

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“La enfermería transcultural en la atención a la salud de
los inmigrantes en España”

Autor: María Abellaneda Millán

Directora: Dra. Paloma Echevarría Pérez

Murcia, a 15 de Mayo de 2019.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

“La enfermería transcultural en la atención a la salud de
los inmigrantes en España”

Autor: María Abellaneda Millán

Directora: Dra. Paloma Echevarría Pérez

Murcia, a 15 de Mayo de 2019.

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2018-2019	
Apellidos: ABELLANEDA MILLÁN		Nombre: MARÍA	
DNI: 23810405-T	Titulación: ENFERMERÍA		
Título del trabajo: LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS INMIGRANTES EN ESPAÑA			

El Prof/a. D^a. Paloma Echevarría Pérez como Directora/Tutora ⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 15 de Mayo de 2019

Fdo.: _____

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a mis padres y a mi hermano el apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida. En especial, por darme la oportunidad de estudiar enfermería y darme el ánimo necesario para conseguirlo durante estos cuatro años.

A mi directora Paloma Echevarría Pérez por enseñarme, guiarme, dedicarme tiempo y esfuerzo en el presente trabajo.

A mis compañeros de clase y amigos por acompañarme y compartir conmigo estos cuatro años, llegando a ser mi segunda familia.

A todos mis profesores por acompañarme, formarme y sobre todo por enseñarme a amar la enfermería, a esforzarme cada día por ser mejor profesional y persona.

A todos mis tutores de prácticas por dedicarme tiempo, compartir sus conocimientos conmigo, enseñarme a llevar a la práctica todos los conocimientos adquiridos y sobre todo por confiar en mí.

Finalmente, abuelo quiero agradecerte estos veintidós años que has formado parte de mi vida, te has ido antes de verme cumplir mi sueño de ser enfermera, pero desde el cielo sé que estás orgulloso.

Listado de abreviaturas

DxE: Diagnóstico de enfermería

ETC: Enfermería Transcultural

FC: Frecuencia cardíaca

FR: Frecuencia Respiratoria

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto nacional de salud

M/p: Manifestado por

NANDA: Definiciones y clasificación de Diagnósticos Enfermeros

NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PCO₂: Presión Parcial de Dióxido de Carbono

PO₂: Presión Parcial de Oxígeno

R/c: Relacionado con

RC: Riesgo de complicación

T^a: Temperatura

TA: Tensión Arterial

ÍNDICE

RESUMEN	XXIII
ABSTRACT	XXV
1. INTRODUCCIÓN	27
2. OBJETIVOS	31
2.1. Objetivo General	31
2.2. Objetivo Especifico	31
3. MARCO TEÓRICO	33
3.1. Antropología del cuidado transcultural-conceptos.....	33
3.1.1. Etnocentrismo	33
3.1.2. Aculturación.....	34
3.1.3. Mediador cultural	35
3.2. Proceso migratorio	37
3.2.1. Repercusiones en la salud del inmigrante.....	38
3.2.2. Condicionantes culturales de salud en la religión musulmana	41
3.3. Enfermería transcultural	46
3.3.1. Importancia de la comunicación actualmente en enfermería	47
3.3.2. Madeleine Leininger	48
3.3.2.1. Modelo del sol naciente.....	49
3.3.3. Modelo de la competencia cultural de Larry Purnell	53
3.3.4. Modelo de la herencia cultural y tradiciones en salud de Rachel Spector	57
4. METODOLOGÍA	61
4.1. Diseño	61
4.2. Sujeto del estudio.....	61
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.....	61

4.4. Procedimiento de recogida de información	61
4.4.1. Fuente de información.....	61
4.4.2. Procedimiento de información.	61
4.4.3. Procesamiento de los datos.	62
5. RESULTADOS	65
5.1 Descripción del caso	65
5.1.1. Valoración del caso	66
5.2. Diagnósticos de enfermería.....	71
5.2.1. Red de razonamiento del diagnóstico de enfermería	75
5.2.2. Justificación del diagnóstico de enfermería principal	76
5.3. Riesgos de complicación	77
5.3.1. Red de razonamiento de las riesgos de complicación.....	79
5.3.2. Justificación del riesgo de complicación principal	80
5.4. Planificación del diagnóstico de enfermería principal	81
5.4.1. Resultados del diagnóstico de enfermería principal	82
5.4.2. Intervenciones del diagnóstico principal de enfermería	83
5.5. Planificación del riesgo de complicación principal	90
5.5.1. Resultados del riesgo de complicación principal	90
5.5.2. Intervenciones del riesgo de complicación principal	91
5.6. Ejecución	97
5.7. Cronograma.....	109
5.8. Evaluación	113
5.8.1. Evaluación del resultado del diagnóstico de enfermería principal	113
5.8.2. Evaluación del resultado del riesgo de complicación principal	116
6. DISCUSIÓN	119
6.1. Limitaciones	128
7. CONCLUSIONES	129

8. REFERENCIAS	131
-----------------------------	------------

FIGURAS

Figura 1. Desembarco en la playa de Del Canuelo después del Estrecho de Gibraltar.....	40
Figura 2. Modelo del sol naciente de Madeline Leininger.....	52
Figura 3. Modelo de competencia cultural de Larry Punrell.....	56
Figura 4. Gráfico de los artículos seleccionados en cada base de datos.....	64
Figura 5. Red de razonamiento del diagnóstico principal de enfermería.....	75
Figura 6. Red de razonamiento de los riesgos de complicación.....	79

CUADROS

Cuadro 1. Artículos utilizados en cada base de datos.....	63
Cuadro 2. Cuadro 2. Puntuación I de los indicadores NOC del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.....	82
Cuadro 3. Puntuación I de los indicadores NOC del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.....	82
Cuadro 4. Puntuación I de los indicadores NOC del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas.....	90
Cuadro 5. Puntuación II de los indicadores NOC del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas.....	91
Cuadro 6. Cronograma día 1 de las intervenciones.....	109
Cuadro 7. Cronograma día 2 de las intervenciones.....	110
Cuadro 8. Cronograma día 3 de las intervenciones.....	111
Cuadro 9. Puntuación I conseguida del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.....	113
Cuadro 10. Puntuación II conseguida del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.....	114

Cuadro 11. Peso por días.....	115
Cuadro 12. Puntuación I conseguida del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas.....	116
Cuadro 13. Puntuación II conseguida del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas.....	117

GRÁFICOS

Gráfico 1. Población residente en España.....	37
Gráfico 2. Distribución de las religiones en el mundo.....	41

RESUMEN

Introducción y Objetivos: En los últimos años ha aumentado considerablemente la inmigración en España, lo que conlleva la necesidad de desarrollar la enfermería transcultural y la utilización de modelos como el de Madeleine Leininger para aplicar los cuidados necesarios en enfermería. Nuestro objetivo es describir la importancia de la enfermería transcultural en la atención a la salud de los inmigrantes en España. Metodología: Se utiliza la investigación cualitativa, en específico, la modalidad del estudio de un caso y una revisión bibliográfica del tema. El estudio se realiza en un paciente varón de 17 días de vida, diagnosticado de desnutrición moderada, sin patologías previas y cuyos padres son de origen musulmán. Es ingresado en la unidad de pediatría de un hospital de la Región de Murcia. Resultados: Se realiza un plan de cuidados según la clasificación NANDA-I, y taxonomías NOC y NIC, cuyo resultado ha sido satisfactorio. El diagnóstico principal es "(00216). Leche materna insuficiente" y el riesgo de complicación "Anemia", extraído del manual de Diagnósticos de Lynda Carpenito y el modelo AREA de Pesut. Discusión: a pesar de tratar al paciente con las intervenciones adecuadas y obtener resultados apropiados, siendo el resultado del plan de cuidados satisfactorio, hubo un posterior reingreso del paciente, debido a las diferencias culturales. Estas diferencias como son la barrera idiomática dificultaron la comunicación entre el personal sanitario y la familia, provocando de nuevo la desnutrición del paciente. También la falta de figuras como el mediador cultural y la no utilización de traductores para la comunicación a pesar de tener la posibilidad de hacerlo. Conclusiones: en síntesis, la enfermería transcultural es de gran importancia en pacientes inmigrantes, para adaptar los cuidados a sus necesidades, mejorando su estado de salud, de tal forma que se consigan disminuir las barreras existentes, con el fin de favorecer la recuperación del paciente.

Descriptor: Enfermería transcultural, mediador cultural, aculturación, etnocentrismo, salud del inmigrante, cuidados de enfermería, proceso migratorio y cultura musulmana.

ABSTRACT:

Introduction and Objectives: In recent years there has been a significant increase in immigration in Spain, which has meant the need of developing what is called cross-cultural nursing and the use of models like the one of Madeleine Leininger in order to implement the necessary nursing care. Our objective is describing the importance of the cross-cultural nursing in the health assistance of the immigrants in Spain. Methodology: Qualitative research is mostly used, specifically, the modality of study of one case and one bibliographic revision of the subject. The study is performed in a seventeen-days-old male patient, diagnosed with advanced malnutrition, without previous pathologies and whose parents are of Muslim origin. The patient is hospitalized in a pediatric unit in a hospital in the Region of Murcia. Results: A care plan is created following NANDA-I classification and taxonomies NOC and NIC, whose result has been satisfactory. The main diagnostic is "(00216). Insufficient breast milk" and the risk of a medical complication "Anemia", derived from Lynda Carpenito's manual diagnostic and the model AREA from Pesut. Discussion: despite treating the patient with the adequate interventions and obtaining adequate results, being the result of the care plan satisfactory, there was a following hospitalization of the patient, due to cultural differences. These differences, like the language barrier made it difficult to enable a communication between the health professionals and the family, resulting in a new malnutrition in the patient. Additionally, there was a lack of a cultural mediator figure, as well as language translators, although such options were always possible to use. Conclusions: In a nutshell, the cross-cultural nursing is of great importance in immigrant patients in order to adapt the cares to their needs by improving their health conditions. Moreover, the existing barriers get diminished, thus favoring the recovering of the patient.

Descriptors: cross-cultural nursing, cultural mediator, acculturation, ethnocentrism, immigrant's health, nursing care, migration process and Muslim culture.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente nos encontramos en una época en la que la inmigración aumenta notablemente en España. Esto supone cambios y nuevas situaciones que conllevan retos y nuevas líneas de investigación desde la perspectiva enfermera. Aportar al paciente cuidados desde el punto de vista biológico, psicológico, social y cultural se presenta un reto.

Cada año en España aumenta la población extranjera, enriqueciendo así nuestra sociedad, pero también supone un esfuerzo por parte del personal sanitario ya que existen ciertas barreras y obstáculos, los cuales son necesarios afrontarlos. Según el Instituto Nacional de Estadística (2018), en España el 16.3% de la población extranjera es procedente de Marruecos (769.050 habitantes), el 14.3% de Rumanía (673.017 habitantes), el 5.1% de Reino Unido (240.934 habitantes), el 4.6% de China (215.748 habitantes), el 4.4% de Italia (206.066 habitantes). Siendo el total 4.719.418 de extranjeros.

En la Región de Murcia el total de extranjeros alcanza 202.034, de los cuales el 40.35% son de origen Marroquí (81.525 habitantes), el 10.6% son de Ecuador (21.454 habitantes), el 6.6% de Reino Unido (13.371 habitantes), el 6% proceden de Rumanía (12.061 habitantes), el 4.6% de Bolivia (9.252 habitantes), el 3.7% de Ucrania (7.468 habitantes) y el 3% de Bulgaria (5759 habitantes). La inmigración en la Región de Murcia es el 4.3% del total de la inmigración en España, posicionándose como la 5º comunidad autónoma con más inmigración del país.

La inmigración se ve aumentada debido a la escasez de empleos en el país de origen del inmigrante, aumentando así la migración hacia países con más opciones y mejor calidad de trabajo. Por lo tanto, los factores que influyen en el inmigrante para migrar son principalmente los económicos. La falta de trabajo o la mala calidad de este, en el país de origen, obligan a sus residentes a dejar a sus familias, y migrar hacia nuevos países, para buscar un trabajo con el que ayudar a sus familias y huir de la pobreza, y así mejorar sus condiciones de vida. El aumento de la población supone a su vez un incremento del número de

empleos y empresas, y por consiguiente del número de autónomos. Lo que favorece la economía y producción del país. (Valero-Matas, Coca Y Valero-Oteo, 2014).

La inmigración, supone para el inmigrante muchos cambios en su vida, que entrañan repercusiones negativas en su estado de salud tanto a nivel psicológico como físico. Estas repercusiones deben de ser tratadas por el personal sanitario atendiendo a sus particularidades culturales, para no magnificar aún más el daño que ocasiona el proceso de migración en sí. Por lo tanto, son necesarios conocimientos antropológicos sobre los inmigrantes para que los cuidados estén adaptados, sean los necesarios y convenientes a su situación.

La antropología del cuidado transcultural surge cuando se produce el proceso de globalización, aumentando los requerimientos sobre los cuidados en salud de los inmigrantes. La antropología y la enfermería son dos disciplinas muy relacionadas, que se han entrelazado a lo largo de la historia, ambas son necesarias para desarrollarse, debido a que el objeto de estudio es común: el ser humano. (Moreno, 2018). Términos como el etnocentrismo, la aculturación y la figura del mediador cultural surgen para definir nuevas situaciones que nacen de la relación entre culturas y de las diferencias interculturales.

Las diferencias interculturales producen confrontaciones en el país receptor, lo que supone un distanciamiento y aislamiento social del inmigrante. Los cuidados que aportamos a los pacientes además de estar basados en evidencia científica y de demostrar sus beneficios, están culturalmente definidos por la sociedad. De tal forma, que la cultura influye en el día a día, en el proceso de salud y enfermedad, en la curación y afrontamiento de la enfermedad. Los cuidados culturalmente adaptados favorecen la recuperación del paciente, ya que, al utilizar un enfoque holístico para atender al paciente, aumentan notablemente las posibilidades de adherencia al tratamiento. (Escobar y Klijn, 2017). Estas diferencias culturales se deben a ciertos condicionantes específicos que existen en cada cultura y en este caso en especial en la cultura musulmana.

La enfermería transcultural comenzó a desarrollarse cuando Madeleine Leininger creó el “Modelo del sol naciente”, en él se representan los conocimientos enfermeros para adaptar y llevar a cabo los cuidados en los pacientes inmigrantes. Posteriormente Larry Purnell creó El “Modelo de competencia cultural”, que se centra en atender a las características culturales, para identificar sus necesidades específicas. Y el “Modelo de la herencia cultural y tradiciones de salud” de Rachel Spector, que además de atender a las características culturales específicas, resalta la importancia de la prevención, conservación y restauración de la salud. Estos son algunos de los modelos más influyentes en la enfermería transcultural.

Por todo ello nos parece fundamental estudiar la enfermería transcultural, sus ámbitos, aplicaciones y sus líneas de actuación. Presentamos un caso singular para analizar la enfermería transcultural desde un enfoque holístico.

El caso lo representa un varón de 17 días de edad, cuyos padres son musulmanes, que nació sano. A los 17 días es ingresado en la unidad de pediatría a causa de una desnutrición moderada. Se le realizan todas las pruebas necesarias y no se encuentra ningún tipo de patología que haya podido causar la desnutrición. La entrevista a los padres es muy compleja y dificultosa, debido a la barrera idiomática, lo que afecta a la relación de los familiares con el personal de enfermería viéndose disminuida debido a las diferencias culturales.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir la importancia de la enfermería transcultural en la atención a la salud de los inmigrantes en España.

2.2. Objetivo Especifico

- Conocer el término etnocentrismo, aculturación y la figura del mediador cultural, sus ventajas e inconvenientes.
- Conocer las fases del proceso migratorio y sus repercusiones en la salud del inmigrante.
- Conocer los condicionantes culturales en la religión musulmana.
- Conocer las características fundamentales de los modelos de enfermería transcultural, especialmente el de Madeleine Leininger, e identificar la importancia de la comunicación en enfermería.
- Elaborar un plan de cuidados según taxonomía NANDA, NIC y NOC y los riesgos de complicación de L. Carpenito-Moyet a un bebé con desnutrición moderada cuyos padres son de origen musulmán.

3. MARCO TEÓRICO

Para tratar el tema de la transculturalidad del cuidado es necesario primero definir ciertos conceptos antropológicos. Posteriormente se indagará en el proceso migratorio, sus repercusiones en salud y ciertas costumbres musulmanas. También se explicará la importancia de la comunicación en la enfermería actual y se desarrollarán modelos transculturales como el de Larry Purnell o Rachel Spector y en especial el de Madeleine Leininger.

