Nivel de programación de cuidados para a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados	x	x			x
3.3.3 Nivel de ordenamiento de los cuidados según las prioridades	x	x			x
3.3.4 Nivel de planteamiento de los objetivos con resultados esperados, elaboración de las actuaciones de enfermería y documentación y registro	x	x			x
3.4 Subdimensión: ejecución					
3.4.1 Nivel en que ejecuta las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada	x	x		x	x
3.4.2 Nivel de desarrollo de habilidades en la recogida y valoración de datos	x	x			x
3.5 Subdimensión: evaluación					
3.5.1 Nivel en el que se evalúa la eficacia y la efectividad de las actuaciones.	x	x		x	x
3.5.2 Nivel en el que se evalúa la evolución favorable del RN	x	x			x
3.5.3 Nivel de desarrollo de habilidades para la evaluación del estado emocional de los padres y familia	x	x	x	x	x
3.5.4 Nivel de desarrollo de habilidades en la evaluación de insatisfacción de la familia	x	x	x	x	x
3.5.5 Nivel de evaluación de la madre en el proceso de adiestramiento en la alimentación del RN por la gastrostomía	x	x	x	x	x

Leyenda

RN: recién nacido

AE: atresia esofágica

Epe: encuesta a profesionales de enfermería.

Go: guía de observación.

Ef: encuesta a familiares sobre la atención recibida de los profesionales de enfermería.

Ccpe: cuestionario de conocimiento a profesionales de enfermería que brindan cuidados de enfermería a pacientes con el diagnóstico de atresia esofágica

Pd: prueba de desempeño

Tabla 4. Relación de instrumentos utilizados en la parametrización

Instrumentos	Dirigido a	Objetivos
Guía de la encuesta	Personal de enfermería	Valorar los criterios de actuación del profesional de enfermería en la atención al paciente con el diagnóstico de atresia esofágica que influyen directamente en la calidad de la atención.
Guía de la encuesta	Familiares	Diagnosticar información relacionada con la atención recibida del personal de enfermería hasta el momento de su egreso hospitalario con el diagnóstico de atresia esofágica.
Guía de observación	Personal de enfermería	Caracterizar el desempeño en las actividades asistenciales del recurso humano de enfermería en los diversos escenarios que se brindan cuidados al paciente con el diagnóstico de atresia esofágica.
Guía del cuestionario de conocimiento	Personal de enfermería	Identificar el nivel de conocimiento que tienen los personal de enfermería, relacionados con la atención al paciente con el diagnóstico de atresia esofágica.

Anexo 3. Encuesta al personal de enfermería

Objetivo: identificar los criterios de actuación del personal de enfermería en la atención del recién nacido portador de atresia esofágica.

Esta encuesta obedece a una investigación doctoral que se realiza en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial, titulada: modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. Le solicitamos su máxima colaboración en las respuestas de esta encuesta. Le informamos que se mantendrá el anonimato y que los datos obtenidos serán de uso estrictamente investigativos.

I. Información general

1. Edad _____

2. Categoría ocupacional Especialista____ Licenciado en Enfermería____
Técnico medio____

3. Ocupación actual _____

4. Año de graduado (a) _____

5. Años de experiencia laboral en la atención al recién nacido_____

II. Aspectos relacionados con su desempeño profesional

1. ¿Cómo usted valora la influencia del desarrollo alcanzado de la cirugía neonatal en el recién nacido con malformaciones complejas en el servicio?

Muy adecuado____ Adecuado ____ Medianamente Adecuado____ Poco
Adecuado____ Inadecuado____

2. Evalúe los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes con el diagnóstico de atresia esofágica.

Muy adecuado____ Adecuado ____ Medianamente Adecuado____ Poco
Adecuado____ Inadecuado____

3. Evalúe la preparación que recibe en temas relacionados con la atención del recién nacido con atresia esofágica.

Muy adecuado____ Adecuado ____ Medianamente Adecuado____ Poco
Adecuado____ Inadecuado____

4. ¿Cómo usted valora la incorporación de los cuidados de enfermería según la variedad de atresia esofágica?

Extremadamente importante___ Muy importante___ Algo importante ___
Nada importante___

5. ¿Considera que los conocimientos obtenidos del pregrado le permiten un desempeño profesional adecuado en la atención al recién nacido con atresia esofágica?

Sí___ No___

6. ¿Considera que los conocimientos obtenidos del pregrado le permiten una correcta orientación y preparación a la madre en los cuidados del recién nacido con atresia esofágica?

Sí___ No___

7. Marque con una cruz (x) las alternativas de superación profesional utilizadas por usted que le permitieron adquirir los conocimientos relacionados con la atención al recién nacido con atresia esofágica

Diplomado___ Conferencia___ Especialidad___ Entrenamiento___ Taller___
Ninguna forma de superación ___

8. ¿Considera que la preparación recibida le ofrece todos los elementos teórico-práctico que le permitan brindar cuidados de calidad al recién nacido con atresia esofágica?

Sí___ No___

9. Marque con una cruz (x) la frecuencia con la que usted se auto prepara en temáticas relacionadas con este tipo de diagnóstico.

Diario___ Semanal___ Mensual___ En ocasiones___ Nunca___

10. ¿Considera usted importante en la recuperación del recién nacido la actuación del personal de enfermería según la variedad de atresia esofágica?

Sí___ No___

Tabla 5. Personal de enfermería que labora en el servicio de neonatología según edad

Edad (años)	Frecuencia	%
25 - 34	8	19
35-44	14	33,3
45 -54	18	42,9
55 y más	2	4,8
Total	42	100,00

Fuente: encuesta aplicada al personal de enfermería

Tabla 6. Distribución según categoría ocupacional

Categoría ocupacional	Frecuencia	%
Especialista	8	19
Licenciado en enfermería	29	69
Técnico medio (postbásico)	5	12
Total	42	100,00

Fuente: encuesta aplicada al personal de enfermería

Tabla 7. Distribución según años de experiencia laboral en la atención al recién nacido

Experiencia laboral (años)	Frecuencia	%
Menos 5	2	4,8
5 - 9	6	14,3
10 -14	10	23,8
15 -19	11	26,2
20 y más	13	30,9
Total	42	100,00

Fuente: encuesta aplicada al personal de enfermería

Tabla 8. Resultados de la aplicación de la encuesta al personal de enfermería relacionado con el desempeño de enfermería

Aspectos abordados en las preguntas	Principales criterios	Frecuencia Absoluta	%
1. Influencia del desarrollo alcanzado de la cirugía neonatal en los RN con malformaciones complejas en el servicio.	Muy adecuado	5	11,9
	Adecuado	7	16,7
	Medianamente Adecuado	18	42,8
	Poco Adecuado	12	28,6
	Inadecuado	0	0,00
2. Evaluación de los cuidados brindados a los pacientes con el diagnóstico de AE.	Muy adecuado	12	28,6
	Adecuado	5	11,9
	Medianamente Adecuado	17	40,5
	Poco Adecuado	7	16,7
	Inadecuado	1	2,3
3. Evaluación de la preparación recibida en temas relacionados con la atención del RN con AE.	Muy adecuado	2	4,8
	Adecuado	5	11,9
	Medianamente Adecuado	4	9,5
	Poco Adecuado	19	45,2
	Inadecuado	12	28,6
4. Valoración de la incorporación de los cuidados de enfermería según la variedad de AE.	Extremadamente importante	27	64,3
	Muy importante	14	33,3
	Algo importante	1	2,4
	Nada importante	0	0.00
5. Conocimientos obtenidos del pregrado permiten un desempeño profesional adecuado.	Si	13	31
	No	29	69

6. Conocimientos obtenidos del pregrado permiten una correcta orientación y preparación a la madre en los cuidados.	Si	10	24
	No	32	76
7. Alternativas de superación profesional utilizadas en la adquisición de conocimientos relacionados con atención a RN con AE.	Diplomado	1	2,4
	Conferencia	3	7,1
	Especialidad	8	19
	Entrenamiento	2	4,8
	Taller	2	4,8
	Ninguna forma de superación	26	61,9
8. La preparación recibida le ofrece los elementos que le permitan brindar cuidados de calidad.	Si	16	38,1
	No	26	61,9
9. Frecuencia con la que se auto prepara.	Diario	2	4,8
	Semanal	4	9,5
	Mensual	5	11,9
	En ocasiones	14	33,3
	Nunca	17	40,5
10. Importancia en la recuperación del RN la actuación del personal de enfermería según la variedad de AE.	Si	50	96,2
	No	2	3,8

Fuente: encuesta aplicada al personal de enfermería

Anexo 4. Encuesta aplicada a los familiares

Objetivo: obtener información relacionada con la atención recibida de los profesionales de enfermería en los recién nacidos con atresia esofágica.

Estimado(a) familiar esta encuesta obedece a una investigación doctoral, que se realiza en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial, titulada: Modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. Le solicitamos su máxima colaboración en las respuestas de la encuesta. La información aportada por usted será importante, los datos obtenidos serán de uso estrictamente investigativos.

Nombre del recién nacido:_____ N° Historia Clínica_____

Nombre de quien responde la encuesta_____

Grado de parentesco_____

Edad:_____. Nivel de estudios: _____ Fecha de la encuesta_____.

Durante el ingreso hospitalario de su hijo (a) ¿El médico o enfermera le informó sobre alguno de los siguientes puntos?

1) Las normas establecidas en el servicio:

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.
- No sabe, no contesta.

2) Sobre la enfermedad de su hijo:

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.
- No sabe, no contesta.

3) Sobre la realización de pruebas diagnósticas:

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.

No sabe, no contesta.

Ahora se le preguntará sobre la claridad con que le informaron el médico o personal de enfermería sobre los cuidados que le ofrecieron a su hijo (a).

4) Cuando tuvo preguntas que hacer a alguna enfermera, ¿recibió Usted respuestas claras, fáciles de entender?:

Sí, siempre.

Sí, a veces.

No.

No tuve necesidad de preguntar.