3.1. Antropología del cuidado transcultural-conceptos

La enfermería desde sus conocimientos ha ido enlazada a la antropología, ambas disciplinas han formado una unión a lo largo de la historia para compartir conocimientos, favoreciendo la práctica de enfermería y las teorías antropológicas. A principios del siglo XX, la enfermería se interesó por los inmigrantes, lo que derivó en el estudio de la antropología, en las facultades de enfermería. Personajes como Margared Mead y Madeleine Leininger favorecieron la unión de la enfermería y la antropología. (Moreno, 2018)

La antropología se basa en el conjunto de estudio de rasgos comunes físicos, manifestaciones sociales y culturales de las diferentes sociedades. La antropología del cuidado transcultural se centra en el estudio de los cuidados adaptados a la cultura de la persona. De dicha antropología surgen ciertos conceptos y figuras entre los que destacan: el etnocentrismo, aculturación y mediador cultural. (Real Academia Española, 2019)

3.1.1. Etnocentrismo

El etnocentrismo es definido como el sentimiento o creencia de diferentes personas que consideran su cultura superior a cualquier otra, por lo que se comparan la cultura propia con otras culturas, juzgando sus creencias y sus estilos de vida. Dicha creencia también recibe el nombre de “monismo cultural”, debido a que la consideración como verdadera y auténtica de la propia cultura, y el rechazo al resto de culturas, determina que la existencia de la realidad cultural es la propia y todas las demás son erróneas. (Hidalgo,2017)

El etnocentrismo se fundamenta en la creencia ideológica en la que un individuo observa la realidad que le rodea en relación con su realidad personal. Esto disminuye la realidad como tal, a la realidad de un solo individuo, conocida a través de su cultura. De tal modo, que se afirma que su cultura es la principal, siendo la adecuada en comparación con otros grupos étnicos. Esto conlleva el enjuiciamiento a otras culturas por ser diferentes a la propia o por ser de otra religión, tener otras creencias o diferente lengua. Sin embargo, las diferencias culturales aportan a cada cultura su identidad propia, por ello surge el término “relativismo cultural” que implica la aceptación de otras culturas diferentes a la nuestra, observándolas desde un nuevo punto de vista, para entender sus principios culturales. (Cruz, Ortiz, Yantalema, y Orozco, 2018).

3.1.2. Aculturación

La aculturación es un término que se utiliza para describir el proceso de cambio, tanto a nivel cultural como psicológico, que resulta del contacto entre dos o más culturas y sus miembros. Es un proceso que afecta a nivel individual y grupal: individualmente afecta a la persona provocándole cambios en su comportamiento a largo plazo y grupalmente incluye transformaciones en las instituciones sociales y costumbres culturales. Este proceso de adaptación a un nuevo entorno ocurre a largo plazo y puede desencadenar situaciones estresantes. Existen programas que fomentan y favorecen este proceso de aculturación. (Berry, 2015).

También la aculturación es descrita como las transformaciones internas y sobre la conducta de un individuo cuando se encuentra en contacto con una cultura diferente a la conocida. Esto produce cambios tanto en la persona como en la nueva cultura en la que vive, además de cambios en las relaciones que surgen entre los individuos de diferentes culturas, pero en constante relación directa. Por lo que finalmente se producen alteraciones en los patrones de cultura de ambos individuos o grupos.

La dimensión psicológica influye en la aculturación debido a la actitud ante este proceso, los valores personales, la obtención de recientes habilidades a nivel social y la adaptación a una nueva cultura, formando parte de este proceso. Cuando la capacidad del individuo para adaptarse a estos

cambios se ve mermada e insuficiente, el individuo se enfrenta a una situación de “estrés por aculturación”. Dicho estrés produce importantes cambios a nivel psicológico que suponen un perjuicio para la salud de la persona, manifestando trastornos ansiosos y depresivos, sensación de marginalidad, trastornos a nivel somático y de identidad.

El recibimiento de los inmigrantes en una nueva sociedad y cultura está relacionado directamente con el “estrés por aculturación”, ya que el recibimiento de la sociedad influye en su adaptación y desarrollo. Las posibilidades de tener redes de apoyo en la nueva sociedad, las particularidades del país de acogida, y la calidad del sistema de servicios son aspectos que reducen las posibilidades de padecer estrés en el inmigrante y fomentan su adaptación e inclusión en la nueva sociedad. Variables como la edad, el sexo, la educación, el nivel de aculturación, el conocimiento del lenguaje del nuevo país y capacidades y destrezas exclusivas de la persona aumentan o disminuyen situaciones como la marginación o exclusión social. Un estudio demuestra que el aspecto que más ocasiona estrés es la distancia entre el país de origen y el nuevo, y el rechazo y discriminación que sufren los inmigrantes por parte de la nueva sociedad. (Urzúa, Heredia y Caqueo-Urizar, 2016).

3.1.3. Mediador cultural

La figura del traductor como mediador lingüístico entre dos personas que hablan diferente idioma ha ido evolucionando, debido a las necesidades de la sociedad. Además de ser un traductor, actúa también como intérprete. Actualmente se ha ampliado la competencia de este traductor que además de servir como interlocutor, es utilizado de mediador entre dos culturas, acercando posturas y encontrando nuevos nexos, escapando de la simple barrera idiomática y centrándose en el conjunto de ambas partes. El mediador cultural además de servir de intérprete entre dos individuos actúa para resolver conflictos que puedan existir, ya que desde el conocimiento de ambas culturas ofrece una puesta en común cultural. (Hernández-Sacristán, 2015)

En 2007 aparece la figura del mediador cultural, como tal, reconocido por el catálogo de formación del Instituto Nacional de las Cualificaciones. Sin

embargo, el Primer Plan de Ciudadanía e Inmigración de 2005-2008 de la Comunidad Autónoma de Cataluña ya indicaba la necesidad de incorporar dicha profesión. En un principio la formación para ser mediador cultural consistía en un curso de 420 horas. Actualmente ha aumentado la oferta de postgrados universitarios enfocados al desarrollo de la figura del mediador cultural, universidades como la Autónoma de Madrid, Granada, A Coruña, Barcelona, Sevilla, Valencia..., entre otras, los ofrecen. (González-Monteagudo y Guichot-Muñoz, 2017)

Según Lázaro y Tejero (2017) la mediación cultural es una variante de la mediación en el ámbito social. En la mediación intercultural se añaden nuevos elementos como la diferencia cultural, la etnicidad, la barrera lingüística, la diferencia religiosa..., aspectos que dificultan la comunicación entre el personal sanitario y el paciente. Además de dificultar la resolución del conflicto, las posibles soluciones y llegar a posibles acuerdos necesarios para una buena relación enfermero-paciente. Esta mediación se lleva a cabo a través de una tercera persona con conocimientos de ambas culturas e idiomas, produciendo una comunicación fructífera, una aproximación de ambas partes, y favoreciendo el entendimiento entre ambas partes, más allá del lenguaje. Este mediador sirve de apoyo, consiguiendo mantener informados a los pacientes, favoreciendo la relación terapéutica y la adherencia al tratamiento.

Actualmente existen varias figuras en el ámbito sanitario, la del intérprete o traductor, que es una figura que está más limitada a traducir el mensaje sin intervenir activamente en la resolución del conflicto. Y la figura del mediador cultural que aborda la situación del paciente junto con el personal sanitario, de una forma más activa, influyendo sobre el punto de vista cultural, acercando posturas y orientando al paciente sobre sus posibilidades, participando en la promoción de la salud, e incluso mediando en conflictos de índole cultural. Existe una confusión sobre las dos figuras explicadas anteriormente debido a que en la práctica clínica no están bien definidas sus competencias y delineadas las posibles actuaciones. Por ello es habitual descubrir a intérpretes mediando en conflictos culturales y a mediadores, traduciendo conversaciones exclusivamente, debido al desconocimiento existente acerca de estas profesiones. (Gutiérrez y González, 2017).

3.2. Proceso migratorio

En España hay 46.733.038 residentes, de los cuales 4.663.726 son extranjeros (INE, 2018). El proceso migratorio comienza cuando el inmigrante decide migrar a otro país, y desde ese instante existen repercusiones en la salud del inmigrante. Estas repercusiones son tanto físicas como psicológicas y van cambiando a lo largo del proceso. Las diferentes situaciones que surgen a lo largo del proceso migratorio y que el inmigrante tiene que hacer frente, dificultan aún más su adaptación. Las similitudes o diferencias culturales existentes entre el país de origen y el país receptor aumentan o disminuyen el grado de adaptación y por lo tanto pueden facilitar o dificultar el proceso migratorio.



Gráfico 1. Población residente en España.

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de: INE (2018)

3.2.1. Repercusiones en la salud del inmigrante

Las repercusiones en la salud del inmigrante están enlazadas a la identidad migratoria del mismo. La identidad migratoria está afectada por el arraigo y la movilidad del inmigrante desde el país de origen hasta el país receptor, el grado de apego a su antiguo país y sus costumbres. La identidad migratoria consta de cuatro vertientes posibles: la primera, la relación de los grupos migrantes con otras culturas que residen en su país, es decir, la convivencia entre ambos. La segunda es el recibimiento laboral. La tercera es la aclimatación a la exclusión social, que es fomentada por los ciudadanos y las instituciones. Y la cuarta es la distinción de capital humano ante el nuevo mercado laboral. (García, 2017)

El proceso migratorio tiene ciertas repercusiones en la salud del inmigrante, ya que en este proceso el inmigrante tiene que afrontar diferentes situaciones, en un nuevo lugar, en el que se encuentra sin red de apoyo o una red muy reducida y con un idioma probablemente diferente. El inmigrante debe que afrontar las diferentes fases de adaptación: la primera fase o fase de duelo y pérdida del país de procedencia. La segunda fase trata de afrontar las diferentes circunstancias de estrés y supervivencia al nuevo entorno. La tercera fase consta de la adaptación al nuevo entorno superando el estrés de aculturación. Y finalmente la cuarta fase o reelaboración de la identidad propia. Existen casos en los que el inmigrante no es consciente del gran cambio que supone emigrar a otro país y las dificultades que pueden aparecer, por lo tanto, la evolución de dichas etapas será más dificultosa. Esto es debido, a que en muchos casos el inmigrante tiene idealizado el país de destino y se siente decepcionado cuando lo que descubre es diferente. Las diferentes condiciones de vida, que, en muchos casos, no son las esperadas, ya que no siempre es fácil encontrar trabajo, vivienda, las barreras idiomáticas, enfrentarse a situaciones de rechazo por parte de los ciudadanos, si además se añade la lejanía de los familiares y la pérdida de rutina y costumbres. A esta situación se le suma que, el inmigrante, para intentar no preocupar a su familia y amigos, suele evitar contar todas las dificultades y sus sentimientos a sus seres queridos, empeorando su situación aún más. Por lo tanto, el inmigrante dedica su salud física y mental fundamentalmente para afrontar las situaciones

expuestas anteriormente. Esto desencadena ciertos aspectos físicos y psicológicos como el sentimiento de vulnerabilidad, por lo que puede necesitar mecanismos de apoyo psicológicos. Sin embargo, cierto número de inmigrantes, mejoran su situación cuando emigran de su ciudad, aumentando así su calidad de vida, no obstante, la gran mayoría continúan en una situación de pobreza y rechazo social en el nuevo país.

Algunas de las fuentes de estrés en el inmigrante son: dilemas que surgen en el país de llegada, miedos durante el traslado, encontrar empleo y conseguir un sueldo con el que subsistir, los trámites para la documentación, posible expulsión del país en caso de irregularidad de la situación, buscar alojamiento, la atención sanitaria, pagar posibles deudas para poder inmigrar, enviar dinero su familia, readaptación familiar, afrontar situaciones de enfermedades de familiares o duelo desde la distancia, sin poder volver a su país de origen, conocer y buscar una nueva red de apoyo en el país receptor, gestionar alguna visita de algún familiar y la preocupación ante una situación de enfermedad que le impida trabajar y por lo tanto sobrevivir.

Un estudio realizado por Salaberria, Haro y Del Valle en 2017 mostró que lo que más aumenta los niveles de estrés en el inmigrante es su familia y el sentimiento de fracaso en su situación migratoria. Además, los sentimientos que presentan los participantes del estudio son: soledad, tristeza, sensación de atrapamiento, desesperanza y un nivel bajo de autoestima. También se manifiestan inconvenientes por la diferencia de culturas, formando preocupaciones añadidas, lo que desencadena problemas de memoria y concentración. Todo ello facilita el desencadenamiento de trastornos psicóticos.

La regularidad de la situación favorece un mejor estado de la persona, disminuye el sentimiento de fracaso y vulnerabilidad, a pesar de que los síntomas son los mismos que los participantes del estudio en situación irregular. Los inmigrantes, que en su mayoría cuando emigraron presentaban un correcto estado de salud, padecieron un desgaste a largo plazo, en el proceso de migración. Asimismo, en los inmigrantes que tenían 5 o más años de residencia en el país receptor, su situación psicológica no mejoró en comparación con los que llevaban menos tiempo, a pesar de encontrarse en

una situación menos inestable, con red de apoyo y mejor posición económica. Esta situación puede deberse al agotamiento que ha sufrido el inmigrante a lo largo del proceso migratorio, en el que se han visto mermadas sus habilidades de afrontamiento. Un hecho resaltable, es la hostilidad que presentan los inmigrantes y el estado de irritación ante la sociedad en la que se encuentran, debido a las situaciones frustrantes a las que se han visto enfrentados a lo largo de los años. Esta situación dificulta su adaptación y agrava su realidad psicológica y física. (Salaberria, Haro y Del Valle, 2017)

La posición socioeconómica es una variable fundamental en el proceso migratorio, muestra ciertas diferencias en el estado de salud del inmigrante. El nivel de educación, los ingresos y el motivo de emigración, muestra desigualdades en el estado de salud del inmigrante, ya que estas diferencias favorecen el desarrollo de enfermedades en el inmigrante, empeorando su situación en salud y por lo tanto aumentan la mortalidad. Cuanto menor nivel socioeconómico y de estudios más se agrava la situación de la persona, por ello, se hace necesario la atención especial de ciertos grupos de inmigrantes más indefensos, en los que la asistencia social puede favorecer su situación en el país, disminuyendo, al mismo tiempo, los problemas en salud. (Cabines, 2014)



Figura 1. Desembarco en la playa de Del Canuelo después del Estrecho de Gibraltar.

Fuente: Rodríguez, Harris y Montalto (2018).

3.2.2. Condicionantes culturales de salud en la religión musulmana

A continuación, se destacan los condicionantes culturales de salud en la religión musulmana.

La religión musulmana cuenta con unos 1.200 millones de seguidores, siendo la 2º religión más con adeptos del mundo, después del cristianismo. Se encuentran distribuidos por el norte de África, el este de Asia y en la Unión Europea, sobre todo en España. (Pujol, 2015)

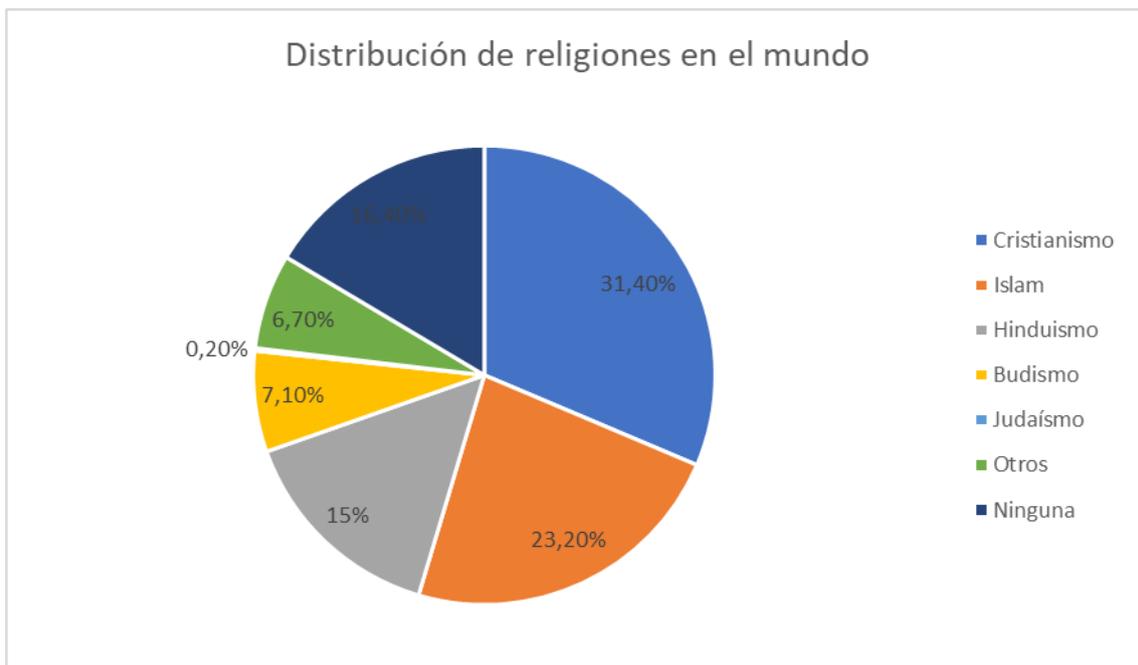


Gráfico 2: **Distribución de las religiones en el mundo.**

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de: **Saber es práctico (2017).**

La cultura musulmana entraña gran cantidad de costumbres esenciales, diferentes a otro tipo de culturas. Entender estas diferencias y trabajarlas desde el punto de vista de enfermería, facilita la comunicación entre el paciente y la enfermera y facilita el proceso de recuperación. Posteriormente se va a desarrollar: la alimentación, higiene, el parto y puerperio y la muerte desde la cultura musulmana.

- La alimentación: la alimentación influye en el estado de salud de la persona, pero también influye a nivel sociológico debido al significado y valores que aporta a cada grupo cultural. El tipo de alimentación y las características específicas los diferencian de otros grupos culturales, creando un sentimiento de unidad e identidad entre los seguidores de la misma alimentación. Las religiones, en general, han marcado los alimentos aptos y no aptos, y el momento en el que los alimentos pueden ser ingeridos, las situaciones de ayuno.... El islam ha dividido los alimentos en tres: los “permitidos o halal”, los “inaceptables o haram” y los “mushbooh” o alimentos que no están prohibidos, pero tampoco están explícitamente permitidos.

Entre los alimentos permitidos destacan la leche, pescado, miel, vegetales, hortalizas, fruta, legumbres y carne de animales sacrificados según el rito islámico.

Entre los alimentos prohibidos destacan los animales que no hayan sido sacrificados por el rito islámico (halal), perros, burros, anfibios, aves, insectos..., la sangre, bebidas venenosas y tóxicos, colágeno, hormonas sexuales, insulina, extracto de vainilla. Actualmente se cuestiona si el vino es un alimento prohibido y muchos musulmanes lo consumen. Esta flexibilidad en el consumo de ciertas bebidas alcohólicas no es extrapolable al consumo de carnes. Carnes provenientes del cerdo quedan totalmente prohibidas, siendo más estrictos en este aspecto.

Y los “mushbooh” destacan las gelatinas, vinagres, diuréticos, ac. Fólico, lípidos, entre otros.

Los periodos de ayuno o que constan de un mes de Ramadán, en el que los seguidores sólo pueden consumir alimentos desde el anochecer hasta el amanecer del día siguiente. El Ramadán representa cuando a Mahoma le fue revelado el Corán. Al acabar el mes de Ramadán se celebra una gran fiesta llamada “Id al Fitr”, en la que se consume gran cantidad comida y bebida, sobre todo carne. De esta forma se le da gran importancia a la comida, ya que estos dos actos dependen de ella. (Suárez, 2015)

- La higiene en la mujer musulmana: la higiene para los musulmanes es una forma de purificar su alma y limpiar su cuerpo, para embellecer el cuerpo tanto del hombre como de la mujer. Existen baños públicos para asearse, las mujeres suelen ir acompañadas de amigas o familiares, entre ellas se enjabonan, junto con el vapor, agua y jabón, ocurriendo la purificación. Los baños son mixtos, los hombres acuden por la mañana y las mujeres por la tarde. Además, en estos baños, las mujeres aprovechan para cortarse el pelo, teñirse, depilarse o decorarse. La higiene en estos baños facilita la socialización entre las mujeres y es una forma de ocio. (Roldán, 2016)

- El embarazo, parto y puerperio: durante el embarazo la mujer musulmana está exenta de practicar el Ramadán. A pesar de ello son muchas las mujeres musulmanas que lo practican aun sabiendo los riesgos que entraña. El ramadán consiste de 10 a 19 horas de ayuno prolongado, dependiendo la época del año. Los motivos por los que las mujeres deciden realizarlo pueden ser, bien, para compartir la experiencia espiritual con su familia, o también para no tener que realizar el ayuno posteriormente al embarazo, solas. El ayuno conlleva una disminución de la ingesta de alimentos necesarios para el embarazo, lo que puede acarrear perjuicios. Los perjuicios son: cambios metabólicos, hipoglucemias debido al ayuno prolongado y cetoacidosis, que podría afectar al coeficiente intelectual del bebé. Además de la pérdida de peso y posible deshidratación, perjudicando el desarrollo fetal. (Conde-Puertas, 2015)

El parto es un proceso que cada cultura vive y desarrolla de una forma específica. Las mujeres musulmanas prefieren un parto acompañadas de sus familiares del mismo sexo. Según Hernández, Echevarría y Gomáriz (2016) “El dolor es una experiencia individual, intransferible, universal y milenaria impregnada de su propia constelación cultural”. Por lo tanto, el dolor es exclusivo de la persona, aunque también tiene connotaciones culturales. Además, ciertas situaciones como no entender el idioma y no disponer de apoyo familiar producen un aumento de la sensación del dolor en mujeres musulmanas. Aunque no exista ninguna contraindicación cultural para la

utilización de la epidural, muchas de ellas no se deciden a utilizarla debido a las molestias posteriores al parto que conlleva su administración. (Cadenas y Del Pino ,2018).

El libro sagrado de los musulmanes recomienda amamantar durante los dos primeros años de vida. Además, permite que sea la pareja en consecuencia a su situación la que decida el número de hijos que quiere tener. Durante el puerperio desaconseja mantener relaciones sexuales. (Ahmed, 2016)

- La muerte en un musulmán, en especial en recién nacidos: el sentido a la vida y la muerte, a lo largo de la historia, siempre han ido muy ligadas a la religión. Creer y formar parte de una religión es un beneficio en ciertas situaciones críticas, que a lo largo de la vida se deben afrontar, como un duelo o un proceso de enfermedad. La creencia que poseen los musulmanes sobre la existencia de vida tras la muerte y la reunión con su creador Allah, facilita el proceso de duelo y disminuye el miedo ante la muerte. Para ellos es un nuevo inicio de la vida eterna, dejando atrás la vida en la tierra, que es perecedera y llena de obstáculos. La muerte se encuentra muy presente en la vida del musulmán, ya que se ha escrito mucho acerca de ella, en sus libros sagrados.

Cuando ocurre la muerte en un recién nacido o un niño hasta la pubertad, se considera que el niño está libre de cualquier pecado y su alma progresa directamente al paraíso, sin ningún juicio de Dios. Por otro lado, algunos musulmanes creen que la muerte de un recién nacido es un regalo de Dios, ya que su hijo les esperará en las puertas del paraíso, intercediendo por ellos, evitando el juicio divino. La reacción ante la muerte de un primogénito suele ser de aceptación, ya que la legislación del islam evita situaciones de ira y descontrol, y fomenta actitudes como la paciencia y el razonamiento. El pensamiento en un futuro reencuentro en el paraíso disminuye las sensaciones negativas ante la pérdida, ya que es una despedida temporal y no eterna. Los musulmanes mantienen una expresión abierta sobre el fallecimiento de un familiar, lo que favorece su aceptación. El sexo masculino musulmán

es más proclive a silenciar sus sentimientos, por el contrario, el sexo femenino manifiesta sus sentimientos sin inconvenientes.

Las costumbres y rituales ante la muerte de un recién nacido promueven que los padres lo vean y le reciten versos del Corán juntos, para velar por su alma. Se ha demostrado que esta práctica favorece un duelo fisiológico y la aceptación de los padres ante la pérdida del bebé. A las familias musulmanas les gusta tener lo antes posible el cuerpo de su ser querido, para enterrarlo, por lo tanto, cualquier trámite que lo retrase, manipulación o toma de huellas, aumenta el dolor de la familia musulmana. La autopsia está prohibida o no se realiza en el islam, debido a que existe la creencia de que el cuerpo siente el dolor tras la muerte, además de pertenecer a Dios. Es inusual que los padres soliciten la autopsia a menos que sea obligatorio en el país en el que se encuentren.

Cuando el bebé nace vivo, pero la muerte es próxima es probable que los padres deseen llevar a cabo algún ritual. Una de las prácticas sería que el rostro del bebé mirara hacia la Meca, bendecirlo con agua, o recitar una oración llamada "Adhan", susurrada en la oreja derecha del bebé mientras respire. Dicha oración distingue el tipo de entierro y la zona en el cementerio. En el entierro debe de estar el cuerpo completo, la placenta y el cordón umbilical, ya que creen que todo pertenece a Dios.

En el caso de los adultos musulmanes fallecidos el ritual consta de un "lavado purificador o Ghusul" y el recubrimiento con un tejido blanco para purificar su alma. La incineración está prohibida por la religión musulmana, ya que hace referencia al infierno. (García, 2016)

3.3. Enfermería transcultural

La enfermería como profesión según Amezcua (2015) es “un fenómeno sociocultural en el cual intervienen un conjunto de conocimientos y habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que surge y se desarrolla”. Lo que significa que el desarrollo de la enfermería como profesión en sí, depende de la sociedad y la cultura en la que se desarrolle. El desarrollo de la profesión y los cuidados que esta aporta, son a la vez dependientes del mismo modo de la sociedad y cultura perteneciente. Dicha sociedad dependerá de las necesidades de los ciudadanos y por lo tanto los cuidados necesarios fundamentados en el correcto desarrollo de la práctica clínica. Para desarrollar la función asistencial, enfermería utiliza el “Proceso de Atención de Enfermería” (PAE), que consta de una valoración del paciente, diagnóstico de enfermería, objetivos, intervenciones realizadas en el paciente y finalmente una nueva comprobación, para analizar si los resultados propuestos han sido alcanzados. Para extraer el diagnóstico de enfermería se utiliza el NANDA-I, para marcar unos objetivos el NOC y para realizar las intervenciones necesarias el NIC, además de la investigación en la ciencia enfermera. Este método es utilizado posteriormente en el apartado de resultados, para estudiar un caso en concreto.

La transculturalidad es un término que nace para definir el proceso de unión entre diferentes culturas, los puntos de unión que surgen de la relación entre personas de diferentes culturas, más allá de la cultura en sí. Por lo tanto, de la adaptación de ambas surge una buena convivencia. (Hidalgo, 2017)

La enfermería transcultural nace a través de la “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados”, de Madeleine Leininger en los años 50. La globalización afecta a la enfermería, que actualmente se enfrenta a múltiples situaciones en las que la cultura del paciente influye en los cuidados a realizar y, por lo tanto, en su recuperación. De aquí surge la importancia del estudio de la influencia de la cultura en el cuidado realizado por el personal de enfermería. En la valoración del proceso de enfermería, se evalúa a la persona como única y de una forma global, desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Al incluir el aspecto cultural, la enfermería debe adaptarse a una nueva

dimensión, y tener en cuenta este aspecto para tratar a un paciente. Para llevar a cabo un cuidado culturalmente adecuado, primero es necesario, la aprobación de la existencia de diferencias culturales y valores, aceptarlas y trabajarlas para proporcionar una atención adecuada. La Enfermería Transcultural pretende considerar la cultura en la práctica clínica, por lo que necesita los conocimientos de otras culturas, lo que supone una dificultad para el profesional y un esfuerzo añadido. (Castrillón, 2015)

A continuación, se expone la importancia de la comunicación desde el punto de vista enfermero para tratar al paciente de una forma integral y holística. Posteriormente, se desarrollan las diferentes teorías más influyentes en el desarrollo de la enfermería transcultural como son: el “Modelo del sol naciente”, de Madeleine Leininger, el “Modelo de competencia cultural”, de Larry Purnell y el “Modelo de la herencia cultural y tradiciones de salud”, de Rachel Spector.

3.3.1. Importancia de la comunicación actualmente en enfermería

La enfermería es una profesión en la que el objeto de los cuidados es el paciente, su familia y la comunidad, por lo tanto, el enfermero necesita desarrollar y adquirir destrezas en comunicación. Existen dos tipos de comunicación: la comunicación verbal, en la que se utilizan palabras para enviar el mensaje y siendo esencial para desarrollar el trabajo de un enfermero. Pero también al comunicarse con otra persona el ser humano utiliza el lenguaje no verbal o corporal, que tiene importantes utilidades en el ámbito sanitario. Por ejemplo, cuando muchos pacientes no pueden o no quieren expresar con palabras sus sentimientos, temores o estados de ánimo, el profesional de la salud sensible, a la comunicación no verbal puede advertir el estado real de su paciente y actuar en consecuencia. Aproximadamente el 70% de la comunicación es no verbal como la postura, la mirada, los gestos o la expresión. El número de miradas aumenta la vinculación emocional y el estado de comodidad entre ambas personas. Por esta razón es importante el desarrollo de las habilidades comunicativas por parte del personal de enfermería.

Autores como Hildegard Peplau en su “teoría de las relaciones interpersonales”, Joyce Travelbee e Imogene King destacan la importancia de la comunicación, siendo esencial en la relación que se lleva a cabo entre la enfermera y el paciente. (Ramírez y Muggenburg, 2015)

3.3.2. *Madeleine Leininger*

Madeleine Leininger es la creadora de la Enfermería Transcultural (ETC). La enfermería es una profesión privilegiada, ya que tiene la oportunidad de acompañar a la persona y a su familia en situaciones en las que necesitan sus cuidados, por ello, enfermería debe ser apta y competente en el cuidado de las personas atendiendo también las creencias y valores de estas.

La autora define la ETC como el campo de estudio y trabajo basado en los cuidados adaptados a la cultura, las creencias y valores, tanto en el mantenimiento y recuperación de la salud, como en la situación de discapacidad o muerte. La ETC forma un nuevo ámbito de conocimiento para la enfermería, incluyéndose en el estudio holístico del ser humano.

La cultura como noción se origina en la antropología y el cuidado proviene de la enfermería, juntos forman la enfermería que atiende a la cultura del paciente. La cultura es definida por la autora como el conjunto de símbolos, valores, creencias y estilos de vida que son asimilados y ejercidos, heredados de generación tras generación como modelos de conducta. Mientras que el cuidado es definido como la práctica exclusiva de la profesión enfermera que la hace única. De tal forma, que la unificación de ambos conceptos: cultura y cuidados conforman la enfermería transcultural. La investigación en enfermería apoya el uso en la práctica clínica de conocimientos basados en la evidencia científica, por lo que, la utilización de los cuidados culturalmente adaptados es segura si se utiliza la investigación como herramienta para utilizarlos y adaptarlos de forma adecuada.

La enfermería transcultural adquiere importancia en la actualidad debido a la gran cantidad de personas que se mueven de una ciudad a otra, así que la enfermera tiene que enfrentarse a situaciones en las que la cultura del paciente tiene que ser tenida en cuenta y adaptar los cuidados, en consecuencia. Otro

argumento es que el ser humano desea que los cuidados que le sean proporcionados tengan en cuenta sus particularidades culturales, ya que, los cuidados culturales favorecen la recuperación del paciente y mejoran los resultados en salud, facilitando la mejora de la situación del paciente. Además, el beneficio que supone para el paciente estos cuidados, que favorecen la realización personal y profesional de la enfermera, debido al mejor estado de salud del paciente. También la importancia de los cuidados culturales, aunque no sea reconocida por la comunidad en la mayoría de los casos. Asimismo, el paciente agradece y reconoce a la enfermera competente que le aporta todos los cuidados necesarios para su salud, que comprende y valora su situación de forma holística. En consecuencia, la investigación se muestra imprescindible para el desarrollo de esta nueva vertiente.

Cuando se administran los cuidados transculturales necesarios, los usuarios dejan de sentir el etnocentrismo o imposición cultural. El concepto de etnocentrismo es descrito por la autora como “la creencia que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer son las mejores, o superiores a otras” (Leininger, 1995). La imposición cultural la define como “la tendencia de imponer los propios valores, creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando su libertad y respeto al ser humano” (Leininger, 1995). Estos dos conceptos suelen ir unidos, debido a la creencia de que los valores personales son los ideales, lo que puede conducir a la imposición de estos. A los pacientes que se encuentran en una situación de vulnerabilidad e indefensión cuando por ejemplo están hospitalizados, esto recibe el nombre de imposición cultural. El dolor, las transfusiones sanguíneas o el trato hacia los niños son situaciones en las se hace más visible el etnocentrismo y falta de cuidados transculturales. (Leininger, 1999)

3.3.2.1. Modelo del sol naciente

El modelo del sol naciente de Madeleine Leininger explica la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y universalidad y representa los conocimientos enfermeros. La parte de arriba de la figura 2 representa la orientación en la práctica clínica y sirve de apoyo para la investigación. La parte de abajo representa de forma específica el conocimiento de los cuidados

culturales aplicados a un grupo cultural. De esta forma, en la figura se muestran los cuidados de enfermería como el conjunto de dos sistemas: genéricos y profesionales. El conjunto de conocimientos adquiridos guía a los profesionales en sus cuidados, facilitando la nueva adquisición de conocimientos.

Los pacientes tienen diferentes doctrinas, creencias, valores y diferentes formas de afrontar las situaciones que se les presentan, por lo tanto, atender a esas características específicas favorece su situación disminuyendo la intranquilidad que puede suponer una operación quirúrgica, una situación de enfermedad o una hospitalización, al mismo tiempo que favorece la recuperación del paciente y un mejor estado de ánimo. Leininger a estos cuidados los llama “de preservación o de sostén”, que se pueden definir como aquellas acciones que los profesionales, que prestan la asistencia necesaria, favorecen al paciente atendiendo a su cultura, manteniendo su bienestar, facilitando la recuperación, muerte y otras situaciones. Dichos cuidados se deben preservar y mantener para el beneficio del paciente.

Para conseguir los siguientes cuidados de negociación o adaptación aplicados a los valores culturales del paciente es necesario cambiar y adaptarlos a su situación y características. De tal forma, que habría que llegar a un acuerdo con el paciente y la familia, incorporando a un familiar o amigo que ayude al paciente para administrarle los cuidados necesarios, facilitando las visitas, cuidados específicos, oraciones o ritos característicos de la religión o creencias en las que participen. Se deben tener en cuenta estos cuidados para el bienestar y confort del paciente. Según Leininger (1991) “se refieren a las acciones o decisiones creativas y profesionales de asistencia, de sostenimiento, de facilitación o de habilitación, que ayudan a la gente de una cultura determinada a adaptarse, o a negociar con otros un resultado de salud provechoso o satisfactorio con los profesionales de la salud”.