No sabe, no contesta.

5) ¿Recibió usted adiestramiento para la manipulación de su hijo una vez que fuera egresado?

Sí, totalmente.

Sí, hasta cierto punto.

No.

No sabe, no contesta.

Ahora se le realizarán dos preguntas sobre las condiciones en que le dieron la información en el servicio.

6) A veces en el servicio un médico o personal de enfermería pueden decir una cosa y otro decir lo contrario, ¿le ha pasado esto a Usted?:

Sí, muy a menudo.

Sí, alguna vez.

No.

No sabe, no contesta.

7) ¿Hablaron los médicos y personal de enfermería delante de usted como si no estuviera allí?:

Sí, a menudo.

Sí, alguna vez.

No.

No sabe, no contesta.

Las siguientes preguntas se refieren a empatía o cercanía de los profesionales que le informaron:

8) Si tuvo alguna preocupación o miedo sobre el estado de salud de su hijo (a) o el tratamiento recibido, ¿Recibió usted información y apoyo?:

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.
- No tuve ninguna preocupación o miedo.
- No sabe, no contesta.

A continuación, le preguntaremos sobre la accesibilidad o facilidad para hablar con los profesionales que trataron a su hijo(a).

9) ¿Los profesionales que atendieron a su hijo(a) le animaron a preguntar sobre su enfermedad o cualquier aspecto relacionado con ella?

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.
- No sabe, no contesta.

10) ¿Le fue fácil acceder al médico o el personal de enfermería para que le explicara sus dudas?:

- Sí, siempre.
- Sí, a veces.
- No.
- No tuve necesidad de localizarle.

Las siguientes dos preguntas están referidas a los destinatarios de la información, es decir a quién se dirigía la información.

11) Habitualmente, ¿a quién se dirigían primero cuando daban la información sobre el estado de salud de su hijo (a)?:

- A Usted.
- A otro miembro de su familia.
- A todos a la vez.

Dependía del momento.

No sabe, no contesta.

12) Y Usted, ¿a quién hubiera preferido que informaran en primer lugar?:

A Usted.

A otro miembro de su familia.

A todos a la vez.

Depende del momento.

No sabe, no contesta.

Ahora se formularán una serie de preguntas sobre el momento de alta y la vuelta a su domicilio.

13) ¿Los médicos y personal de enfermería le brindaron a usted u otro miembro de su familia, la información necesaria para ayudar a la recuperación de su hijo(a)?:

Sí, totalmente.

Sí, hasta cierto punto.

No.

No hubo familiares implicados.

Mi familia no quiso o necesitó información.

No quise que mis familiares hablaran con el médico.

No sabe, no contesta.

14) ¿Algún miembro del personal del servicio le explicó para que servían los medicamentos que tendría que tomar su hijo(a) en casa, de manera que usted lo pudiera comprender?:

Sí, totalmente.

Sí, hasta cierto punto.

No.

No necesité explicaciones.

No tuvo que tomar medicamentos.

No sabe, no contesta.

15) ¿Algún profesional le explicó los posibles efectos secundarios de la medicación que debía tener en cuenta?:

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.
- No necesité explicaciones.
- No sabe, no contesta.

16) ¿Le habló alguien de los posibles signos de alarma, relacionados con su enfermedad o tratamiento, a los que tenía que estar atento al volver a casa?:

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.
- No sabe, no contesta.

Estas últimas preguntas ayudarán a conocer algunos aspectos de la calidad de la relación de los profesionales con usted: el respeto a la confidencialidad y a la intimidad, su forma de tratar el dolor y cómo percibió el trato que le ofrecieron.

17) Al explicar los aspectos de la enfermedad de su hijo(a) ¿trataron de evitar que los familiares de otros enfermos pudieran oírlo (¿por ejemplo, le hablaron en voz baja)?

- Sí, siempre.
- Sí, a veces.
- No.
- Estuvo ingresado(a) en una habitación individual.
- No sabe, no contesta.

18) ¿Los profesionales trataron de proteger la intimidad de su hijo(a) durante el ingreso hospitalario (¿por ejemplo, al hacer exploraciones, pruebas diagnósticas, lo asearon, no permitieron que otras madres observaran)?:

- Sí, totalmente.
- Sí, hasta cierto punto.
- No.

No fue necesario.

No sabe, no contesta.

19) Cree usted que su hijo (a) sintió dolor en algún momento?:

Sí.

No.

No sabe, no contesta.

20) ¿Cree que el personal del hospital hizo todo lo que pudo para calmar el dolor de su hijo (a)?:

Sí, totalmente.

Sí, hasta cierto punto.

No.

No sabe, no contesta.

21) A la hora de darle algún tipo de información sobre el estado de salud de su hijo (a), los profesionales ¿lo hicieron en general con delicadeza?:

Sí, siempre.

Sí, a veces.

No.

No sabe, no contesta.

22) Al informarle sobre el estado de enfermedad de su hijo (a), ¿le dedicaba suficiente tiempo?:

Sí, siempre.

Sí, a veces.

No.

No sabe, no contesta.

23) En general, ¿se sintió usted tratado(a) con respeto mientras su hijo(a) estuvo en el Hospital?:

Sí, siempre.

Sí, a veces.

No.

Algún comentario final o aspecto adicional que quisiera mencionar:

Tabla 9. Respuesta a la encuesta aplicada a los familiares. Sub-dimensión información

Pregunta	R ₁	%	R ₂	%	R ₃	%	R ₄	%	R ₅	%
1	30	57,7	17	32,7	2	3,8	3	5,8		
2	29	55,8	16	30,8	5	9,6	2	3,8		
3	16	30,8	20	38,4	8	15,4	8	15,4		
4	18	34,6	27	51,9	3	5,8	1	1,9	3	5,8
5	29	55,8	19	36,5	3	5,8	1	1,9		
6	4	7,7	9	17,3	37	71,2	2	3,8		
7	8	15,4	19	36,5	22	42,3	3	5,8		
8	44	84,6	7	13,5	0	0	1	1,9		

Fuente: encuesta aplicada a los familiares

Leyenda R: Respuesta

Tabla 10. Respuesta a la encuesta aplicada a los familiares. Sub-dimensión accesibilidad

Pregunta	R ₁	%	R ₂	%	R ₃	%	R ₄	%	R ₅	%	R ₆	%	R ₇	%
9	21	40,4	25	48,1	6	11,5								
10	29	55,8	4	7,7	0	0	19	36,5						
11	12	23,1	4	7,7	17	32,7	19	36,5						
12	4	7,6	7	13,5	16	30,8	21	40,4	4	7,7				
13	16	30,8	14	26,9	4	7,7	7	13,5	8	15,4	2	3,8	1	,9
14	44	84,6	7	13,5	0	0	1	1,9						
15	44	84,6	7	13,5	0	0	1	1,9						
16	45	86,5	7	13,5										

Fuente: encuesta aplicada a los familiares

Tabla11. Respuesta a la encuesta aplicada a los familiares. Sub-dimensión confidencialidad

Pregunta	R ₁	%	R ₂	%	R ₃	%	R ₄	%
17	25	48,1	22	42,3	5	9,6	0	0
18	21	40,4	15	28,9	2	3,8	14	26,9

Fuente: encuesta aplicada a los familiares

Tabla 12. Respuesta a la encuesta aplicada a los familiares. Sub-dimensión dolor

Pregunta	R ₁	%	R ₂	%	R ₃	%	R ₄	%
19	25	48,1	13	25	14	26,9	0	0
20	37	71,1	12	23,1	0	0	3	8

Fuente: encuesta aplicada a los familiares

Tabla 13. Respuesta a la encuesta aplicada a los familiares. Sub-dimensión trato

Pregunta	R ₁	%	R ₂	%
21	33	63,5	19	36,5
22	38	73	14	26,9
23	49	92,3	3	5,8

Fuente: encuesta aplicada a los familiares

Anexo 5. Cuestionario de conocimientos al personal de enfermería que brindan cuidados al recién nacido con atresia esofágica

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería, relacionados con la atención al RN con AE.

Estimado(a) colega este cuestionario obedece a una investigación doctoral. Le pedimos su máxima colaboración en las respuestas de este cuestionario. Su contribución permitirá el desarrollo de la investigación titulada: Modelo para los cuidados de enfermería del RN con AE. La información aportada por usted será importante, los datos obtenidos serán de uso estrictamente investigativos. La información resultante de la aplicación del instrumento se considera valiosa para el logro de los objetivos propuestos. Agradecemos la colaboración.

N	Item
Variable: cuidado de enfermería del RN con AE	
Subdimensión: aspecto general	
1	¿La AE en el RN se puede definir de la siguiente Manera? A) Es una malformación por la interrupción de la luz de la tráquea. B) Es una malformación congénita por falta de continuidad del esófago. C) Se presenta una bolsa esofágica ciega y una comunicación entre el extremo distal esofágico y la tráquea. D) Ninguna de las anteriores.
2	¿Cuántos tipos anatomopatológicos de AE existen según la clasificación de (Ladd y Gross)? A) III B) IV C) V D) VI
3	¿Indique cuál es la función de las sondas transanastomótica que se le coloca al RN con AE en el salón de operaciones? A) La sonda transanastomótica tiene por función actuar como tutor de la sutura esofágica y para la alimentación en los días posteriores B) Drenar las secreciones gástricas evitando la distensión abdominal. C) Se utiliza para la alimentación al día siguiente de la intervención D) Todas las anteriores.
Subdimensión: valoración	
4	¿Qué aspectos incluiría en la valoración general del RN con AE al ingresar? A) Valoración del estado general B) Presencia de saliva abundantes por la boca C) Valoración de la circunferencia cefálica D) Todas las anteriores

5	<p>¿En la valoración de enfermería en un paciente con AE como se puede evidenciar que la sobrestimulación puede provocar complicaciones respiratorias?</p> <p>A) Convulsiones B) Neumotórax C) Aumento del consumo de oxígeno D) Todas las anteriores</p>
6	<p>¿Qué evidencia en la valoración del RN con AE Tipo II, podemos encontrar si hay dehiscencia de la sutura traqueal?</p> <p>A) Salida de aire o burbujeo a través del drenaje pleural B) El drenaje oscila C) Se evidencia por imagen radiológicas, atelectasia D) Presencia de reflujo gastroesofágico</p>
7	<p>La AE puede estar asociada con malformaciones y enfermería debe conocer de su existencia para mantener el monitoreo correspondiente. Marque la respuesta incorrecta</p> <p>A) Neurológicas B) Anorectales y urogenitales C) Cardiovasculares las más graves y las más frecuentes.</p>
8	<p>En la etapa de valoración se pueden evidenciar si existen complicaciones derivadas de la colocación de la sonda orogástrica y la administración del contraste. Marque la respuesta incorrecta</p> <p>A) Perforación esofágica B) Convulsiones frecuentes C) Broncoaspiración</p>
9	<p>¿Qué aspectos incluiría en la valoración del cuidado del RN con AE Tipo I en el postoperatorio?</p> <p>A) Valoración de la sonda de gastrostomía B) Valoración de la sonda transanastomótica C) Valoración sonda de gastrostomía y la sonda transanastomótica D) Todas las anteriores</p>
Subdimensión: diagnóstico	
10	<p>En el RN con AE en las primeras horas del diagnóstico unas de las complicaciones es la hipotermia relacionada con:</p> <p>A) Prematurez B) Infección C) Manipulación frecuente D) Traslado de los centros emisores</p>
11	<p>Los pacientes con AE tienen una nutrición alterada menor de los requerimientos corporales relacionados con:</p> <p>A) Vía oral suspendida B) Dificultad para deglutir C) Tos y Cianosis. D) Todas las anteriores.</p>
12	<p>El paciente postquirúrgico de AE presenta el riesgo de déficit de Volumen de líquidos relacionado con:</p> <p>A) Suspensión de la vía oral B) Incapacidad de tolerar la alimentación oral C) Malformación renal D) A y B son correctas</p>

13	<p>La limpieza ineficaz de vías aéreas en los RN con AE está relacionado con:</p> <p>A) Exceso de salivación B) Reflujo gastroesofágico C) Acumulación de secreción en boca, nariz, bolsa ciega D) Ninguna de las anteriores.</p>
14	<p>Dentro del diagnóstico de enfermería, en el RN con AE. Alteración de la ingestión de nutrientes relacionado con:</p> <p>A) Segmento atrésico B) Neumonía C) Bajo peso D) Estado de deshidratación</p>
	Subdimensión: planificación
15	<p>En la planificación la permeabilidad de las vías aéreas en los RN con AE se puede lograr mediante:</p> <p>A) Aspiración de secreciones B) Cuidados del tubo endotraqueal (Ubicación y Fijación). C) Posición semisentado entre 30° y 45° D) Todas las anteriores</p>
16	<p>En la planificación entre las medidas preventivas, para evitar la dehiscencia de la sutura esofágica en la AE con fístula proximal. Marque la respuesta incorrecta</p> <p>A) Colocar al paciente semisentado en ángulo entre 30° y 45° B) Hiperextender el cuello. C) Se recomienda no pesar al paciente en un espacio de 72 a 96 horas. D) No atravesar con la sonda de aspiración el orificio distal del tubo y no profundizar mucho la aspiración de la boca.</p>
17	<p>En la planificación para el cuidado del RN con AE, enfermería lleva a cabo las siguientes intervenciones:</p> <p>A) Consulta con los médicos las intervenciones B) Consulta de protocolo de enfermería para los RN con AE C) Los criterios que posee enfermería D) Todas las anteriores</p>
18	<p>Dentro de la planificación de enfermería en el RN post operado de AE sobre la prevención de la extubación endotraqueal se debe considerar lo siguiente:</p> <p>A) Fijación: mantener la inmovilidad del tubo B) Ubicación: de tal manera que se mantenga la ubicación en la que se dejó quirúrgicamente C) Permeabilidad: debe evaluarse C/2 horas y proceder a la instilación de solución fisiológica 0.5 cc y luego aspirar, no sobrepasando el largo del tubo. D) A y B son correcta.</p>

19	<p>Al realizar observaciones del débito del drenaje en búsqueda de complicaciones se deben considerar las siguientes estrategias:</p> <p>A) Verificar y evaluar la conexión correcta y permeabilidad</p> <p>B) Se debe fijar a la incubadora</p> <p>C) Se realiza doble fijación del drenaje en el sitio de salida y a la cadera o miembro inferior del RN</p>
Subdimensión: ejecución	
20	<p>Indique cuáles son las medidas a implementar por el personal de enfermería para mantener un patrón respiratorio en óptimas condiciones en el RN con AE</p> <p>A) Cuidado del tubo endotraqueal (fijación, permeabilidad y ubicación)</p> <p>B) Colocar y mantener en posición semisentado al RN</p> <p>C) Hipertensión del cuello D) A y B son correcta.</p>
21	<p>Se debe mantener observación de la sonda pleural con el objetivo de:</p> <p>A) - Marque la repuesta correcta B) Mantener hemodinámicamente estable al RN</p> <p>C) Disminuir la presión abdominal</p> <p>D) Para drenar líquidos y mantener los pulmones abiertos</p> <p>Evitar la dehiscencia de sutura</p>
22	<p>Es de fundamental importancia el cuidado de las sondas transanastomótica para evitar su desplazamiento o salida, Marque la repuesta incorrecta</p> <p>A) Evaluar y documentar por hora: TEMP, TA, FC Y FR</p> <p>B) Evitar la hiperextensión del cuello. Para lograr esta posición se mantiene al recién nacido con sedación y analgesia durante 24 a 48 Horas</p> <p>C) Fijación y permeabilidad de la sonda transanastomótica</p> <p>D) Paciente en decúbito dorsal con cabeza en línea media. En un ángulo de 30°</p>
23	<p>Los cuidados de enfermería que se deben realizar en la AE tipo I con la gastrostomía son de vital importancia: indique las repuestas correcta</p> <p>A) Limpieza externa. Mantener: conector, sonda y soporte externo limpios</p> <p>B) Comprobación de la posición, antes de cada toma, hay que comprobar que la sonda no se ha movido</p> <p>C) Cambiar la sonda cada en cada proceso de alimentación</p> <p>D) Mantener el tapón de la sonda cerrado cuando no se utilice para evitar la salida del contenido gástrico</p>
24	<p>¿Cuáles son los cuidados para que el RN con AE, conserve la nutrición adecuada para promover la cicatrización, el crecimiento y desarrollo?</p> <p>A) Colocar al recién nacido en posición semi fowler para evitar el reflujo</p> <p>B) Iniciar y mantener hidratación parenteral</p> <p>C) Cuidado de las sondas transanastomótica fijación y permeabilidad</p> <p>D) Todas son correcta</p>

Subdimensión: evaluación	
25	<p>En las actuaciones de enfermería se debe verificar si el RN con AE mejora sus condiciones mediante:</p> <p>A) Conservar el patrón de respiración en condiciones óptima</p> <p>B) Ausencia de dehiscencia de anastomosis</p> <p>C) Conservar la nutrición adecuada para promover la cicatrización, el crecimiento y desarrollo</p> <p>D) Todas son correctas</p>
26	<p>El RN refleja evolución favorable, cuando se evalúa y se evidencia lo siguiente:</p> <p>A) Inicio de la vía oral</p> <p>B) Ausencia de dehiscencia de anastomosis</p> <p>C) Refistulación</p> <p>D) No signos de sepsis</p>
27	<p>La incertidumbre de los padres y familia relacionada con la enfermedad y las dudas en relación a la atención que debe brindarle a su hijo. Indique cual debe ser el resultado deseado</p> <p>A) Mantener a los padres alejados del dolor</p> <p>B) Los padres recuperan la tranquilidad de estar bien informados y de contar con un equipo de profesionales de enfermería capacitado.</p> <p>C) Padres intranquilos con gran ansiedad</p> <p>D) Informar a los padres sobre la condición de salud y diagnóstico del RN</p>
28	<p>En la etapa de evaluación se debe comprobar que la madre del RN con AE Tipo I, se encuentra adiestrada en el proceso de alimentación por la gastrostomía durante:</p> <p>A) Una semana antes del alta</p> <p>B) Cuando no existan riesgos para el paciente</p> <p>C) El día del alta</p> <p>D) No es necesario adiestrarla</p>
29	<p>¿Cuál debería de ser el resultado deseado en el diagnóstico de enfermería sobre el deterioro de la integridad cutánea?</p> <p>A) Pérdida de la integridad del cuello y tórax</p> <p>B) Detectar precozmente complicaciones derivadas de la reparación quirúrgica</p> <p>C) Recupera la integridad de la piel, mostrando buena cicatrización</p> <p>D) Evaluar la herida quirúrgica una vez por turno.</p>

Tabla 14. Respuesta al cuestionario de conocimientos al personal de enfermería que brindan cuidados al recién nacido con atresia esofágica

N	Principales criterios	Frecuencia Absoluta	%
1.	A) Es una malformación por la interrupción de la luz de la tráquea	15	35,7
	B) Es una malformación congénita por falta de continuidad en el trayecto del esófago	12	28,6
	C) Se presenta una bolsa esofágica ciega y una comunicación entre el extremo distal esofágico y la tráquea.	14	33,3
	D) Ninguna de las anteriores	1	2,4
2.	A) III	9	21,4
	B) IV	15	35,7
	C) V	14	33,3
	D) VI	4	9,6
3.	A) La sonda transanastomótica tiene por función actuar como tutor de la sutura y para la alimentación en los días posteriores	13	31
	B) Drenar las secreciones evitando la distensión abdominal	14	33,3
	C) Se utiliza para la alimentación al día siguiente de la intervención	8	19
	D) Todas las anteriores	7	16,7
4.	A) Valoración del estado general	16	38,1
	B) Presencia de saliva abundantes por la boca	13	31
	C) Valoración de la circunferencia cefálica	8	19
	D) Todas las anteriores	5	11,9
5.	A) Convulsiones	11	26,2
	B) Neumotórax	14	33,3
	C) Aumento del consumo de oxígeno	10	23,8
	D) Todas las anteriores	7	16,7
6.	A) Salida de aire o burbujeo a través del drenaje pleural.	17	40,5
	B) El drenaje oscila	6	14,2
	C) Se evidencia por imagen radiológicas, atelectasia.	7	16,7
	D) Presencia de reflujo gastroesofágico	12	28,6
7.	A) Neurológicas	16	38,1
	B) Anorectales y urogenitales	11	26,2
	C) Cardiovasculares las más graves y las más frecuentes.	15	35,7
8.	A) Perforación esofágica	15	35,7
	B) Convulsiones frecuentes	8	19,1
	C) Broncoaspiración	19	45,2