Finalmente, los cuidados de reorientación o reestructuración, definidos según Leininger (1991) como “esas acciones y decisiones profesionales que asisten, sostienen, facilitan, o habilitan ayudando a la gente a reorganizar, o a cambiar de manera importante el modo de vivir por uno nuevo, diferente y satisfactorio para los cuidados de salud y respetando completamente los

valores culturales y las creencias del individuo y logrando un modo de vida más satisfactorio o saludable que antes, que los cambios fueran decididos con el grupo o el individuo”. Por ello son de gran importancia y es fundamental un gran conocimiento sobre las particularidades de la cultura del paciente, para proporcionarle los cuidados adaptados y convenientes a su situación, facilitando la incorporación de estos cuidados a su vida, de tal forma, que se produzca una modificación en sus hábitos. Estos cuidados son los que más dificultades presentan para llevarlos a cabo debido a que exigen un compromiso por parte del personal de enfermería y la necesidad de tener conocimientos muy específicos de diferentes culturas para adaptarlos a cada paciente con sus características propias.

El conjunto de estos cuidados concede al paciente “cuidados culturalmente congruentes” facilitando una buena situación de salud y el bienestar del paciente. (Leininger, 2002), (Rohrbach-Viadas, 1998) y (Leininger, 1991)

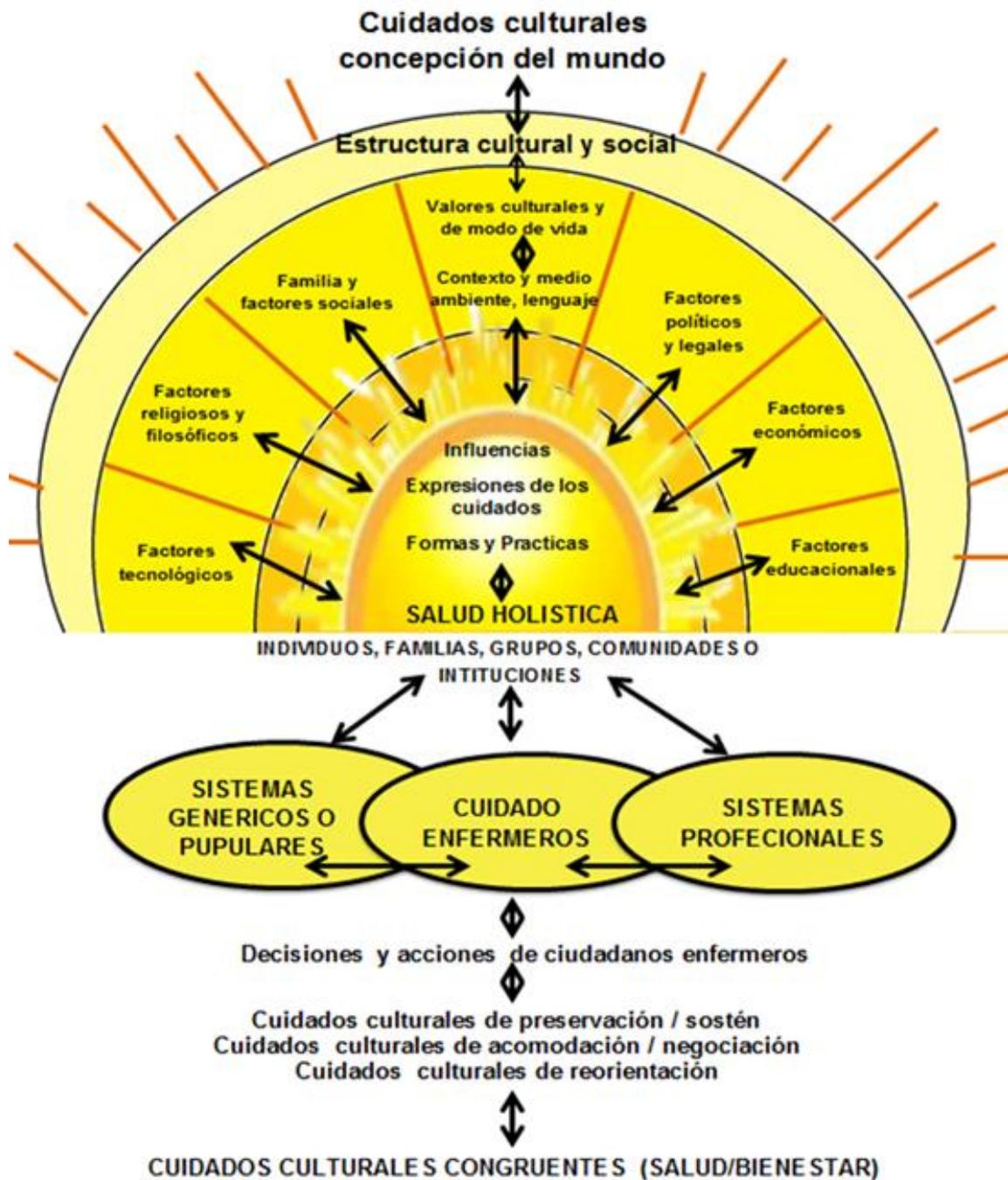


Figura 2. Modelo del sol naciente de Madeline Leininger.

Fuente: Olcese, (2015).

3.3.3. Modelo de la competencia cultural de Larry Purnell

El modelo de competencia cultural de Larry Purnell fue creado en 1995, debido a la necesidad de adaptar los cuidados de los pacientes que procedían de diferentes culturas y por lo tanto tenían diferentes necesidades. Este modelo puede utilizarlo cualquier profesional sanitario, siempre que lo adapte a sus competencias, también se puede extrapolar a la práctica clínica, la educación, la investigación y la gestión. Este modelo lo forman 12 dominios, que pueden ser empelados en el ámbito hospitalario, en la vivienda del paciente y en la comunidad.

El modelo fue creado desde el razonamiento deductivo, es decir, partiendo de un principio general para llegar a un principio más específico, y desde un razonamiento inductivo, que, por el contrario, consiste en llegar a una conclusión general a partir de un hecho específico. Esto se debe a que, como proveedores de la salud, los enfermeros tienen la obligación de establecer la situación óptima para obtener información sobre el paciente y sus necesidades. Se puede llevar a cabo a través de los tres modelos de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

El modelo atiende a las características del paciente, que se pueden dividir en primarias y secundarias. Las primarias son: nacionalidad, tono de piel, edad, raza, sexo y religión. Y las secundarias son: estatus socioeconómico, nivel educativo, experiencia en el Ejército, ideales políticos, trabajo, residencia, orientación sexual, características físicas, estado civil, tiempo lejos del país natal, tipo de inmigrante (legal o ilegal). Este modelo es el conjunto de diversas teorías e investigaciones en el ámbito administrativo, antropológico, sociológico, anatómico, fisiológico, biológico, psicológico, espiritual e histórico, entre otras. Además del punto de vista enfermero y médico, que es esencial.

Purnell plasmó su modelo a través de un diagrama circular, que consta de círculos concéntricos, los cuales cada uno representa un grado de agrupación social representados en la figura 3. El círculo exterior representa la sociedad global, el siguiente la comunidad, la familia, y la persona. El círculo interior se divide en 12 fracciones que representan situaciones culturales. Los

fragmentos presentan flechas bidireccionales formando un círculo entre sí y relacionando unos dominios con otros. En el centro del diagrama queda un círculo gris, vacío, que representa el desconocimiento que existe sobre un colectivo desde el punto de vista cultural. Finalmente, la línea de forma dentada que aparece al final de la figura simboliza el pensamiento “cultura-conciencia”, es decir, representa al personal sanitario, que proporciona el cuidado, mostrando sus diferentes fases de competencia cultural. Estas fases por las que el profesional en cuidados atraviesa, representan el grado de competencia cultural, que como se observa, la representación en la imagen tiene una progresión curva. El profesional adquiere competencia cultural, y posteriormente ocurre un retroceso, al que seguidamente supera alcanzando un nivel mayor, con la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. Este proceso en el que el personal sanitario, comienza siendo inconscientemente incompetente (ignora su desconocimiento cultural), alcanza el grado de conscientemente incompetente (se percata de su ignorancia acerca de la cultura), avanza hacia el grado de conscientemente competente (en el que se instruye de la cultura del paciente) y finalmente alcanza el máximo grado o inconscientemente competente (sin ser consciente de ello proporciona los cuidados culturalmente adaptados a sus pacientes independientemente de la cultura a la que pertenezcan).

En el diagrama la sociedad global plasma la humanidad, en su conjunto, con diferentes culturas. La comunidad representa un conjunto de personas con un propósito común y que viven en un mismo espacio físico. La familia está compuesta a partir de dos individuos, que tienen una relación emocional entre sí. La salud refleja el bienestar de una persona o grupo de personas, física, mental y espiritualmente, que interviene mutuamente tanto con la sociedad global, la comunidad y la familia. Por último, la persona representa a un hombre en un entorno determinado desde la perspectiva bio-psico-social.

Los doce dominios del círculo transcurren de general a específico, pero el orden para comenzar es elegido por el experto en cuidados, considerando los dominios de más importancia de acuerdo con el paciente.

Cada dominio representa:

- Visión o herencia: atiende al origen, la residencia actual, la topografía del país, la economía, la política y educación y motivos de la migración.
- Comunicación: alude al lenguaje y/o dialecto, al tono y volumen de voz, la distancia espacial, el contacto con los ojos, la expresión del rostro... Se incluye comunicación verbal y no verbal.
- Roles de familia y organización familiar: aspectos como rol de género, orientación sexual, metas y prioridades, rol familiar, tipo de familia, estatus social, estilo de vida...
- Cuestiones de recursos humanos: como la aculturación, la autonomía de individuo, la salud en el país natal y las barreras del lenguaje.
- Ecología biocultural: tono de piel, la genética, metabolismo de fármacos, las variaciones biológicas...
- Comportamientos de riesgo: tabaco, alcohol, drogas, actividad física y seguridad.
- Nutrición: alimentos que consume, rituales, limitaciones o deficiencias, promoción de la salud...
- Embarazo: visión, fertilidad, tabús sobre el tema...
- Rituales de muerte: duelo y sus rituales para afrontarlo, entierro...
- Espiritualidad: religión, significado de la misma en su vida...
- Prácticas del cuidado de la salud: dolor y rol de enfermo, automedicación, creencias religiosas, prácticas tradicionales...
- Prácticas de los cuidadores de la salud: percepción de los proveedores de salud y prácticas populares.

Finalmente, Purnell explica este modelo adaptado a la práctica, la educación, gestión e investigación. En la práctica clínica el modelo es utilizado sobre todo por el personal de enfermería, que es el que tiene la capacidad para intervenir y adaptar sus cuidados de acuerdo con la cultura del paciente. Este modelo aporta los instrumentos necesarios para conseguir el objetivo de los cuidados culturales. En lo que a educación se refiere tiene más posibilidades de utilización en la formación de otros profesionales, además de los

enfermeros, los médicos, los nutricionistas, los fisioterapeutas, entre otros, de tal forma que fomenta el desarrollo y la adquisición de competencias. En la gestión o administración, trata de incluir proyectos y organizaciones, fomentando por ejemplo la inclusión de nuevos miembros en equipos de trabajos heterogéneos. Y en investigación el modelo facilita la recolección de información y datos, debido a la división de los 12 dominios. (Purnell, 1999)

El Modelo de Purnell para la Competencia Cultural

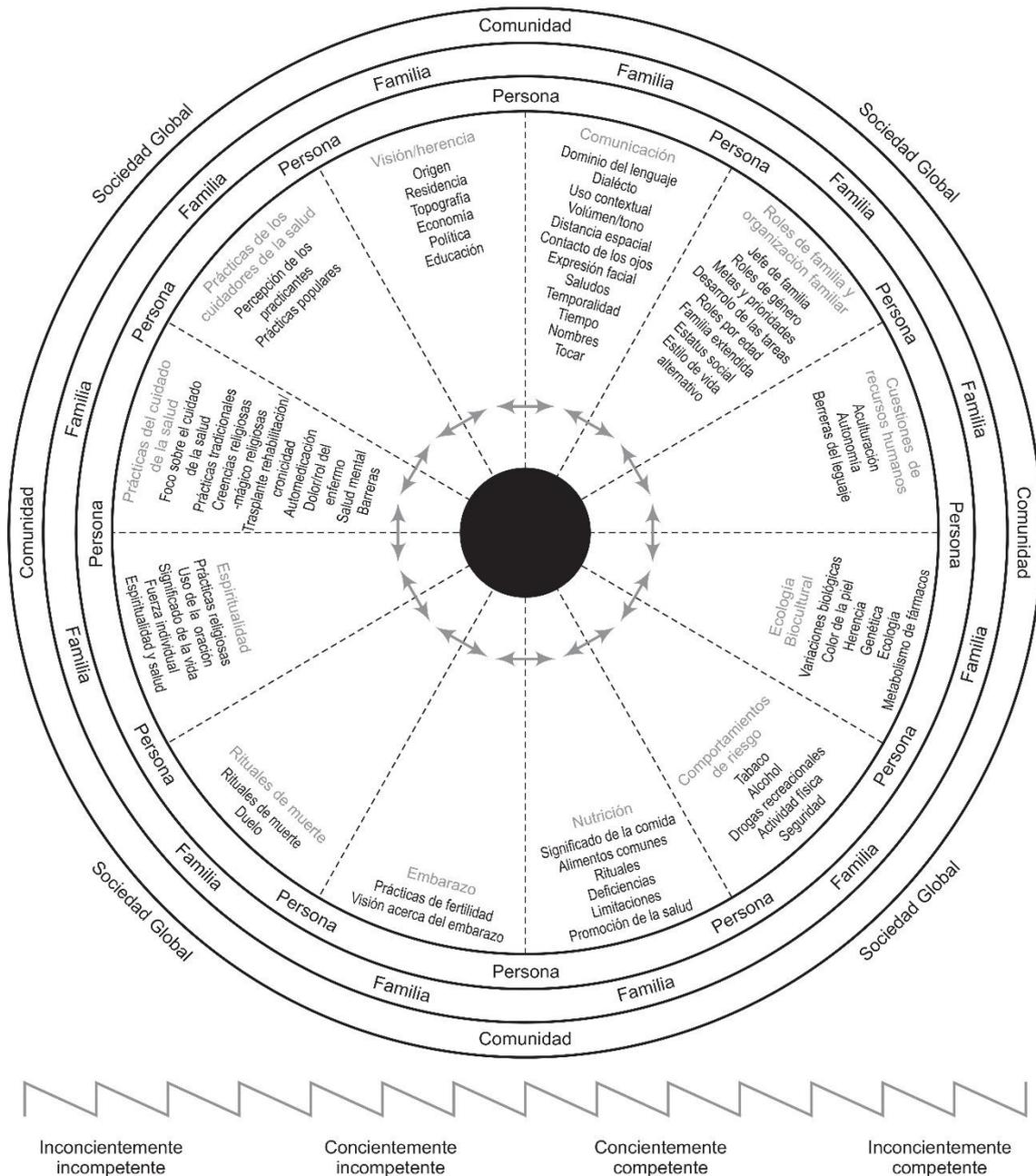


Figura 3. Modelo de competencia cultural de Larry Purnell.

Fuente: Purnell, (1999).

3.3.4. Modelo de la herencia cultural y tradiciones en salud de Rachel Spector

El modelo de la herencia cultural y tradiciones en salud fue creado por Rachel Spector. Comienza su modelo definiendo la salud, que la considera el equilibrio a nivel físico, mental y espiritual, en el aspecto familiar, comunitario, metafísico y “natural”, definiendo, así como se encuentra una persona consigo misma. Además, resalta la importancia no sólo de reestablecer la salud, sino de protegerla y conservarla.

Las tradiciones de salud son definidas por la autora como “las creencias y prácticas que la persona o la familia pueden tener con el propósito de mantener, proteger y restaurar su salud”, dentro de estas tradiciones incluye la dieta, el ejercicio, el descanso, la forma de vestir...

Determina las “Creencias Tradicionales” en salud, que son las creencias que posee una persona acerca del proceso de enfermedad/salud, sus causas y los posibles tratamientos. Ya que, las creencias que una persona pueda tener acerca de una enfermedad interfirieren en su recuperación y en los resultados que obtenga. Cuando una persona piensa que la enfermedad que padece es por un “mal de ojo”, la solución a su problema se basa en buscar a otra persona que se lo quite y no en buscar una solución en las “creencias modernas” como les llama Spector. Las ciencias modernas son las instauradas con base científica, que buscan las causas y el tratamiento de una patología basados en conocimientos científicos.

Las “Prácticas tradicionales”, definidas como los actos que lleva a cabo una persona para evitar o curar una enfermedad. Estas prácticas pueden ser un ungüento, una infusión que se utilice para tratar o prevenir el desarrollo de una enfermedad, es decir, cualquier medida que se utilice por costumbre que no esté basada en evidencia científica. Lo opuesto sería las “prácticas modernas”, que son praxis basadas en evidencias científicas.

Los “Remedios Tradicionales”, existen pacientes que no creen en los tratamientos farmacológicos, y por lo tanto no tienen buena adherencia a ellos. Esto puede deberse a que existen creencias que trascurren de generación en

generación, de medicinas típicas para el tratamiento de ciertas enfermedades, basadas en la mezcla de plantas, vegetales..., estos remedios que no tienen una base científica pueden ser remplazados por el tratamiento prescrito por el facultativo para el tratamiento de una patología. Por ello, se recomienda la indagación y conocimiento de estas prácticas en pacientes cuya adherencia al tratamiento es deficiente.

Los “Sanadores Tradicionales” son personas que en un lugar determinado tienen el reconocimiento para practicar los cuidados, es decir, son reconocidos por su poder de curación, poder divino que les es innato. Hay personas que buscan a estos curanderos porque tienen mucha confianza en ellos, o bien porque la solución a su problema no es la adecuada o no obtienen los resultados propuestos. De tal forma, que buscan su ayuda y la curación mediante el poder divino que estos poseen.

A lo largo del proceso de enfermería, cuando se lleva a cabo la valoración, el diagnóstico, la planificación... se debe tener en cuenta que, la cultura del paciente, ya que, los valores y las actitudes pueden no ser las mismas y, por lo tanto, existirán diferencias a considerar y estudiar.

En la valoración, se observa al paciente, y se recoge información acerca de sus tradiciones y creencias. Ello permite tomar conciencia de la situación inicial del paciente y observar las disimilitudes existentes entre la práctica clínica, las propias creencias del profesional y las creencias del usuario. Para ello, es necesario ser consciente de la cultura propia y conocerla. Esto favorecerá la perceptibilidad y sensibilidad hacia otras culturas, demostrando cada vez más la destreza en el proceso de valoración. La autora recomienda los datos necesarios a reunir: la edad, la etnia, el lugar de nacimiento, la religión, la raza, y la identidad propia. Los datos de ámbito cultural tratan sobre los hábitos, prácticas, costumbres, métodos de actuación, conductas, limitaciones, entre otros. Por otro lado, los datos de ámbito social son: los diferentes estatus, tanto económico, y de educación, la red familiar, el apoyo social y el racismo institucional. Por consiguiente, es de vital importancia la formación del personal sanitario que va a tratar con pacientes de diferentes culturas y un conocimiento específico sobre las mismas.

El diagnóstico de enfermería desde el punto de vista cultural sigue el mismo procedimiento para todos los pacientes, pero existen diagnósticos específicos vinculados con la cultura. Por ello, sería conveniente adaptar las actividades a la cultura de cada diagnóstico.

La planificación es fundamental para conseguir los resultados esperados, en ella se debe tener en cuenta la incorporación de nuevos hábitos y la adaptación de las actividades a la vida diaria del paciente. Es muy favorecedor la incorporación en la planificación de la familia o amigos, ya que, desde el contexto socio cultural, beneficia la correcta ejecución y más aún si se pretende cambiar prácticas culturales.

En la ejecución es de gran importancia la comprensión de la intervención o actividad por parte del paciente, ya que, una buena comprensión facilitará la ejecución de esta. Para ello, es necesario llevar a cabo una explicación adaptada a la educación del paciente y a la comunicación. Si existen barreras comunicativas, el profesional de enfermería debe poner en funcionamiento técnicas y habilidades para eliminar dichas barreras. Por ejemplo, recurrir a un traductor o intérprete para facilitar la comunicación verbal, o utilizar imágenes, gestos para facilitar la comunicación no verbal. Además de incluir a la familia en estas explicaciones, ya que, puede resultar beneficioso, debido a que, en muchas culturas la opinión y el asentimiento de la familia es de vital importancia para poder llevarlas a cabo.

Finalmente, la evaluación culturalmente apta, mide si se han alcanzado los resultados propuestos, de modo que la evaluación muestra la eficacia de los cuidados culturalmente otorgados. Por ello, una evaluación positiva muestra que los cuidados han sido los adecuados y son útiles para seguir utilizándolos. Por el contrario, una evaluación negativa podría mostrar una mala ejecución de dichos cuidados, de tal forma, que el propio proveedor de los cuidados puede analizar los resultados y sus capacidades culturales con el fin de mejorar y aprender de ellas. La autora ofrece ciertas cuestiones de autoevaluación que tratan sobre la comprensión del profesional hacia otras culturas diferentes a la propia, sobre la existencia de una comunicación efectiva, sobre si la implicación de la familia por parte del profesional ha sido la adecuada, la incorporación de

las tradiciones del paciente en los cuidados actuales y si se le está dando la suficiente importancia a la cultura del paciente, en los cuidados ofertados. Con estas preguntas la autora pretende la concienciación del profesional en la necesidad e importancia de los cuidados culturalmente adecuados y resaltar la importancia de atender al paciente de forma única y especial atendiendo a sus desigualdades y características particulares. (Spector, 1999) (Spector, 2001)

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

El diseño utilizado ha sido la investigación cualitativa, estudio de un caso, de un paciente ingresado en la unidad de pediatría con una importante desnutrición, en la que han afectado las diferencias culturales.

El estudio de un caso es útil para comparar la evidencia científica existente en la actualidad, en un caso específico.

4.2. Sujeto del estudio.

El paciente de 17 días de vida, presenta una desnutrición moderada, sin una causa fisiológica existente, ni antecedentes de interés.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó en el Servicio de pediatría de un hospital de la Región de Murcia.

El estudio se realizó en dos fases: la primera que es la recogida de información y actuación en el paciente. Y la segunda el análisis de los datos obtenidos. Por lo tanto, el periodo de estudio abarca desde el 17 de septiembre de 2018 hasta el final de este estudio el 15 de mayo de 2019.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

Como fuente de información hemos utilizado la recogida de información de la historia clínica, el examen físico del paciente, la observación directa, el informe de otros profesionales sanitarios, valoración enfermera, entrevista a los familiares y la revisión bibliográfica.

4.4.2. Procedimiento de información.

La recogida de datos e información comenzó accediendo a la historia clínica del paciente, realizándole una entrevista personal a los padres del

paciente con dificultades idiomáticas, mediante la observación directa y recogida de datos, consultando informes de los diferentes miembros del equipo multidisciplinar y mediante la valoración de enfermería mediante los 11 patrones de Marjory Gordon.

Se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, Index, ScienceDirect, Dialnet y Cuiden. Y en los siguientes buscadores académicos: Buscam y Google Académico. Se han utilizado los descriptores: enfermería transcultural, etnocentrismo, aculturación, mediador cultural, comunicación, salud, cuidados de enfermería, inmigrante, musulmán, embarazo, y lactancia.

Los descriptores fueron combinados según la intención de la búsqueda utilizando los operadores lógicos: And y Or.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera.

En el primer lugar hemos realizado un análisis crítico por el modelo AREA para obtener el diagnóstico enfermero principal según la taxonomía NANDA. Posteriormente se utiliza el NOC o Clasificación de Resultados de Enfermería, para marcarnos unos resultados específicos. Después se extraerán del NIC o Clasificación de Intervenciones de Enfermería, las intervenciones necesarias para cumplir los resultados propuestos. Así como, la extracción de los riesgos de complicación mediante el Manual de Diagnósticos de Enfermería de Lynda Carpenito.

Tras la revisión exhaustiva, los artículos fueron clasificados y seleccionados según los criterios de interés y objetivos del trabajo.

Cuadro 1. Artículos utilizados en cada base de datos.

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PubMed	43	1
Scielo	71	9
Elsevier	65	6
Index	86	10
ScienceDirect	36	0
Cuiden	12	0
Dialnet	58	3
Google académico	10.800	41
TOTAL	11.171	70

Fuente: Elaboración propia.

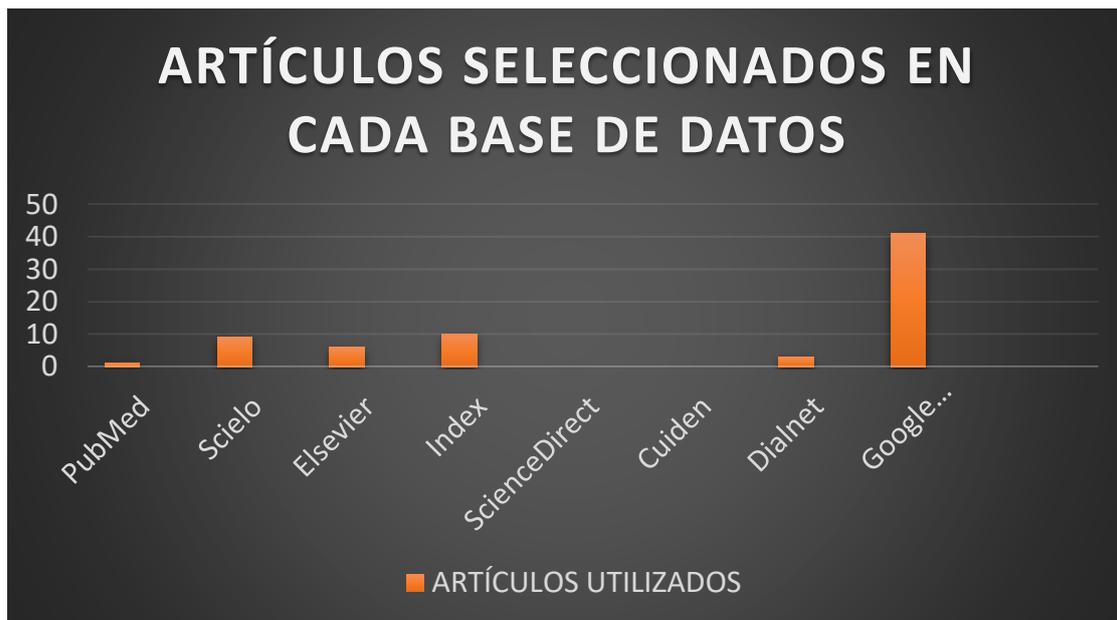


Figura 4. Gráfico de los artículos seleccionados en cada base de datos.

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

5.1 Descripción del caso

Recién nacido de 17 días de vida.

Antecedentes: trombopenia de la madre en el embarazo, serologías negativas, embarazo controlado y sin riesgos. Parto vaginal eutócico con 37+5 semanas de gestación, peso de 2295 gramos(p42), longitud:48cm (p25) Apgar 9 de 10.

Tiene un hermano de 2 años, los padres son primos hermanos.

Lactancia materna exclusiva hasta el momento.

Motivo de ingreso: pérdida de 700 gramos desde nacimiento, hipoglucemia 50mg/dl.

Exploración física en urgencias: Temperatura (t^a): 34°C, Tensión arterial (TA): 60/44mmHg (53mmHg), Frecuencia cardíaca (FC): 130 l/m, Saturación: 96.5% sin gafas nasales. Regular estado general. Ictericia, desnutrición importante, tórax: eupnéico, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando y depresible, Sistema Nervioso algo decaído pero reactivo a estímulos, llanto espontáneo.

Exploración física en planta: Temperatura (t^a): 35.5°C, Tensión arterial (TA): 60/44mmHg (53mmHg), Frecuencia cardíaca (FC): 130 l/m, Saturación: 98.5% sin gafas nasales. Regular estado general. Ictericia, desnutrición importante, tórax: eupnéico, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando y depresible, Sistema Nervioso algo decaído pero reactivo a estímulos, llanto espontáneo

Diagnóstico clínico: Desnutrición.

5.1.1. Valoración del caso

En base a los once patrones de Salud de Gordon. (Gordon, M., 1999).

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD.

- Patrón alterado
- Recién nacido de 17 días
- Antecedentes médicos:
 - ✓ Trombopenia de la madre en el embarazo
 - ✓ Serologías negativas
 - ✓ Embarazo controlado y sin riesgos
 - ✓ Parto vaginal eutócico con 37 semanas+5 días de gestación
 - ✓ Peso al nacimiento: 2995 gramos
 - ✓ Apgar 9 de 10
- Enfermedad Actual:
 - ✓ Desnutrición: pérdida de 700 gramos desde el nacimiento con hipoglucemia 50mg/dl en urgencias
 - ✓ Ingresa en Pediatría debido a desnutrición importante
- Pruebas complementarias:
 - ✓ Bioquímica: Glucosa 90 mg/dl, Urea: 80 mg/dl, Creatinina: 0.51 mg/dL, Calcio: 10.0 mg/dL, Bilirrubina total 13.68. Sodio: 146 mEq/L, Potasio: 4.8 mEq/L, Cloro: 115mEq/L, Proteína C reactiva: 0.04 mg/dL
 - ✓ Gases sangre venosa: pH: 7.400, pCO₂: 31.0 mmHg, pO₂: 70mmHg, HCO₃: 19.2 mmol/L, SBC: 21.7 mmol/L, Exceso base actual (ABE): -3.9, Exceso base estándar (SBE): -5.6, tO₂: 28.9 mmol/L, Saturación O₂: 96.5%. Hct: 66%, O₂Hb: 93.3%, CO₂Hb:1.5%, Met Hb: 1.8%. Ion sodio: 138mmol/L, Ion potasio 4.8 mmol/L, Calcio iónico: 5.42 mmol/L. Ion lactato: 2.7 mmol/L.
 - ✓ Hematimetría: Serie blanca: Leucocitos 6.50 x10³/uL, Neutrófilos 2.00 x10³/uL, Linfocitos 3.40 x10³/uL, Monocitos 0.7 x10³/uL, Eosinófilos 0.3 x10³/uL, Basófilos 0.1 x10³/uL. Neutrófilos 30.80%, Linfocitos 52.00%, Monocitos 10.20%, Eosinófilos 4.70%, Basófilos 2.30%.

Serie roja: Hematíes $6.0 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hemoglobina 18.9 g/dl, Hematocrito 58.7%, Volumen corpuscular medio 104.2fL, Hemoglobina media 36.3 pg/ célula, Concentración hemoglobina corpuscular media 34.8 g/dL, Ancho de distribución eritrocitaria (cv) 17.4%, transferrina sérica: 40%.

Serie plaquetar: Plaquetas: $296.0 \times 10^3/ \mu\text{L}$, Volumen plaquetar medio: 8.6 fL.

- ✓ Orina: Creatinina 14 mg/dl, Proteínas: 18mg/dl, Cociente Proteínas/ Creatinina: 285.7mg/g creat. Urea(orina): 328 mg/dl, Sodio:43 mg/dl, Potasio 16 mg/dl.
- ✓ Microbiología: Bacteriología, Hemocultivo pediátrico (frasco aerobio), negativo a los 45 días de incubación.
- Tratamiento aplicado en urgencias: Expansores de suero salino fisiológico (SFF) a 25ml/h, al iniciar diuresis: Suero Glucosado 5% 100ml+ ClCa 10% 2ml, ClNa 20% 1ml + ClK 1.5mmEq a 9.2 ml/h. Leche artificial.
- Tratamiento actual: Ampicilina i.v. 60mg c/6h, Cefotaxima i.v. 110 mg c/8h, Vitamina D3 6 gotas c/24h v.o, toma de constantes c/8h, O₂ a 0.3 l/m, lactancia materna + lactancia artificial L1 :30-35 ml por toma.
- Diagnóstico principal:
 - ✓ Desnutrición
- La madre acude a consulta porque nota cierta desmejora física, indica que el recién nacido toma poca cantidad de leche materna, ya no produce mucha cantidad.
- Se pone al bebé en el pecho cada 2-3 horas, el bebé no llora cuando tiene hambre.
- Realiza un baño diario, cambio de ropa diario.
- No presenta alergias medicamentosas
- La ventilación e iluminación de la vivienda según los padres es la adecuada y natural, el mobiliario de acuerdo con las necesidades básicas, vivienda sin animales domésticos.
- Edad aparente menor a la cronológica, complexión física delgada, facies: angustia, tez morena clara.

- Estado de ánimo irritable, llanto débil.
- Según la escala Humpty-Dumpty sobre el riesgo de caídas en un paciente pediátrico hospitalizado el riesgo de sufrir una caída es de 14 puntos, por lo tanto, tiene un riesgo alto de sufrir una caída. Ya que según la edad al ser menor de 3 años son 4 puntos, hombre: 2 puntos, Diagnóstico: 3 puntos al estar deshidratado, deterioro cognitivo: orientado en sus capacidades: 1 punto, factores ambientales: paciente en cama: 2 puntos, ninguna cirugía o sedación anestésica: 1 punto, ningún tipo de medicación: 1.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL Y METABÓLICO.

- Patrón alterado
 - Temperatura: 35.5°C
 - Peso: 2295g (disminución de 700g desde nacimiento) (percentil<1)
 - Talla: 49 cm (p7)
 - IMC: 9.58 kg/m² (p<1)
 - Perímetro cefálico: 35 cm (p23)
 - La madre explica que el bebé toma lactancia materna exclusiva, cada 2-3 horas durante unos 20 minutos, con apariencia de no saciarse. Reflejo de succión adecuado, no presenta regurgitación, ni dificultades de deglución.
 - La disminución de peso la madre la atribuye a que no llora pidiendo lactancia, y cuando se lo pone al pecho no se queda satisfecho, a pesar de la succión vigorosa.
 - Piel pálida, sin lesiones cutáneas, textura áspera, delgada y descamada, poca turgencia y elasticidad cutánea, no presenta heridas.
 - La cabeza tiene forma redondeada, simétrica, cuero cabelludo abundante y limpio.
 - Cara simétrica con ligera retracción mandibular, sin lesiones cutáneas.
 - Con respecto a la boca, la mucosa faríngea íntegra, deshidratada.
 - El cuello son hallazgos destacables.
 - Abdomen simétrico, globoso, sin masas.
 - El aspecto de las uñas es normal.

- Se observa una clara disminución de masa muscular y grasa general.
- Escala Braden adaptada a pediatría: recomiendan su utilización a partir de 1 mes.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.