9.	A) Valoración de la sonda de gastrostomía	16	38,1
	B) Valoración de la sonda transanastomótica	7	16,7
	C) Valoración de la sonda: gastrostomía y transanastomótica	10	23,8
	D) Todas las anteriores	9	21,4
10.	A) Prematurez	5	11,9
	B) Infección	6	14,2
	C) Manipulación frecuente	14	33,3
	D) Traslado de los centros emisores	17	40,5
11.	A) Vía oral suspendida	19	45,2
	B) Dificultad para deglutir	11	26,2
	C) Tos y Cianosis	5	11,9
	D) Todas las anteriores	7	16,7
12.	A) Suspensión de la vía oral	18	42,9
	B) Incapacidad de tolerar la alimentación oral	16	38,1
	C) Malformación renal	3	7,1
	D) A y B son correcta	5	11,9
13.	A) Exceso de salivación	11	26,2
	B) Reflujo gastroesofágico	14	33,3
	C) Acumulación de secreción en boca, nariz y bolsa ciega.	15	35,7
	D) Ninguna de las anteriores	2	4,8
14.	A) Segmento atrésico	21	50
	B) Neumonía	5	11,9
	C) Bajo peso	6	14,3
	D) Estado de deshidratación	10	23,8
15.	A) Aspiración de secreciones	10	23,8
	B) Cuidados del tubo endotraqueal	11	26,2
	C) Posición semisentado entre 30° y 45°	5	11,9
	D) Todas las anteriores	16	38,1
16.	A) Colocar al paciente semisentado en ángulo entre 30° y 45°	12	28,6
	B) Hiperextender el cuello	8	19
	C) Se recomienda no pesar al paciente en un espacio de 72 a 96 horas	11	26,2
	D) No atravesar con la sonda de aspiración el orificio distal del tubo y no profundizar mucho la aspiración de la boca	11	26,2
17.	A) Consulta con los médicos las intervenciones	5	11,9
	B) Consulta de protocolo de enfermería para los recién nacidos con atresia esofágica	16	38,1
	C) Los criterios que posee enfermería	17	40,5
	D) Todas las anteriores	4	9,5
18.	A) Fijación: mantener la inmovilidad del tubo	11	26,2
	B) Ubicación: de tal manera que se mantenga la ubicación en la que se dejó quirúrgicamente	12	28,6

	C) Permeabilidad: esta debe evaluarse C/2 horas y proceder a la instilación de solución fisiológica a una razón de 0.5 cc y luego aspirar No sobrepasando el largo del tubo	8	19
	D) A y B son correcta	11	26,2
19.	A) Verificar y evaluar la conexión correcta y permeabilidad	22	52,4
	B) Se debe fijar a la incubadora	12	28,6
	C) Se realiza doble fijación del drenaje en el sitio de salida y a la cadera o miembro inferior	8	19
20.	A) Cuidado del tubo endotraqueal	14	33,3
	B) Colocar y mantener en posición semisentado al RN	15	35,7
	C) Hipertensión del cuello	13	31
21.	A) Disminuir la presión abdominal	9	21,4
	B) Mantener hemodinámicamente estable al RN	10	23,8
	C) Para drenar líquidos y mantener los pulmones abiertos	14	33,3
	D) Evitar la dehiscencia de sutura	9	21,4
22.	A) Evaluar y documentar por hora: TEMP, TA, FC, FR	8	19
	B) Evitar hiperextensión del cuello. Para lograr esta posición se mantiene al RN con sedación y analgesia durante 24 a 48 h	9	21,4
	C) Fijación y permeabilidad de la sonda transanastomótica	14	33,3
	D) Paciente en decúbito dorsal con cabeza en línea media. En un ángulo de 30°	11	26,2
23.	A) Limpieza externa: conector, sonda y soporte externo limpios	12	28,6
	B) Comprobación de la posición de la sonda	12	28,6
	C) Cambiar la sonda cada en cada proceso de alimentación	8	19
	D) Mantener el tapón de la sonda cerrado cuando no se utilice para evitar la salida del contenido gástrico	10	23,8
24.	A) Colocar al RN en posición semifouler para evitar el reflujo	10	23,8
	B) Iniciar y mantener hidratación parenteral	11	26,2
	C) Cuidado de la sonda transanastomótica	5	11,9
	D) Todas son correcta	16	38,1
25.	A) Conservar el patrón de respiración en condiciones óptima	17	40,5
	B) Ausencia de dehiscencia de anastomosis	6	14,2
	C) Conservar la nutrición adecuada para promover la cicatrización, el crecimiento y desarrollo	7	16,7
	D) Todas son correctas	12	28,6

26. A) Inicio de la vía oral	14	33,3
B) Ausencia de dehiscencia de anastomosis	15	35,7
C) Refistulación	13	31
D) No signos de sepsis	14	33,3
27. A) Mantener a los padres alejados del dolor	8	19
B) Los padres recuperan la tranquilidad de estar bien informados y de contar con personal de enfermería capacitado	14	33,3
C) Padres intranquilos con gran ansiedad	9	21,4
D) Informar a los padres sobre la condición de salud y diagnóstico del RN	11	26,2
28. A) Una semana antes del alta	17	40,5
B) Cuando no existan riesgos para el paciente	16	38,1
C) El día del alta	5	11,9
D) No es necesario adiestrarla	4	9,5
29. A) Pérdida de la integridad del cuello y tórax	12	28,6
B) Detectar precozmente complicaciones derivadas de la reparación quirúrgica	12	28,6
C) Recupera la integridad de la piel, mostrando buena cicatrización	8	19
D) Evaluar la herida quirúrgica una vez por turno	10	23,8

Anexo 6. Guía de observación

No	Criterios de observación	SI	No
1.	Recepciona al recién nacido, con la documentación indicada por el centro emisor.		
2.	Identifica al recién nacido verificando la manilla y la remisión		
3.	Interactúa con el equipo que realiza el traslado sobre posibles complicaciones.		
4.	Orienta a la madre y familiares sobre las normas del servicio.		
5.	Maneja adecuadamente su expresión oral y cualidades de la personalidad: sociable, modesto, leal, amable, alegre, colectivista, exigente, responsable, trabajador, meticuroso, estable, seguro.		
6.	Valora aspectos psicológicos en la madre y familia: incertidumbre, ansiedad, cansancio.		
7.	Identifica signos de hipotermia.		
8.	Identifica los cuidados según la variedad de atresia esofágica.		
9.	Aplica la colocación de la posición correcta del neonato.		
10.	Aplica los cuidados con la sonda transanastomótica.		
11.	Aplica los cuidados con la sonda de gastrostomía.		
12.	Evidencia la dehiscencia de la sutura traqueal.		
13.	Valora la colocación de la sonda orogástrica según el peso del recién nacido.		
14.	Propicia el adiestramiento de la madre en la alimentación por la gastrostomía.		
15.	Identifica necesidades humanas afectadas en el paciente.		
16.	Anota los datos subjetivos aportados por la madre.		
17.	Identifica manifestaciones de dolor en el recién nacido.		
18.	Valora la presencia de complicaciones.		
19.	Toma de decisiones para responder a los problemas profesionales en su actuación como enfermero.		
20.	Constancia en el esfuerzo que se evidencia durante su desempeño profesional.		

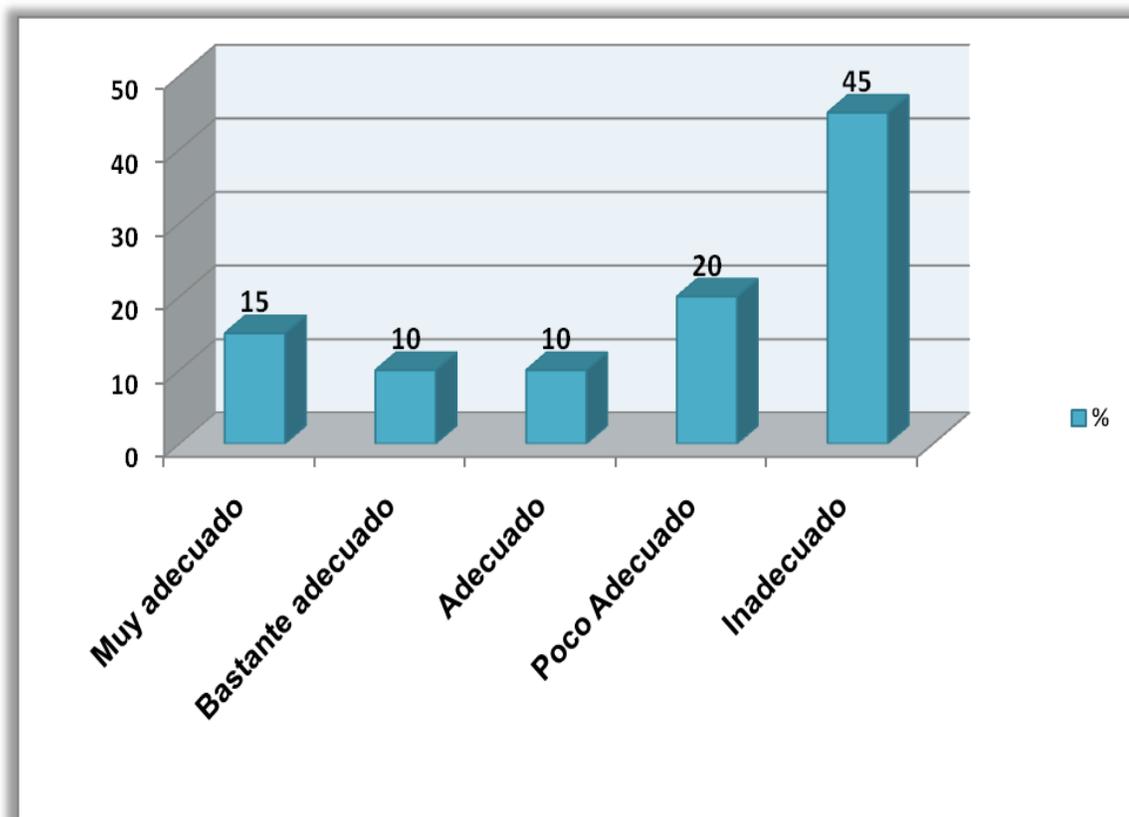
Porcientos	Valoración del desempeño
90 – 100 %	MA: Muy Adecuado
79 – 89 %	BA: Bastante adecuado
68 – 78 %	A: Adecuado
56 – 67 %	PA: Poco Adecuado
Menos de 56 %	I: Inadecuado

Tabla 15. Resultados de la observación al desempeño de enfermería en la atención del recién nacido con atresia esofágica

Criterios	Respuestas				Calificación del criterio de observación
	Sí		No		
	No.	%	No.	%	
1	37	100,00	0	0	Muy adecuado
2	36	97,3	1	2,7	Muy adecuado
3	37	100,00	0	0,00	Muy adecuado
4	28	75,7	9	24,3	Adecuado
5	30	81,1	7	18,9	Bastante adecuado
6	10	27	27	73	Inadecuado
7	22	59,5	15	40,5	Poco Adecuado
8	16	43,2	21	56,8	Inadecuado
9	24	64,9	13	35,1	Poco Adecuado
10	11	29,7	26	70,3	Inadecuado
11	10	27	27	73	Inadecuado
12	8	21,6	29	78,4	Inadecuado
13	30	81,1	17	45,9	Bastante adecuado
14	13	35,1	24	64,9	Inadecuado
15	10	27	27	73	Inadecuado
16	24	64,9	13	35,1	Poco Adecuado
17	14	37,8	23	62,1	Inadecuado
18	10	27	27	73	Inadecuado
19	28	75,7	9	24,3	Adecuado
20	22	59,5	15	40,5	Poco Adecuado

Fuente: guía de observación

Gráfico 3. Resultados de la observación al desempeño de enfermería en la atención a los recién nacidos con atresia esofágica



Fuente: guía de observación

Anexo 7. Prueba de desempeño al personal de enfermería del servicio de neonatología

#	Indicadores	MA (5)	BA (4)	A (3)	PA (2)	I (1)
1.1.1	Nivel de conocimiento que poseen el profesional de enfermería sobre la atención del RN con AE					
1.1.2	Nivel de experiencia clínica en la atención del RN con AE.					
1.1.3	Nivel de aplicación de los cuidados de enfermería para la prevención de eventos adversos.					
1.1.4	Nivel de diagnóstico de problemas identificados en la atención del RN con AE					
1.2.1	Nivel de actitud ante la superación.					
1.2.2	Nivel de conocimiento y aplicación de los contenidos relacionados con el RN con AE					
1.2.3	Nivel de desarrollo de actividades científica relacionado con la atención del RN con AE					
1.2.4	Nivel de dominio de los conocimientos del pre y postgrado.					
1.3.1	Nivel de dominio de los métodos científicos para la atención del RN con AE					
1.3.2	Nivel de desarrollo de habilidades.					
1.3.3	Nivel de autonomía para organizar y dirigir los cuidados de enfermería.					
1.3.4	Nivel de decisiones basadas de los métodos científicos aplicados a la actividad laboral.					
1.4.1	Nivel en que ofrece el personal de enfermería cuidados desde la atención del RN con AE					
1.4.2	Nivel en que domina el Proceso de Atención de Enfermería.					
1.4.3	Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.					
1.4.4	Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo.					
1.4.5	Nivel de desarrollo de las relaciones humanas y clima de trabajo en colectivo.					
1.4.6	Nivel para la toma de decisiones ante situaciones de contingencias.					
1.4.7	Nivel de cumplimiento de la disciplina laboral.					
1.4.8	Grado de solución de los problemas y tomas de decisión.					
1.4.9	Nivel de integración con el equipo multidisciplinario para la búsqueda, procesamiento y toma de decisiones.					
1.5.1	Nivel de accesibilidad de los familiares a la atención de los profesionales.					

1.5.2	Grado de accesibilidad de la madre a los cuidados del RN.					
1.5.3	Nivel de aplicación de los principios éticos de accesibilidad a los servicios médicos.					
1.6.1	Nivel de confidencialidad del personal de enfermería en la interrelación con la familia.					
1.6.2	Nivel de confidencialidad del personal de enfermería con la familia en relación al diagnóstico y pronóstico del RN.					
1.6.3	Nivel de protección de la integridad y respeto a la dignidad del RN en los exámenes diagnósticos en presencia de otras madres.					
2.1.1	Nivel de comunicación del profesional de enfermería con la familia.					
2.1.2	Nivel de comunicación del personal de enfermería con el personal de la unidad y directivos.					
2.1.3	Grado de defensa y argumentación de sus ideas.					
2.1.4	Nivel de relaciones humanas.					
2.2.1	Nivel de claridad de la información expuesta a los familiares.					
2.2.2	Nivel en que recibe la información del estado de salud del RN.					
2.3.1	Nivel en que los familiares perciben las manifestaciones de dolor del RN.					
2.3.2	Nivel de identificación de los profesionales las manifestaciones de dolor en el RN.					
2.3.3	Nivel de actuación de los profesionales en el alivio del dolor.					
2.4.1	Nivel de aplicación de los valores en el trato a los familiares.					
2.4.2	Nivel de dedicación en el sociabilidad con los familiares.					
2.4.3	Nivel de aplicación de los principios éticos y consentimiento informado en su quehacer profesional.					
2.4.4	Grado en que resuelve los dilemas de las interrogante de la madre.					
3.1.1	Nivel de valoración de las necesidades del paciente y posibles alteraciones.					
3.1.2	Nivel de valoración de la necesidad de consumo de oxígeno en el RN con AE					
3.1.3	Nivel de evidencia de la dehiscencia de sutura transanastomótica.					
3.1.4	Nivel de valoración de las necesidades de la familia.					
3.2.1	Nivel en que aplica el juicio clínico sobre las respuestas individuales y familiares.					
3.2.2	Nivel de identificación de los componentes requeridos para la formulación de los					

	diagnósticos según las necesidades afectadas.					
3.2.3	Nivel de desarrollo de habilidades en la identificación de la hipotermia y del dolor.					
3.2.4	Nivel de identificación de los riesgos.					
3.3.1	Nivel de planificación de los cuidados de enfermería.					
3.3.2	Nivel de programación de cuidados para prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.					
3.3.3	Nivel de ordenamiento de los cuidados según las prioridades.					
3.3.4	Nivel de planteamiento de los objetivos con resultados esperados, elaboración de las actuaciones de enfermería y documentación y registro.					
3.4.1	Nivel en que ejecuta las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.					
3.4.2	Nivel de desarrollo de habilidades en la recogida y valoración de datos.					
3.5.1	Nivel en el que se evalúa la eficacia y la efectividad de las actuaciones.					
3.5.2	Nivel en el que se evalúa la evolución favorable del recién nacido.					
3.5.3	Nivel de desarrollo de habilidades para la evaluación del estado emocional de los padres y familia.					
3.5.4	Nivel de desarrollo de habilidades en la evaluación de insatisfacción de la familia.					
3.5.5	Nivel de evaluación de la madre en el proceso de adiestramiento en la alimentación del RN por la gastrostomía.					

MA: Muy Adecuado (5)

BA: Bastante adecuado (4)

A: Adecuado (3)

PA: Poco Adecuado (2)

I: Inadecuado (1)

Tabla 16. Comportamiento del desempeño de enfermería en la atención del recién nacido con atresia esofágica antes de la aplicación del modelo según subdimensiones

Dimensión 1	Subdimensión	Índice ponderal
Comportamiento profesional	Valoración clínica	1,56
	Superación	1,26
	Toma de decisiones	1,76
	Modo de actuación	2,31
	Accesibilidad	2,14
	Confidencialidad	2,01
Total		1,84
Dimensión 2	Subdimensión	Índice ponderal
Comportamiento humano	Comunicación	2,8
	Información	1,78
	Manejo del dolor	2,01
	Trato	1,72
Total		2,07
Dimensión 3	Subdimensión	Índice ponderal
Necesidades humanas básicas	Valoración	1,76
	Diagnostico	1,39
	Planificación	1,26
	Ejecución	1,78
	Evaluación	1,54
Total		1,55

Fuente: prueba desempeño

Índice ponderal de las dimensiones

Dimensión	Índice ponderal
Comportamiento profesional	1,84
Comportamiento humano	2,07
Necesidades humanas básicas	1,55