- Diuresis: espontánea, cambio de pañal 2-3 veces al día, mojado, sin restos de sangre, color claro, no turbia.
- Faltan datos para saber si el patrón se encuentra alterado debido a que se sabe el número de veces que le cambia el pañal y, pero se desconoce el número de micciones diarias, ya que la madre le cambia el pañal 3 veces, no por micción. En principio se supone que no está alterado porque según refiere la madre el aspecto de la orina es normal y cuando cambia el pañal este se encuentra mojado.
- Deposiciones normales 2 veces al día, color, olor, cantidad y consistencia normales y adecuados a su edad, según la madre.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

- Patrón alterado
- Tensión arterial (TA): Sistólica 60 (percentil6) /Diastólica 44 (p88) (53mmHg).
- Frecuencia respiratoria (FR): 19 rpm, con periodos de apneas.
- Saturación: 98.5%
- Frecuencia cardíaca (FC): 130 lpm.
- No presenta tos, ni cianosis.
- Está en la cuna la mayor parte del día, excepto cuando está lactando.
- La percepción de la madre hacia el bebé es que se encuentra débil, a pesar de reflejo de succión vigoroso y fuerte reflejo de agarre adecuado a la edad.
- Tórax: simétrico, estado respiratorio disminuido, arrítmico, poca amplitud, no presenta ruidos respiratorios, desaturación (96.5%) sin oxígeno suplementario.
- Sin ruidos cardiacos anormales, pulsos periféricos débiles y uniformes.

PATRÓN 5. SUEÑO Y DESCANSO

- Duerme durante todo el día, excepto cuando le dan de comer.
- Se despierta cada poco tiempo, pero su vuelve a dormir rápidamente.

PATRÓN 6. COGNITIVO Y PERCEPTUAL

- Escala de Glasgow: apertura ocular espontánea (4 puntos), respuesta motora: movimientos espontáneos (6 puntos) y respuesta verbal: llanto consolable (4). Puntuación total de 14 sobre 15 puntos. (Escala de Glasgow adaptada a la edad pediátrica)
- Oír: Otoemisión acústica a los 5 días de nacer de ambos oídos, para prevención y cribado de hipoacusias, con resultados positivos.
- Los sentidos: vista, olfato y sabor aparentemente normales y adecuados a la edad del paciente.
- Cambios adecuados a la edad en la sensibilidad al tacto, frío, calor y dolor.
- No hay alteraciones neurológicas aparentes.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO

- El bebé es tranquilo refiere la madre.
- Debido a su edad este patrón no procede valorarlo en más profundidad.

PATRÓN 8. ROL RELACIONES

- Patrón alterado
 - El lenguaje no es valorable
 - El idioma que se habla en casa es el árabe
 - Los padres refieren no tener problemas familiares estresantes
 - La interacción entre los miembros de su familia es buena según los padres
 - Las decisiones importantes en la familia las toma el padre
 - El sustentador familiar principal es el padre, que trabaja en la agricultura, nivel educativo bajo, e ingreso familiar del mínimo exigido por ley.

- No refieren tener problemas económicos, ni de violencia familiar, ni maltrato infantil, ni matrimoniales, a pesar de que la madre del paciente presenta dos marcas de equimosis en la cara recientes.
- El paciente tiene un hermano mayor de 3 años, que parece feliz con la llegada de su hermano pequeño
- Se observa una disminución de relación o apego entre la madre y el bebé, ella lo coge poco, no lo despierta para darle de comer, no controla el horario de tomas de su hijo y se salta tomas, sino se le avisa

PATRÓN 9. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

- Mamilas simétricas, integridad de los genitales externos, localización del meato urinario fisiológica, el escroto presenta coloración normal

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Ingreso en planta de Pediatría
- No procede la valoración de este patrón.

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS

- Los padres son creyentes del islam, con las restricciones propias de la religión.
- Este patrón no es valorable al paciente debido a su edad.

5.2. Diagnósticos de enfermería

Una vez realizada la valoración enfermera de nuestro paciente, según los 11 patrones de Marjory Gordon procedemos a describir los alterados según los Diagnósticos Enfermeros (DxE) para ello utilizaremos la taxonomía NANDA Internacional del 2015-2017, los DxE definidos son:

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD

- (00079). *Incumplimiento r/c habilidades insuficientes para realizar el régimen terapéutico, implicación de los miembros en el plan insuficiente m/p conducta de no adherencia, desarrollo de complicaciones relacionadas, faltar a citas, fracaso al intentar lograr resultados.*
 - Dominio 1: Promoción de la salud
 - Clase 2: Gestión de la salud
 - Definición: Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces
- (00004). *Riesgo de infección r/c malnutrición y procedimiento invasivo*
 - Dominio 11: Seguridad y protección
 - Clase 1: Infección
 - Definición: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
- (00155). *Riesgo de caídas r/c sexo masculino cuando tiene < 1 año de edad, supervisión insuficiente*
 - Dominio 11: Seguridad y protección
 - Clase 2: Lesión física
 - Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud
- (00047). *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c hidratación, hipotermia, alteración de la turgencia de la piel, nutrición inadecuada.*
 - Dominio 11: Seguridad y protección
 - Clase 2: Lesión física
 - Definición: Vulnerable a una alteración en la epidermis y/ dermis, que puede comprometer la salud.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL Y METABÓLICO.

- (00006). *Hipotermia r/c conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de hipotermia, malnutrición, peso extremo, hipoxia, reserva de grasa subcutánea insuficiente m/p hipotermia grado 3, temperatura central 34-34.9 °C, lactante con insuficiente ganancia de peso y palidez.*
 - Dominio 11: Seguridad/protección
 - Clase 6: Termorregulación
 - Definición: Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación
- (00216). *Lactancia materna insuficiente r/c ocasiones para mamar insuficientes, tomas de corta duración, volumen de líquidos insuficiente m/p ausencia de producción de leche con la estimulación del pezón, extrae volumen de leche inferior al prescrito, retraso en la producción de leche, busca mamar del pecho con frecuencia, ganancia de peso inferior a 500g en un mes, la duración de la toma del pecho parece insatisfactoria.*
 - Dominio 2: Nutrición
 - Clase 1: Ingestión
 - Definición: Baja producción de leche materna
- (00002). *Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c ingesta diaria insuficiente m/p ingesta inferior a las cantidades recomendadas, palidez de las mucosas, peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal, saciedad inmediatamente después de ingerir comida y tono muscular insuficiente.*
 - Dominio 2: Nutrición
 - Clase 1: Ingestión
 - Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas

PATRÓN 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- (00033). *Deterioro de la ventilación espontánea r/c alteración del metabolismo m/p aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂), disminución de la presión parcial de oxígeno (PO₂), disminución de la saturación de oxígeno arterial (SaO₂) e inquietud.*
 - Dominio 4: Actividad y reposo
 - Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares
 - Definición: disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente para el mantenimiento de la vida.

PATRÓN 8. ROL RELACIONES

- (00056). *Deterioro parenteral r/c conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño, conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño, nivel educativo bajo, respuesta insuficiente a las señales del niño, retraso en el desarrollo, falta de implicación de la madre m/p retraso en el desarrollo, desatención de las necesidades del niño, disminución de las demostraciones afectivas, mantenimiento inadecuado de la salud del niño.*
 - Dominio 7: Rol relaciones
 - Clase 1: Roles de cuidador
 - Definición: incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

5.2.1. Red de razonamiento del diagnóstico de enfermería

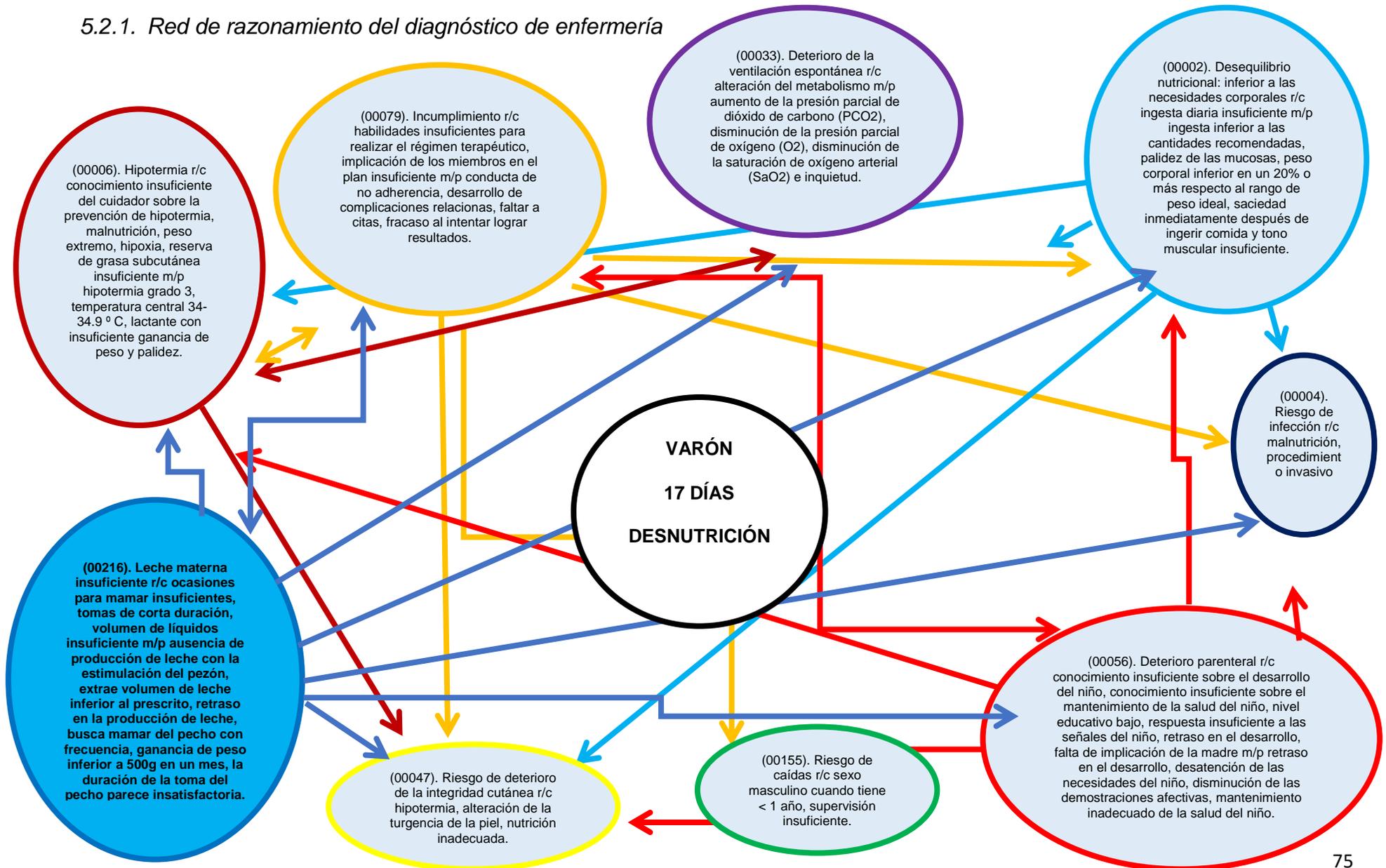


Figura 5. Red de razonamiento del diagnóstico principal de enfermería.
Fuente: Elaboración propia.

5.2.2. Justificación del diagnóstico de enfermería principal

- El DxE principal es (00216). *Leche materna insuficiente r/c ocasiones para mamar insuficientes, tomas de corta duración, volumen de líquidos insuficiente m/p ausencia de producción de leche con la estimulación del pezón, extrae volumen de leche inferior al prescrito, retraso en la producción de leche, busca mamar del pecho con frecuencia, ganancia de peso inferior a 500g en un mes, la duración de la toma del pecho parece insatisfactoria.*
 - Dominio 2: Nutrición
 - Clase 1: Ingestión
 - Definición: Baja producción de leche materna

Como se observa en la Figura 5. Red de Razonamiento.

Según Burgos (2013) la selección de este Diagnóstico como el principal se debe a que la alimentación en los primeros años de vida es fundamental para la supervivencia infantil, para su crecimiento y desarrollo. La nutrición adecuada disminuye la morbilidad y mortalidad del neonato, así como el riesgo de padecer enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida tiene muchos beneficios en el neonato y en la madre.

La leche materna insuficiente según Gorrita, Terrazas, Brito y Ravelo (2015) provoca una desnutrición importante en el neonato provocando así un desequilibrio nutricional inferior a sus necesidades notable, ya que su uso es exclusivo hasta los 6 meses de vida.

La desnutrición afecta a la termorregulación ya que la disminución de peso, la falta de aporte nutricional y con ello la desnutrición provocan un descenso de la temperatura en él, debido a que se produce un cambio en la respuesta térmica al frío además de disminuir la vasoconstricción y favoreciendo la aparición de hipotermia. Esta hipotermia puede ocasionar confusión, debilidad muscular, letargia y deterioro del nivel de conciencia. La desnutrición puede alterar el sistema inmune, y con facilitando el riesgo de aparición de una infección, en

especial suele afectar a la integridad cutánea y mucosa, facilitando con ello la aparición de infección. También altera a los linfocitos B y a la aparición de anticuerpos, así como a su capacidad bactericida y fungicida. La capacidad respiratoria puede verse afectada debido a la disminución de proteínas lo que interfiere en la estructura y función de la musculatura utilizada en la respiración, provocando una disminución de la masa muscular del diafragma y de la presión de la musculatura inspiratoria-espíratória. Con ello se desencadena la alteración de la capacidad vital provocando alteraciones en el patrón respiratorio. (Burgos, 2013)

Según Yumicela y Ceciclia (2016) relaciona la desnutrición con el deterioro parenteral, ya que, la desnutrición es una enfermedad y las enfermedades aumentan las probabilidades de deterioro de las relaciones entre padres e hijos, una de las causas podría ser el aumento de cuidados a realizar o la falta de información de la que los padres disponen, entre otras.

También según Becerra-Bulla, Rocha-Calderón, Fonseca-Silva y Bermúdez-Gordillo (2015) el entorno familiar es fundamental para el correcto desarrollo del neonato. Esto es debido a que el entorno puede favorecer y beneficiar la lactancia materna, que es el soporte alimentario más completo y beneficioso para el lactante. La falta de implicación, así como el incumplimiento de las recomendaciones hospitalarias del resto de la familia en el neonato puede acarrear perjuicios en el bebé.

5.3. Riesgos de complicación

Para trabajar el problema de colaboración y los riesgos de complicación se utiliza el manual de Diagnósticos de Lynda Carpenito. (Carpenito, 2003) Además en este caso se ha utilizado bibliografía científica ya que el diagnóstico médico principal no aparece en este libro.

La desnutrición, que es el diagnóstico médico principal ha causado una serie de problemas respiratorios, metabólicos, termorreguladores que según Wilches (2016) son posibles complicaciones que es necesario tratar así como evitar. Por lo tanto, dichos problemas no son riesgos, además de poder causar complicaciones por sí mismos.

Los riesgos de complicaciones por Disfunción respiratoria:

- RC: Neumonía

Los riesgos de complicaciones por Disfunción metabólica/inmunitaria/hematopoyética:

- RC: Disfunción tiroidea
- RC: Sepsis
- RC: Acidosis
- RC: Anemia
- RC: Infección oportunista
- RC: Policitemia

Los riesgos de complicaciones por Desnutrición:

- RC: Disminución perfusión cardíaca
- RC: Disminución perfusión renal
- RC: Fallo multiorgánico
- RC: Edemas

✚ Los riesgos de complicación producidos directamente por la desnutrición y no por las disfunciones metabólicas, inmunitarias o hematopoyéticas que esta puede causar no serán incluidos en la red de razonamiento, de los riesgos de complicación debido a que en el DxE ya se han implantado resultados e intervenciones junto con sus actividades encaminadas a tratar la desnutrición y disminuir así los riesgos. Por lo que esta red será utilizada para disminuir un riesgo de complicación que no esté ya en proceso de solución.