Anexo 8. Triangulación metodológica según los indicadores a evaluar

Indicadores	Instrumentos				
	Go	Ccpe	Epe	Ef	Pd
1.1.1 Nivel de conocimiento que poseen el profesional de enfermería sobre la atención del RN con AE	X	X	X		X
1.1.2 Nivel de experiencia clínica en la atención del RN con AE	X	X	X		X
1.1.3 Nivel de aplicación de los cuidados de enfermería para la prevención de eventos adversos	X	X	X		X
1.1.4 Nivel de diagnóstico de problemas Identificados en la atención del RN con AE	X	X			X
1.2.1 Nivel de actitud ante la superación			X		X
1.2.2 Nivel de conocimiento y aplicación de los contenidos relacionados con el RN con AE	X	X	X		X
1.2.3 Nivel de desarrollo de actividades científica relacionado con la atención del RN con AE			X		
1.2.4 Nivel de dominio de los conocimientos del pre y postgrado	X	X	X		X
1.3.1 Nivel de dominio de los métodos científicos para la atención del RN con AE	X	X			X
1.3.2 Nivel de desarrollo de habilidades	X	X			X
1.3.3 Nivel de autonomía para organizar y dirigir los cuidados de enfermería	X	X			X
1.3.4 Nivel de decisiones basadas de los métodos científicos aplicados a la actividad laboral	X	X			X
1.4.1 Nivel en que ofrece el personal de enfermería cuidados desde la atención al RN con AE	X	X	X	X	X
1.4.2 Nivel en que domina el Proceso de Atención de Enfermería	X	X			X
1.4.3 Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	X	X			X
1.4.4 Nivel de organización de los objetivos del plan de cuidados a corto, medio y largo plazo	X	X			X
1.4.5 Nivel de desarrollo de las relaciones humanas y clima de trabajo en colectivo.	X			X	X
1.4.6 Nivel para la toma de decisiones ante situaciones de contingencias.	X	X			X
1.4.7 Nivel de cumplimiento de la disciplina laboral.	X				X
1.4.8 Grado de solución de los problemas y tomas de decisión.	X	X		X	X

1.4.9 Nivel de integración con el equipo multidisciplinario para la búsqueda, procesamiento y toma de decisiones.	X				X
1.5.1 Nivel de accesibilidad de los familiares a la atención de los profesionales	X	X		X	X
1.5.2 Grado de accesibilidad de la madre a los cuidados del RN	X	X		X	X
1.5.3 Nivel de aplicación de los principios éticos de accesibilidad a los servicios médicos	X	X		X	X
1.6.1 Nivel de confidencialidad del personal de enfermería en la interrelación con la familia	X	X		X	X
1.6.2 Nivel de confidencialidad del personal de enfermería con la familia en relación al diagnóstico y pronóstico del RN	X			X	X
1.6.3 Nivel de protección de la integridad y respeto a la dignidad del recién nacido en los exámenes diagnósticos en presencia de otras madres	X	X		X	X
2.1.1 Nivel de comunicación del profesional de enfermería con la familia	X	X		X	X
2.1.2 Nivel de comunicación del personal de enfermería con el personal de la unidad y directivos	X	X		X	X
2.1.3 Grado de defensa y argumentación de sus ideas.	X	X			X
2.1.4 Nivel de relaciones humanas.	X			X	X
2.2.1 Nivel de claridad de la información expuesta a los familiares	X	X		X	X
2.2.2 Nivel en que recibe la información del estado de salud del RN	X	X		X	X
2.3.1 Nivel en que los familiares perciben las manifestaciones de dolor del RN	X	X		X	X
2.3.2 Nivel de identificación de los profesionales las manifestaciones de dolor en el RN	X	X			X
2.3.3 Nivel de actuación de los profesionales en el alivio del dolor	X	X		X	X
2.4.1 Nivel de aplicación de los valores en el trato a los familiares	X	X		X	X
2.4.2 Nivel de dedicación en la sociabilidad con los familiares	X	X		X	X
2.4.3 Nivel de aplicación de los principios éticos y consentimiento informado en su quehacer profesional.	X	X		X	X
2.4.4 Grado en que resuelve los dilemas de las interrogante de la madre	X	X		X	X
3.1.1 Nivel de valoración de las necesidades del paciente y posibles alteraciones	X	X		X	X
3.1.2 Nivel de valoración de la necesidad de consumo de oxígeno en el RN con AE	X	X			X

3.1.3 Nivel de evidencia de la dehiscencia de sutura transanastomótica	X	X			X
3.1.4 Nivel de valoración de las necesidades de la familia	X	X		X	X
3.2.1 Nivel en que aplica el juicio clínico sobre las respuestas individuales y familiares	X	X		X	X
3.2.2 Nivel de identificación de los componentes requeridos para la formulación de los diagnósticos según las necesidades afectadas	X	X		X	X
3.2.3 Nivel de desarrollo de habilidades en la identificación de la hipotermia y del dolor	X	X			X
3.2.4 Nivel de identificación de los riesgos	X	X			X
3.3.1 Nivel de planificación de los cuidados de enfermería	X	X			X
3.3.2 Nivel de programación de cuidados para prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados	X	X			X
3.3.3 Nivel de ordenamiento de los cuidados según las prioridades	X	X			X
3.3.4 Nivel de planteamiento de los objetivos con resultados esperados, elaboración de las actuaciones de enfermería y documentación y registro	X	X			X
3.4.1 Nivel en que ejecuta las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada	X	X		X	X
3.4.2 Nivel de desarrollo de habilidades en la recogida y valoración de datos	X	X			X
3.5.1 Nivel en el que se evalúa la eficacia y la efectividad de las actuaciones.	X	X		X	X
3.5.2 Nivel en el que se evalúa la evolución favorable del RN	X	X			X
3.5.3 Nivel de desarrollo de habilidades para la evaluación del estado emocional de los padres y familia	X	X	X	X	X
3.5.4 Nivel de desarrollo de habilidades en la evaluación de insatisfacción de la familia	X	X	X	X	X
3.5.5 Nivel de evaluación de la madre en el proceso de adiestramiento en la alimentación del recién nacido por la gastrostomía	X	X	X	X	X

Leyenda

Epe: encuesta a profesionales de enfermería.

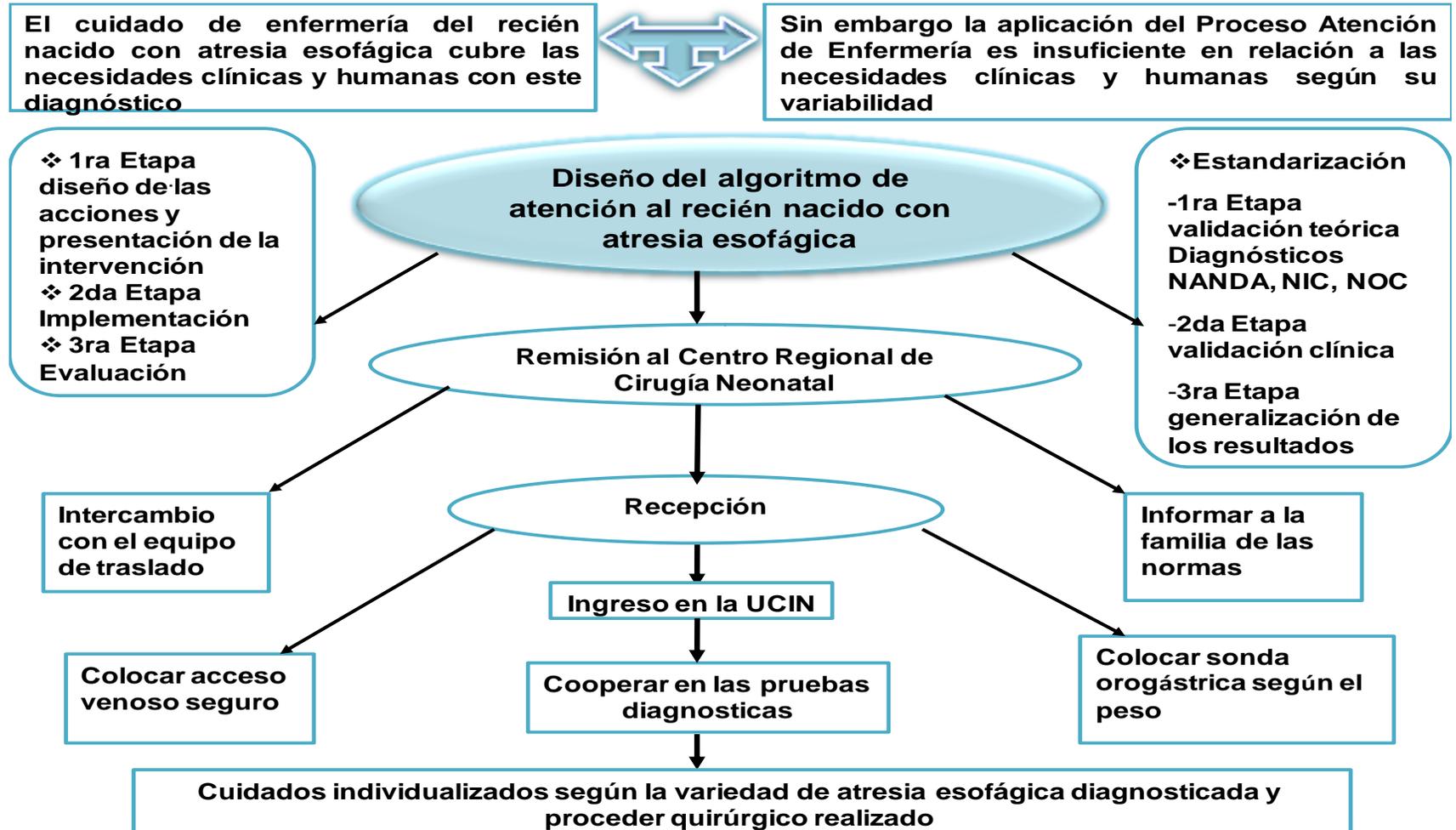
Go: guía de observación.