5.3.1. Red de razonamiento de los riesgos de complicación

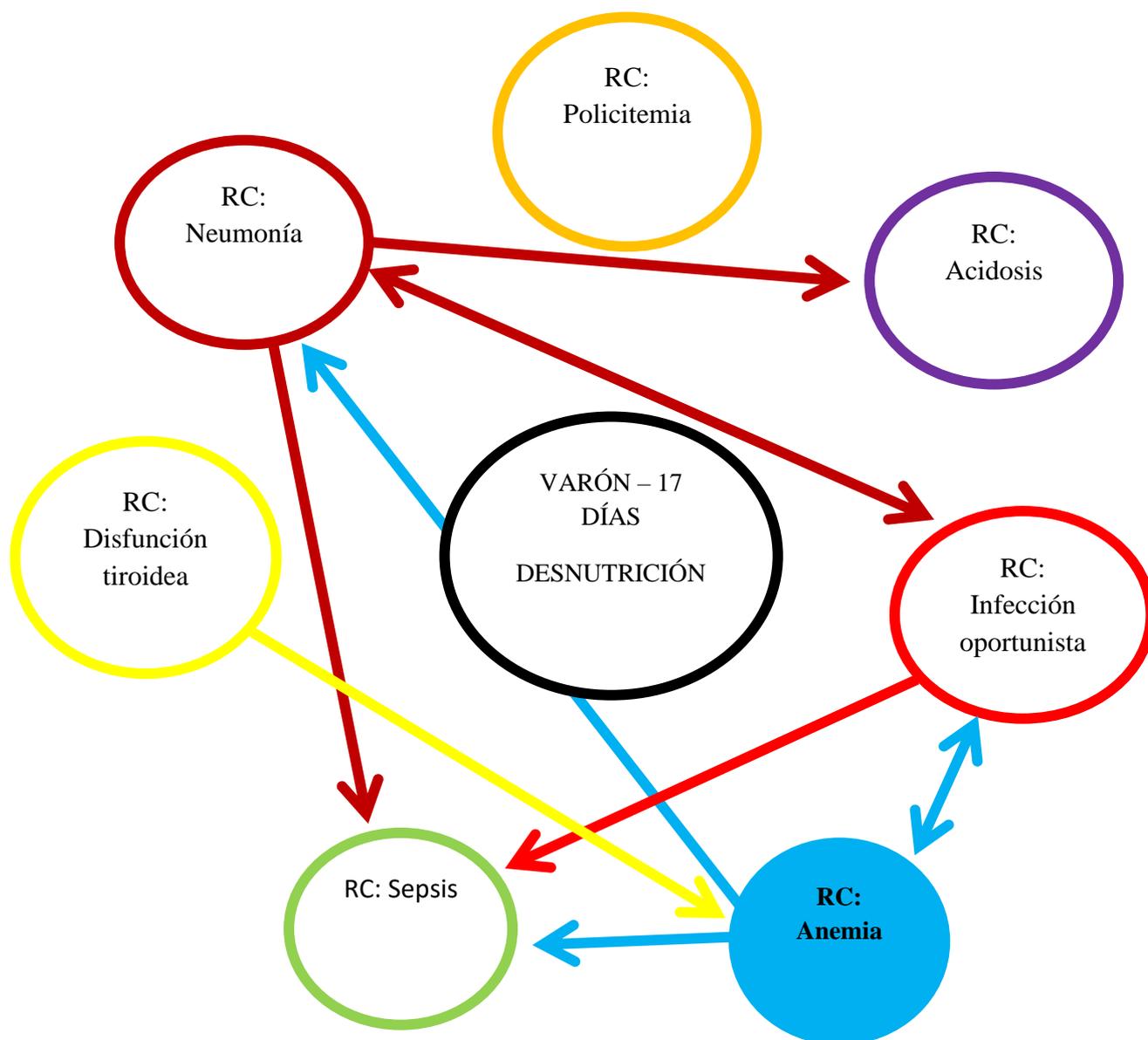


Figura 6. Red de razonamiento de los riesgos de complicación.

Fuente: Elaboración propia.

5.3.2. *Justificación del riesgo de colaboración principal*

Tras relacionar los riesgos de complicación en la red, el riesgo de neumonía, infección oportunista y anemia tienen el mismo número de relaciones. El RC elegido como principal es la anemia, debido a que la neumonía y la infección oportunista son los tipos de infección que está estrechamente relacionados con la situación hematopoyético del paciente.

Según Merino (2016) La anemia y la infección están relacionadas entre sí. Por lo tanto, la anemia disminuiría el riesgo de infección debido a que las anemias normocíticas pueden producir alteraciones extrínsecas de los hematíes en el sistema inmunitario, causando infecciones a causa de la hemólisis que se produce. Las anemias microcíticas también están relacionadas con la infección. A su vez la anemia macrocítica es provocada por un estado de malnutrición, que es justificada a la disminución de folato. La etiopatogenia es debida a un déficit de aporte en la alteración del hierro en el metabolismo y en el transporte.

Según Dueñas (2017) el estado nutricional es muy importante para sufrir una enfermedad como es la neumonía. Esto es debido a que la desnutrición compromete el sistema inmunológico, debilitándolo. Las anemias nutricionales como lo son la ferropénica o la anemia por falta de vitamina B12 son un factor de riesgo para sufrir una neumonía. Por lo tanto, una desnutrición podría causar una anemia alterando así el sistema inmunológico y favoreciendo la evolución o causa de una infección como es la neumonía.

Según Rodríguez-Ochoa (2015) En un estudio que realizó de 70 pacientes la anemia con un 65,7% fue uno de los factores de riesgo más posible para la neumonía en pacientes pediátricos. Además, la desnutrición con un 28,5% estaba muy relacionada con los pacientes enfermos de neumonía. Estos factores de riesgo aumentan la posibilidad de padecer una neumonía y de causar la complicación de esta.

Según Hernan (2017) uno de los factores principales de gran importancia en la infancia es el estado nutricional, ya que, un estado nutricional afectado causará alteraciones en el sistema inmunológico, pudiendo causar o empeorar un proceso infeccioso como es la neumonía.

Según Jansma, et al. (2015). tras realizar un estudio, los casos que desarrollan sepsis tienen en común unos valores normales séricos de hierro, eritropoyetina y disminución de la vida de eritrocitos y hemoglobina, pero al aumentar la cantidad de líquido vía intravenosa, en la fase aguda de la sepsis, como tratamiento, se refleja una disminución considerable de los valores que anteriormente parecían normales. Esto refleja que existe relación entre la sepsis y la anemia, aunque en unos estudios analíticos iniciales no se vea reflejado. Existiendo la posibilidad de que se trate por la disminución de fluidos en el paciente en un proceso de sepsis.

Según Gómez-Guizado y Munares-García (2014), la mayoría de la anemia es producida por un déficit de hierro y este déficit puede ser debido a múltiples causas entre las que destaca una mala nutrición o menor a los requerimientos mínimos recomendados. Además, los neonatos son más susceptibles a este tipo de desnutrición, ya que, aunque nazcan con las reservas necesarias, es recomendable un suplemento además de una nutrición adecuada. También, los bebés con madres que han padecido anemia en el embarazo son más susceptibles a sufrirla, en este caso la madre del paciente sufrió durante el embarazo una alteración en la sangre(trombopenia). Por lo tanto, la anemia supone un importante riesgo para el paciente, así que es el riesgo principal para tratar de evitar.

5.4. Planificación del diagnóstico de enfermería principal

- (00216). *Leche materna insuficiente r/c ocasiones para mamar insuficientes, tomas de corta duración, volumen de líquidos insuficiente m/p ausencia de producción de leche con la estimulación del pezón, extrae volumen de leche inferior al prescrito, retraso en la producción de leche, busca mamar del pecho con frecuencia, ganancia de peso inferior a 500g en un mes, la duración de la toma del pecho parece insatisfactoria.*
 - Dominio 2: Nutrición
 - Clase 1: Ingestión
 - Definición: Baja producción de leche materna

5.4.1. Resultados del diagnóstico de enfermería principal

Cuadro 2. Puntuación I de los indicadores NOC del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.

(1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
	1	3	72h
Escala: 1. Inadecuado, 2. Ligeramente adecuado, 3. Modernamente adecuado Sustancialmente adecuado, 5. Completamente adecuado.			

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

Cuadro 3. Puntuación I de los indicadores NOC del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
100001. Alineación y unión adecuadas	1	3	72h
100002. Sujeción areolar adecuada	1	3	72h
100003. Compresión areolar adecuada	1	4	72h
100014. Reflejo de succión	5	5	72h
100005. Deglución audible	2	4	72h
100006. Amamanta un durante mínimo de 5 a 10 minutos por pecho	3	5	72h
100015. Se detiene para hacer eructar al bebé a intervalos frecuentes	5	5	72h
100007. Mínimo de ocho tomas al día	2	4	72h

100008. Micciones al día apropiadas para la edad	3	5	72h
100009. Deposiciones sueltas, amarillentas y grumosas al día apropiadas para la edad	3	5	72h
100010. Aumento de peso adecuado para su edad	1	2	72h
100011. Lactante satisfecho tras la toma	1	3	72h
Escala: 1. Inadecuado, 2. Ligeramente adecuado, 3. Modernamente adecuado, 4. Sustancialmente adecuado, 5. Completamente adecuado.			

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

5.4.2. Intervenciones del diagnóstico principal de enfermería

Para trabajar las Intervenciones de enfermería será utilizado el manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). (Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, 2014).

➤ 5244. Asesoramiento en la lactancia

- Definición: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.
- Campo: 5, Familia
- Clase: Z, Cuidados de crianza de un nuevo bebé
- Actividades:
 - ✓ Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.

- ✓ Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma.
- ✓ Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- ✓ Instruir sobre los signos del lactante (p. ej., hociqueo, succión y estado de alerta tranquila).
- ✓ Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).
- ✓ Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej., posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).
- ✓ Instruir a la madre sobre los signos de transferencia de leche (p. ej., fuga de leche, deglución audible y sensaciones de «bajada de la leche»).
- ✓ Describir las formas para facilitar la transferencia de la leche (p. ej., técnicas de relajación, masaje mamario y entorno tranquilo).
- ✓ Explicar la diferencia de la succión nutritiva y no nutritiva.
- ✓ Evaluar la capacidad del lactante para mamar.
- ✓ Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.
- ✓ Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p. ej., tomas frecuentes, masaje mamario, compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios).

- ✓ Comentar las necesidades de la idoneidad del reposo, hidratación y dieta equilibrada.
- ✓ Ayudar a determinar la necesidad de tomas de alimentación suplementarias, chupetes y pezoneras.
- ✓ Animar a la madre a llevar un sujetador de soporte bien ajustado.
- ✓ Instruir sobre el modo de llevar un registro de las tomas de alimentación y de extracción de leche, si está indicado.
- ✓ Enseñar los patrones de evacuación urinaria e intestinal en el niño.
- ✓ Comentar la frecuencia de los patrones normales de lactancia, incluidas las tomas agrupadas y los brotes de crecimiento.
- ✓ Explicar el modo correcto de manipular la leche extraída (p. ej., recolección, almacenamiento, preparación, adición de nutrientes y calentamiento).
- ✓ Explicar los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario o a un asesor sobre lactancia.
- ✓ Ayudar con la reanudación de la lactancia, si es necesario.

➤ 1240. Ayuda para ganar peso

- Definición: Facilitar el aumento de peso corporal.
- Campo: 1, Fisiológico (Básico)
- Clase: D, Apoyo nutricional
- Actividades:
 - ✓ Ayudar a la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, según corresponda.

- ✓ Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda.
- ✓ Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- ✓ Observar si hay náuseas y vómitos.
- ✓ Controlar el consumo diario de calorías.
- ✓ Controlar los niveles séricos de albúmina, linfocitos y electrolitos
- ✓ Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
- ✓ Enseñar a aumentar la ingesta de calorías.
- ✓ Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos.
- ✓ Ayudar con la comida o alimentar al paciente, según corresponda
- ✓ Proporcionar alimentos adecuados al paciente: dieta general, de masticación fácil, fórmulas mezcladas o comerciales por medio de sonda nasogástrica o de gastrostomía, o nutrición parenteral total, según indicaciones médicas.
- ✓ Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.
- ✓ Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.
- ✓ Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.

- ✓ Proporcionar suplementos dietéticos, según corresponda.

- ✓ Registrar el progreso de la ganancia de peso en una gráfica y colocarla en un sitio estratégico.

➤ 5568. Educación parenteral: lactante

- Definición: Enseñanza de los cuidados afectivos y físicos necesarios durante el primer año de vida.

- Campo: 5, Familia

- Clase: Z, Cuidados de crianza de un nuevo bebé

- Actividades:
 - ✓ Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los progenitores para aprender los cuidados del lactante.

 - ✓ Monitorizar las necesidades de aprendizaje de la familia.

 - ✓ Proporcionar guiado anticipatorio acerca de los cambios del desarrollo durante los primeros años de vida.

 - ✓ Ayudar a los progenitores a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar.

 - ✓ Enseñar a los progenitores habilidades para cuidar al recién nacido.

 - ✓ Enseñar a los progenitores a preparar y escoger fórmulas de lactancia artificial.

 - ✓ Informar a los progenitores sobre los chupetes.

 - ✓ Enseñar a los progenitores sobre la suplementación adecuada con fluoruro.

- ✓ Mostrar cómo los progenitores pueden estimular el desarrollo del bebé.
- ✓ Alentar a los progenitores a coger, abrazar, dar masajes y tocar al bebé.
- ✓ Dar ejemplos de juguetes seguros o de cosas disponibles en casa que puedan utilizarse como juguetes.
- ✓ Animar a los progenitores a asistir a las clases de preparación parental.
- ✓ Proporcionar a los progenitores material escrito adecuado para las necesidades de conocimiento.
- ✓ Reforzar la habilidad de los progenitores para aplicar las enseñanzas a los cuidados de los niños.
- ✓ Proporcionar apoyo a los progenitores durante el aprendizaje de las habilidades de cuidados del lactante.
- ✓ Ayudar a los progenitores a interpretar las indicaciones no verbales, los llantos y las vocalizaciones del bebé.

- ✓ Ayudar a los progenitores a identificar las características conductuales del lactante.
- ✓ Monitorizar la habilidad del progenitor para reconocer las necesidades fisiológicas del lactante.
- ✓ Reforzar las habilidades que el progenitor desempeña adecuadamente para atender al lactante y darle confianza.
- ✓ Proporcionar información a los progenitores para el entorno del hogar sea seguro para el lactante.
- ✓ Proporcionar información sobre necesidades de seguridad del bebé en los vehículos.

- ✓ Enseñar a los progenitores a ponerse en contacto con profesionales sanitarios.

➤ 3320. Oxigenoterapia

- Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia.
- Campo: 2, Fisiológico (Complejo)
- Clase: K, Control respiratorio
- Actividades:
 - ✓ Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.
 - ✓ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
 - ✓ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
 - ✓ Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
 - ✓ Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
 - ✓ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
 - ✓ Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.
 - ✓ Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno
 - ✓ Observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.

5.5. Planificación del riesgo de complicación principal

El RC principal es Anemia

5.5.1. Resultados del riesgo de complicación principal

El NOC principal elegido es 1005. Estado nutricional: determinaciones bioquímicas. (Moorhead, Johnson, Maas y Swanso, 2014).

• 1005. Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas

- DEFINICIÓN: Componentes del líquido del organismo e índices químicos del estado nutricional.
- DOMINIO: 2, Salud fisiológica
- CLASE: K, Digestión y nutrición

Cuadro 4. Puntuación I de los indicadores NOC del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas.

1005. Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
	5	5	72H

Escala: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal.

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

Cuadro 5. Puntuación II de los indicadores NOC del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas

INDICADORES	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
100514.Creatinina sérica	5	5	72H
100503.Hematocrito	5	5	72H
100504.Hemoglobina	5	5	72H
100510.Transferrina sérica	5	5	72H
100506.Recuento linfocitario	5	5	72H
100507.Glucemia	3	5	72H
100514.Creatinina orina	5	5	72H
Escala: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal.			

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

5.5.2. Intervenciones del riesgo de complicación principal

- 6680. Monitorización de los signos vitales
 - Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
 - Campo: 4, Seguridad
 - Clase: V, Control de riesgos
 - Actividades:
 - ✓ Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

- ✓ Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- ✓ Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- ✓ Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- ✓ Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.
- ✓ Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- ✓ Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).
- ✓ Monitorizar los ruidos pulmonares.
- ✓ Monitorizar la pulsioximetría.
- ✓ Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apneústico, atáxico y suspiros excesivos).
- ✓ Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- ✓ Monitorizar si hay cianosis central y periférica.
- ✓ Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales
- ✓ Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

➤ 2300. Administración medicación

- Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
- Campo: 2, Fisiológico (Complejo)
- Clase: H, Control de fármacos
- Actividades:
 - ✓ Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.

- ✓ Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- ✓ Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- ✓ Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- ✓ Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.
- ✓ Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado.
- ✓ Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
- ✓ Evitar la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.
- ✓ Eliminar los fármacos no utilizados o caducados, de acuerdo con las normas del centro.
- ✓ Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- ✓ Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- ✓ Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
- ✓ Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.
- ✓ Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar las medicaciones.
- ✓ Verificar los cambios en la presentación de la medicación antes de administrarla (p. ej., comprimidos entéricos aplastados, líquidos orales en una jeringa i.v., envuelta inhabitual).

- ✓ Validar y registrar la comprensión del paciente y la familia sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación.

➤ 2080. Manejo de líquidos y electrolitos

- Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.
- Campo: 2, Fisiológico (Complejo)
- Clase: G, Control de electrolitos y acidobásico
- Actividades:
 - ✓ Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.
 - ✓ Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
 - ✓ Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).
 - ✓ Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
 - ✓ Pesar a diario y valorar la evolución.
 - ✓ Administrar líquidos, si está indicado.
 - ✓ Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
 - ✓ Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrolitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.
 - ✓ Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad sérica y gravedad específica de la orina).

- ✓ Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad urinaria).
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
- ✓ Proceder a la restricción de líquidos, si es oportuno.
- ✓ Vigilar los signos vitales, según corresponda.
- ✓ Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- ✓ Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.
- ✓ Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).
- ✓ Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, según corresponda.
- ✓ Administrar resinas quelantes o excretoras de electrolitos de acuerdo con la prescripción, según corresponda.
- ✓ Observar si se producen efectos secundarios (p. ej., náuseas, vómitos, diarrea) del suplemento de electrolitos prescrito.
- ✓ Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia).
- ✓ Administrar glucosa de acción rápida con hidratos de carbono de acción prolongada y proteínas para el control de la hipoglucemia aguda, si es el caso.
- ✓ Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).