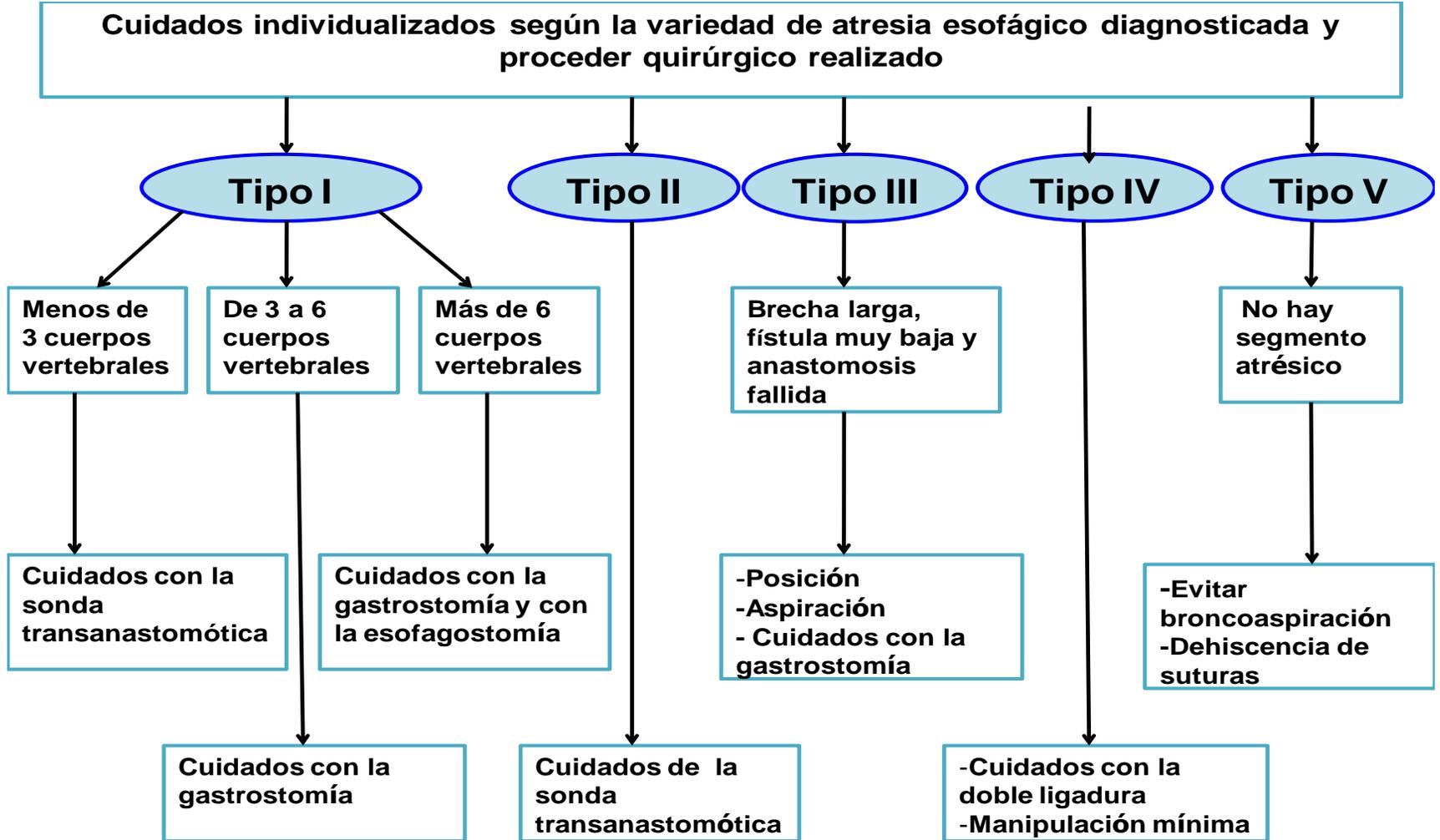
Ef: encuesta a familiares sobre la atención recibida de los profesionales de enfermería.

Ccpe: cuestionario de conocimiento a profesionales de enfermería que brindan cuidados a pacientes con el diagnóstico de atresia esofágica

Pd: prueba de desempeño

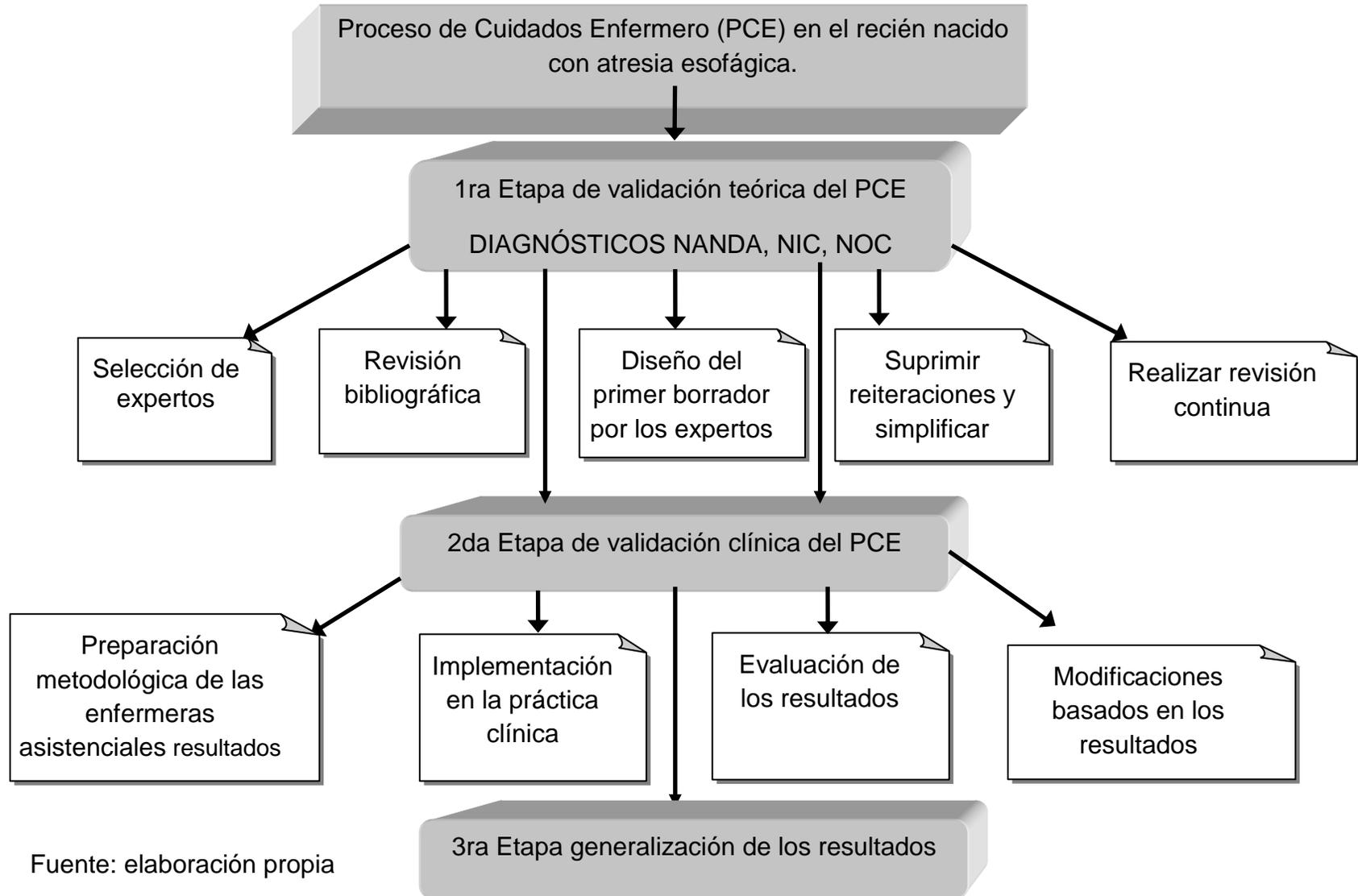
Anexo 9. Algoritmo para el diseño del modelo





Fuente: elaboración propia

Implementación en la práctica de los cuidados individualizados en el recién nacido con atresia esofágica



Fuente: elaboración propia

Anexo 10. Selección de los expertos. Test de autovaloración

Objetivo: valorar el grado de experiencia en la temática de los expertos propuestos.

Estimado colega: usted ha sido seleccionado para colaborar con la investigación que se realiza para el desarrollo de un modelo para el cuidado de enfermería en el recién nacido con atresia esofágica en el servicio de neonatología del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín. En tal sentido solicitamos su colaboración para el desarrollo de esta.

Muchas gracias

Profesión_____

Máster (Si) __ Especificar cuál_____ (No)___

Especialista (Si)___ Especificar cuál_____ (No) ___

Categoría docente Instructor () Asistente () Auxiliar () Titular ()

Años de experiencia como asistencial en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales_____

Años de experiencia como docente_____

Categoría Investigativa_____

Grado Científico_____

Función que desempeña_____

Cargo que ocupa_____

1. Marque con una x en la escala creciente de 1 a 10 el valor que se corresponda con el nivel de conocimiento e información que tiene sobre el tema que se investiga:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. ¿Cómo evalúa la influencia de las siguientes fuentes de argumentación en sus criterios? Marque con una X.

Anexo 11. Análisis de los resultados de la consulta de expertos

Tabla 17. Coeficiente de competencia de los expertos según resultados de la guía de autoevaluación aplicada

Experto	Pregunta 1	Pregunta 2						Kc	Ka	K
		1	2	3	4	5	6			
1	9	medio	alto	alto	alto	medio	medio	0,9	0,9	0,9
2	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1
3	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1
4	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1
5	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1
6	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1
7	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1
8	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1
9	9	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	0,9	0,95
10	8	alto	medio	medio	medio	alto	alto	0,9	0,8	0,85
11	9	alto	alto	alto	alto	alto	medio	1	0,9	0,95
12	7	alto	medio	alto	medio	medio	bajo	0,9	0,7	0,8
13	8	alto	alto	bajo	medio	medio	alto	1	0,8	0,9
14	8	medio	alto	alto	medio	alto	medio	0,9	0,8	0,85
15	10	alto	alto	alto	alto	alto	alto	1	1	1

Nota aclaratoria

K: coeficiente de competencia

Kc: coeficiente de conocimiento

Ka: coeficiente de argumentación

Tabla 18. Aspectos evaluados por expertos según categorías

Aspectos evaluados	Categorías						Total
	MR	*%	BR	% *	R	% *	
Coherencia y seguimiento lógico	11	73,3	1	6,7	3	20	15
Claridad y contenido	10	66,7	2	13,3	3	20	15
Correspondencia entre etapas y pasos	8	53,3	6	40	1	6,7	15
Objetivos y características	9	60	3	20	3	20	15
Formas de organización de la enseñanza	6	40	8	53,3	1	6,7	15
Medios de enseñanza	8	53,3	5	33,3	2	13,3	15
Dominio	9	60	4	26,7	2	13,3	15
Atención específica	7	46,7	7	46,7	1	6,7	15
Actividades a ejecutar	9	60	5	33,3	1	6,7	15
Indicadores para evaluar el modelo	8	53,3	6	40	1	6,7	15
Total	85	56,7	47	31,3	18	12	150

Fuente: consulta a expertos

Nota aclaratoria: * = porcentaje calculado en base al total margina de la fila

MR: Muy relevante BR: Bastante relevante R: Relevante

Tabla 19. Categorías evaluativas de los aspectos

Aspectos	Categorías			Total
	MR	BR	R	
A1	11	1	3	15
A2	10	2	3	15
A3	8	6	1	15
A4	9	3	3	15
A5	6	8	1	15

Fuente: consulta a expertos

Tabla 20. Frecuencias absolutas, absolutas acumuladas y relativas acumuladas

Aspectos	R	BR	MR	R	BR	MR	R	BR	MR
A1	3	1	11	3	4	15	0,20	0,27	1
A2	3	2	10	3	5	15	0,20	0,33	1
A3	1	6	8	1	7	15	0,07	0,47	1
A4	3	3	9	3	6	15	0,20	0,40	1
A5	1	8	6	1	9	15	0,07	0,60	1

Fuente: consulta a expertos

Tabla 21. Inverso de la frecuencia absoluta acumulada y puntos de corte

Aspectos	Percentiles		Suma	N	P	N-P
	Categorías					
Coherencia y seguimiento lógico	1	0	1	0,02	0,2	-0,2
Claridad y contenido	1	0,18	1,18	0,02	0,24	-0,2
Correspondencia entre etapas y pasos	0	0,61	0,61	0,01	0,12	-0,1
Objetivos y características	1	0,39	1,39	0,03	0,28	-0,3
Formas de organización de la enseñanza	0	1	1	0,02	0,2	-0,2
Medios de enseñanza	0,46	0,61	1,07	0,02	0,21	-0,2
Dominio	0,46	0,39	0,85	0,02	0,17	-0,2
Atención específica	0	0,79	0,79	0,02	0,16	-0,1
Actividades a ejecutar	0	0,39	0,39	0,01	0,08	-0,1
Indicadores para evaluar el modelo	0	0,61	0,61	0,01	0,12	-0,1
Suma	3,92	4,97	8,9	0,18	1,78	-1,6
Media	0,39	0,5	0,89	0,02	0,18	-0,2
Punto de corte	0,45					

Tabla 22. Prueba no paramétrica de los signos

	Antes						Después			
	#	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(5)	(4)	p	Z
Valoración clínica	1.1.1			5	10	22	37		,000	-5,918
	1.1.2			9	10	18	37		,000	-5,918
	1.1.3			6	7	24	35	2	,000	-5,918
	1.1.4			5	8	24	37		,000	-5,918
Superación	1.2.1	2	1	3	3	28	36	1	,000	-5,747
	1.2.2		2	3	5	27	37		,000	-5,918
	1.2.3			1	1	35	34	3	,000	-5,918
	1.2.4			2	2	33	33	4	,000	-5,918
Toma de decisiones	1.3.1			6	4	27	34	3	,000	-5,918
	1.3.2	3	2	5	3	24	36	1	,000	-5,659
	1.3.3		5	5	10	17	34	3	,000	-5,918
	1.3.4	2	4	4	6	21	34	3	,000	-5,747
Modo de actuación	1.4.1	2	4	5	11	15	37		,000	-5,747
	1.4.2	2	2	7	12	14	34	3	,000	-5,747
	1.4.3	2	2	5	13	15	34	3	,000	-5,747
	1.4.4	2	1	9	8	17	33	4	,000	-5,747
	1.4.5	5	6	12	10	4	35	2	,000	-5,480
	1.4.6	3	4	4	10	16	36	1	,000	-5,659
	1.4.7	10	12	6	5	4	37		,000	-5,004
	1.4.8	3	4	4	10	16	36	1	,000	-5,659
	1.4.9	3	0	8	13	13	37		,000	-5,659
	Accesibilidad	1.5.1	8	5	5	9	10	37		,000
1.5.2			4	9	10	14	36	1	,000	-5,918
1.5.3			2	4	9	22	37		,000	-5,918
Confidencialidad	1.6.1			10	17	10	35	2	,000	-5,918
	1.6.2			9	18	10	35	2	,000	-5,918
	1.6.3			8	17	12	37		,000	-5,918
Comunicación	2.1.1			10	10	17	32	5	,000	-5,918
	2.1.2	12	10	8	7	0	34	3	,000 ^b	
	2.1.3		5	5	16	11	34	3	,000	-5,918
	2.1.4	11	11	7	8	0	35	2	,000	-4,903
Información	2.2.1			10	10	17	35	2	,000	-5,918
	2.2.2			9	11	17	33	4	,000	-5,918
Manejo del dolor	2.3.1			10	10	17	27	10	,000	-5,918
	2.3.2			9	10	18	35	2	,000	-5,918
	2.3.3			8	12	17	37		,000	-5,918
Trato	2.4.1			8	12	17	37		,000	-5,918
	2.4.2			8	7	22	36	1	,000	-5,918
	2.4.3			5	16	16	37		,000	-5,918

	2.4.4			9	15	13	37		,000	-5,918
Valoración	3.1.1			6	4	27	34	3	,000	-5,918
	3.1.2	3	2	5	3	24	36	1	,000	-5,659
	3.1.3		5	5	10	17	36	1	,000	-5,918
	3.1.4	2	4	4	6	21	36	1	,000	-5,747
Diagnostico	3.2.1	2	1	3	3	28	34	3	,000	-5,747
	3.2.2		2	3	5	27	34	3	,000	-5,918
	3.2.3			3	8	26	36	1	,000	-5,918
	3.2.4			1	8	28	34	3	,000	-5,918
Planificación	3.3.1	2	1	3	3	28	35	2	,000	-5,747
	3.3.2		2	3	5	27	34	3	,000	-5,918
	3.3.3			1	1	35	33	4	,000	-5,918
	3.3.4			2	2	33	33	4	,000	-5,918
Ejecución	3.4.1			10	10	17	36	1	,000	-5,918
	3.4.2			9	11	17	35	2	,000	-5,918
Evaluación	3.5.1			5	10	22	36	1	,000	-5,918
	3.5.2			10	12	15	37		,000	-5,918
	3.5.3			6	7	24	35	2	,000	-5,918
	3.5.4			5	8	24	35	2	,000	-5,918
	3.5.5			4	6	27	37		,000	-5,918

,000^b: Significación exacta (bilateral)

p: Nivel de significación

Z: Estadígrafo de la prueba

Tabla 23. Comportamiento del desempeño de enfermería en la atención al recién nacido con atresia esofágica después de la aplicación del modelo según subdimensiones

Dimensión 1	Subdimensión	Índice ponderal
Comportamiento profesional	Valoración clínica	4,98
	Superación	4,93
	Toma de decisiones	4,93
	Modo de actuación	4,94
	Accesibilidad	4,97
	Confidencialidad	4,95
Total		4,95
Dimensión 2	Subdimensión	Índice ponderal
Comportamiento humano	Comunicación	4,95
	Información	4,91
	Manejo del dolor	4,88
	Trato	4,97
Total		4,92
Dimensión 3	Subdimensión	Índice ponderal
Necesidades humanas básicas	Valoración	4,95
	Diagnóstico	4,93
	Planificación	4,90
	Ejecución	4,95
	Evaluación	4,96
Total		4,93

Fuente: Prueba desempeño

Índice ponderal de las dimensiones

Dimensión	Índice Ponderal
Comportamiento profesional	4,95
Comportamiento humano	4,92
Necesidades humanas básicas	4,93

Tabla 24. Comportamiento del desempeño de enfermería en la atención a los pacientes con atresia esofágica antes y después de la aplicación del modelo

Aspectos		Antes	Después		
	Dimensión	Subdimensión	Índice Ponderal	Índice Ponderal	Diferencia
Comportamiento profesional					
1.1.1 al 1.1.4		Valoración clínica	1,56	4,98	3,27
1.2.1 al 1.2.4		Superación	1,26	4,93	3,67
1.3.1 al 1.3.4		Toma de decisiones	1,76	4,93	3,17
1.4.1 al 1.4.9		Modo de actuación	2,31	4,94	2,63
1.5.1 al 1.5.3		Accesibilidad	2,14	4,97	2,99
1.6.1 al 1.6.3		Confidencialidad	2,01	4,95	2,94
Total			1,84	4,95	3,11
Comportamiento humano					
2.1.1 al 2.1.4		Comunicación	2,8	4,95	2,15
2.2.1 al 2.2.2		Información	1,78	4,91	3,13
2.3.1 al 2.3.3		Manejo del dolor	2,01	4,88	2,87
2.4.1 al 2.4.4		Trato	1,72	4,97	3,25
Total			2,07	4,92	2,85
Necesidades humanas básicas					
3.1.1 al 3.1.4		Valoración	1,76	4,95	3,19
3.2.1 al 3.2.4		Diagnostico	1,39	4,93	3,54
3.3.1 al 3.3.4		Planificación	1,26	4,90	3,64
3.4.1 al 3.4.2		Ejecución	1,78	4,95	3,17
3.5.1 al 3.5.5		Evaluación	1,55	4,96	3,41
Total			1,55	4,93	3,38