➤ 4238. Flebotomía: muestra de sangre venosa

- Definición: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.
- Campo: 2, Fisiológico (Complejo)

- Clase: N, Control de la perfusión tisular
- Actividades:
 - ✓ Revisar la orden médica de la muestra que debe extraerse.
 - ✓ Verificar la correcta identificación del paciente.
 - ✓ Crear un ambiente de intimidad.
 - ✓ Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fístulas o derivaciones arteriovenosas.
 - ✓ Seleccionar el tipo y el tamaño de aguja adecuados.
 - ✓ Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuado.
 - ✓ Estimular la dilatación del vaso mediante el uso de un torniquete, gravedad, aplicación de calor, masajeando la vena o apretando el puño y luego relajándolo.
 - ✓ Limpiar la zona con una solución adecuada.
 - ✓ Limpiar la zona con un movimiento circular, comenzando en el punto de la venopunción establecido y moviéndose en círculos hacia fuera.
 - ✓ Mantener una técnica aséptica estricta.
 - ✓ Mantener las precauciones universales.
 - ✓ Insertar la aguja con un ángulo de 20-30° en la dirección del retorno sanguíneo venoso.
 - ✓ Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.
 - ✓ Extraer la muestra de sangre.
 - ✓ Extraer la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca
 - ✓ Aplicar un apósito, si procede.
 - ✓ Etiquetar la muestra con el nombre del paciente, fecha y hora de la extracción, y demás información, según corresponda.
 - ✓ Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.
 - ✓ Colocar todos los objetos afilados (aguja) en un contenedor.

5.6. Ejecución

Lunes 8 octubre de 2018

Turno: Mañana

Se recibe el relevo de enfermería a las 08.00h, acto seguido se procede a la **“(6680) Monitorización de los signos vitales”**. El tiempo que requiere dicha intervención es de 10 minutos y la realiza enfermería. Los signos vitales que se miden son: la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura y saturación. Estos signos son los principales para monitorizar el estado del paciente y valorar su evolución clínica.

Los materiales necesarios para desarrollar la intervención son: un termómetro, un fonendoscopio, un esfigmomanómetro y un manguito adecuado al tamaño del paciente, un reloj con segundero, guantes no estériles, un monitor, lubricante, gráfica para registrar y un bolígrafo de colores: negro, verde, azul y rojo.

La frecuencia cardíaca son los latidos del corazón en un minuto y se puede medir en diferentes zonas del cuerpo y mediante diferentes métodos. Tras el correcto lavado de manos, la colocación de guantes no estériles y la colaboración del paciente después de explicarle la técnica a realizar y adaptada a la edad del paciente, en este caso a los padres, debido a la edad del paciente. Le palpo el pulso periférico en la arteria, con los dedos índice y corazón de la mano dominante, ya que si se utiliza el dedo pulgar podría confundirse con el propio pulso. Ejercicio presión sobre la arteria elegida y cuento los latidos en un minuto. Tras la toma lo registro. Otra forma de realizar la toma es a través del pulsioxímetro, lo coloco en el paciente y se irradia una luz roja que a través de un sensor capta las pulsaciones y las emite en un monitor. Este método lo utilizo, ya que, también es necesario para comprobar la saturación de oxígeno del paciente que aparece también en el mismo monitor.

La frecuencia respiratoria, es el número de inspiraciones y espiraciones que son realizados en un minuto. Para medirlos, utilizo la observación, valoro ritmo, ruidos anormales y el esfuerzo del paciente. También la palpación es útil si la observación no es clara, coloco la palma de la mano sobre el tórax del paciente para contar las respiraciones.

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre en el ciclo cardíaco, la sistólica es la tensión arterial máxima y compete a la contracción del ventrículo izquierdo para bombear la sangre. La diastólica es la mínima que corresponde a la dilatación del ventrículo izquierdo. Se utiliza mmHg para su medición.

Coloco el manguito sobre la arteria pedia, unos centímetros por encima del maléolo en este caso, debido a la edad del paciente, enciendo el monitor y pulso el botón para la medición. Registro como las anteriores constantes.

Finalmente, la toma de temperatura, que hace referencia a los procesos metabólicos en el organismo. El hipotálamo la regula. Aplico el termómetro electrónico a través de una sonda desechable en la axila del paciente. Finalmente registro todos los datos en la gráfica de enfermería y en programa informático que utiliza el hospital. (Martín, 2018)

A las 8:30h realizo el **“(2080). Manejo de líquidos y electrolitos”**. El tiempo aproximado para esta intervención es de 10 minutos y es una labor realizada por enfermería.

Según Montilla (2016) es necesario conocer el peso diario del paciente ya que una gran parte del peso corporal es líquido de los diferentes compartimentos. Como el peso es necesario para varias intervenciones lo tomaremos una vez al día y lo utilizaremos para las intervenciones que lo precisen. Explicar la importancia de la lactancia, en este caso, debido a que es el medio de hidratación de este paciente a la madre. Controlar a través de una analítica los electrolitos y el equilibrio hídrico.

Para la medición del balance hídrico se utilizará el protocolo de la unidad, que se puede consultar en anexos. Es importante contabilizar el aporte de líquidos vía parenteral, la medicación y la sueroterapia en 24h. también a ello le sumaremos la cantidad de líquido ingerido vía oral, en este caso contabilizaremos la lactancia artificial y tendremos en cuenta el número de tomas de lactancia materna, así como la saciedad que presenta el neonato. En las pérdidas tendremos en cuenta la orina, pesando el pañal, las pérdidas insensibles como el sudor o la respiración las tendremos en cuenta calculando 40ml/kg, debido a su edad. Las heces normales son contabilizadas pesando el pañal y en caso de heces diarreicas se consideraría dependiendo de si es severa (75ml/kg), moderada (50ml/kg) o leve (25ml/kg), secreciones en mil en

24h. Hay que considerar otras pérdidas en caso de que el paciente presentara fiebre o sudoración. Finalmente registrar todos los datos obtenidos.

A las 9:00h me dispongo a **“(2300) Administración de medicación.”**. El tiempo es de 15 minutos, aproximadamente. Y la realiza enfermería. Esta intervención comienza desde la identificación, preparación, administración y observación del paciente tras su administración para garantizar su seguridad.

Sigo las reglas para administrar la medicación de una forma segura: me aseguro de que el medicamento es el correcto, compruebo el principio activo, compruebo la fecha de caducidad. Compruebo que el paciente es el correcto, a través de su pulsera identificatoria y su historia clínica. Compruebo que la dosis es correcta y si tengo alguna duda le consulto al médico que la ha prescrito. Compruebo la vía de administración viene detallada en el tratamiento, y administro el medicamento en la hora correcta.

Las vías de administración que utilizo con el paciente son:

La vía oral para administrar la Vitamina D3, cuya presentación es jarabe. Presencio como la madre le administra al bebé la medicación.

La vía parenteral, a través de la intravenosa por perfusión. Disuelvo el antibiótico prescrito, en su dosis correcta y la administro en el tiempo estipulado para el medicamento prescrito.

Todo ello lo realizo tras un correcto lavado de manos, colocación de guantes e informando a los padres de la medicación prescrita. Finalmente registro la medicación administrada. (Martín, 2018)

A las 9:30h realizo la **“(3320) Oxigenoterapia”**. El tiempo aproximado es de 10 minutos y es una tarea que realiza enfermería. Se denomina a la administración de oxígeno en concentraciones superiores a las ambientales, para aumentar así la concentración de oxígeno sanguíneo y evitar así la hipoxia.

Se ajustará la pauta de oxigenoterapia por el médico, pero el enfermero observando las condiciones del paciente a través del pulsioxímetro o por una gasometría arterial, podrá modificar la pauta a administrar.

Existen dos tipos dispositivos según el flujo: de bajo flujo y de alto flujo. Los dispositivos de bajo flujo no proporcionan la administración exacta de oxígeno. Estos son: las gafas nasales, la mascarilla facial simple y la mascarilla con reservorio. Por otro lado, tenemos los de alto flujo: que sí permiten la

administración exacta de oxígeno, estos son la mascarilla Venturi y las mascarillas para aerosoles nebulizados.

En este caso utilizo las gafas nasales, según prescripción médica. Tras un correcto lavado de manos, me coloco los guantes de un solo uso y explico a la familia la técnica y para qué sirve. Estas son dos cánulas de pequeño tamaño, que introdujo a través de los orificios nasales del paciente. Administro O₂ a 0.3 litros por minuto debido a las condiciones del paciente y según prescripción médica. La Fio₂, que es la cantidad de oxígeno inspirado fluctúa entre:24-40% y administraremos 4 litros por minuto como máximo, normalmente. Observo las saturaciones a través del pulsioxímetro, comprobando la efectividad de la técnica y finalmente, registro. (Martín, 2018)

A las 10:00h “**(5568). Educación parenteral: lactante**”, desde enfermería se aconsejan, orientan y fomentan los cuidados sobre el lactante, niño y adolescente para su correcto desarrollo. Estas recomendaciones se dan a todos los recién nacidos en un libro que acompañará al niño y a sus padres durante todo su desarrollo. En este caso estas recomendaciones les serán explicadas a los padres para orientarlos en los cuidados de su hijo. El tiempo aproximado es de 15 minutos (dividiendo estas recomendaciones en dos turnos diarios, durante los 3 días para comprobar su utilidad, evitando así la abrumación de los padres ante la información facilitada).

Comienzo explicando las orientaciones sobre la higiene y cuidados desde el nacimiento hasta los 12 meses:

- La higiene general consta de un baño diario, mejor si se realiza la final del día, la temperatura del agua debe estar sobre los 35°C, es recomendable utilizar jabón neutro, secar al bebé con una toalla suave, con cuidado y secar bien los pliegues para prevenir infecciones. No utilizar polvos de talco y ante la presencia de lesiones en la piel en la zona con pañal consultar a su pediatra o enfermera. al cambiar el pañal utilizar una esponja natural y agua, ya que las toallitas higiénicas resecan la piel. Vestir al bebé con tejidos suaves y naturales que no le aprieten, limiten o le produzcan calor.
- Las uñas han de estar cortas, pero nunca por debajo del pulpejo del dedo, puede usar lima al principio y cuando vaya creciendo las tijeras del tamaño adecuado. Cortar siempre rectas, son redondearlas.

- En los oídos, no utilizar bastoncillos ni ningún tipo de material. Secar la oreja con una gasa, pero sin introducirla en el oído.
- Los ojos se pueden limpiar con suero fisiológico, si tuviera legañas y los ojos enrojecidos acudir a su médico.
- Cuando aparezcan los primeros dientes, limpiarlos tras las comidas con agua y una gasa, utilizar chupetes anatómicos.
- Proteger al bebé de la exposición al tabaco y consumo de alcohol, es importante que la madre no fume, ni consuma alcohol ni productos tóxicos durante la lactancia ya que el bebé los estaría consumiendo de forma activa.
- La habitación del bebé debe darle el sol, tiene que estar limpia y ventilada. Si hay fumadores en casa, salir al balcón para fumar y cambiarse la ropa para coger al bebé en brazos. Acostar al bebé boca arriba. Cambiarle de posición frecuentemente para evitar deformaciones de la cabeza y tómelo con continuidad. No arroparlo en exceso, protegerlo de ruidos intensos y alejarlo de los dispositivos electrónicos.
- Paseos: pasear a su hijo diariamente, la exposición directa de luz es recomendable para producir vitamina D. En verano no exponerlo al sol y a partir de los 6 meses utilizar cremas protectoras adaptadas a su edad. Ir con sombrilla o capota en verano y no abrigarlo demasiado en invierno.

La prevención de accidentes es muy importante ya que, Según Pacheco, Liranza y Liranza (2018) los accidentes son la primera causa de mortalidad infantil y por lo tanto un peligro para la salud de los niños. La World Health Organization, (2018) define accidente como: "acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales"

Algunas recomendaciones son:

- Cambiarle los pañales en un lugar seguro, donde no pueda caerse, y no dejarlo sólo.
- No ponerle joyas al niño.
- Utilizar los mecanismos homologados y adecuados para transportarlo.

- No se aconseja utilizar hamacas.
- Comprobar la temperatura del biberón y baño.
- Los juguetes han de ser de tacto suave y blando, colores vivos y no deben tener sustancias tóxicas, el tamaño debe evitar la aspiración o atragantamientos y debe estar homologados.

La importancia de la alimentación y sus consejos los desarrollaré en otro NIC, específicamente, debido a su importancia en este caso: "(5244). Asesoramiento en la lactancia".

El desarrollo del niño en cuanto a la adquisición de habilidades de 0 a 2 meses es el siguiente: (es importante saberlo para identificar variaciones o carencias y así consultar la pediatra lo antes posible). Es fundamental hablarle, cogerle, acariciarle, debido a que el niño se orientará en el ambiente mediante sus sentidos.

- Con un mes: el bebé dormirá todo el día, sólo se despierta y llora cuando tiene hambre o no está cómodo. Al colocarlo boca abajo levanta la cabeza poco tiempo.
- Con dos meses: duerme menos tiempo, está más interesado por su alrededor y los ruidos fuertes le extrañan. Te seguirá con la mirada, te sonreirá y emitirá sonidos. Los colores vivos le gustan y los objetos móviles.

La audición desde el nacimiento hasta los 3 meses: el bebé se sobresalta ante los fuertes ruidos, se despertará por sonidos, y el reflejo de parpadeo y abrirá más los ojos por los ruidos.

Finalmente resaltar la importancia de las vacunaciones y se acudir a las visitas con su pediatra y/o enfermera en su centro de salud para seguir el desarrollo del bebé y recomendaciones necesarias para su correcto desarrollo. Les pregunto si tienen alguna duda, si lo han entendido o si quieren más información sobre algún aspecto en concreto.

Todas estas cuestiones aparecen reflejadas en el libro informativo que se le facilita a todos los recién nacidos en la Región de Murcia. Toda la información será transmitida en dos turnos al día, durante 3 días. (Servicio Murciano de Salud, 2018).

A las 11:00h comienzo con **“(5244). Asesoramiento en la lactancia”**, realizado por enfermería con una duración aproximada de 20 minutos.

Según Brahm y Valdés (2017) la lactancia materna es el alimento preferible para el neonato, de 0-6 meses se recomienda exclusivamente. Posteriormente, al iniciar la alimentación complementaria se recomienda ofrecer primero el pecho, para asegurar la ingesta mínima de leche diaria, hasta los dos años mínimo.

Comienzo explicándole a la madre la importancia de la lactancia materna y los beneficios que presenta, ya que por muy completos que sean los preparados artificiales, la leche materna es la alimentación más completa. Animo a la pareja a apoyar la y ayudarle en la lactancia materna. Entre los beneficios extras se encuentra que la leche natural contiene además de todos los nutrientes necesarios, protección frente a infecciones. Es importante que la composición de la leche natural va modificando su composición de acuerdo con las necesidades del neonato.

Le explico que los beneficios para el bebé son:

- Protección frente a infecciones y alergias
- Reducción de cólicos del lactante, estreñimiento y diarreas
- Disminuye el riesgo de muerte súbita
- Reduce la predisposición de obesidad y enfermedades cardíacas

También le explico los beneficios que le aporta a ella:

- La leche siempre está fresca y lista para su ingesta
- Es gratis, muy cómoda e higiénica
- Disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario
- Ayuda a recuperar el peso natural de la madre

Además, les aporta a ambos el desarrollo del vínculo afectivo, aumentando la autoestima y confianza de la madre.

A continuación, comienzo explicándole la técnica:

- La postura es esencial para dar el pecho a su hijo, se pueden utilizar diferentes posturas siempre y cuando el bebé esté bien colocado y la madre cómoda.
- Colocar al bebé frente al pecho, que no tenga que girar la cabeza para llegar al pezón. Su vientre debe estar frente al tuyo, y hay que esperar a

que el bebé abra la boca, con la lengua hacia afuera. De esta forma el bebé rodeará el pezón y parte de la areola, siendo la succión más eficaz. Los de dos de la madre deben estar en “C” rodeando el pecho, lejos del pezón y sin oprimir, para no interferir en el agarre del niño a la mama.

- Al principio puede ayudarse presionando suavemente las areolas para obtener unas gotas de leche, antes de ponerlo en el pezón.
- Es conveniente comenzar la toma con el último pecho de la anterior toma, para vaciarlo completamente, estimulando así la producción de más leche.
- El bebé cuando esté acabando, mama más despacio hasta que finalmente se suelta sólo, cuando haya vaciado el pecho.
- Después de cada toma mantener al bebé la posición vertical, ya que es muy probable que necesite eructar.

Otro aspecto importante es el reloj, hay que ofrecerle pecho cuando el bebé lo pida, a demanda, sin importar el tiempo que haya pasado desde la vez anterior. Cada niño tiene su ritmo. Cuando acabe con un pecho ofrecerle el otro y si no lo quiere es que no tiene hambre. Es fundamental saber que la composición de la leche va cambiando durante la toma, siendo más acuosa al principio y conteniendo más proteínas y grasas al final.

La higiene de las mamas es necesaria y fundamental ya que hay que preparar el pecho para el amamantamiento. Antes de cada toma es necesario lavarse las manos con agua y jabón, el pecho hay que lavarlo una vez al día.

La alimentación de la madre es primordial, ya que una buena alimentación de la madre favorece la producción de leche. La dieta debe de ser variada y equilibrada, beber agua diariamente, leche o derivados, carne, pescado, fruta, verdura y cereales. Los alimentos cambian el sabor de la leche, aspecto beneficioso para que se acostumbre a los diferentes sabores. En caso de sed excesiva o cambios en el color de la orina, beber más agua.

No beber alcohol, ni fumar, sino puedes dejar de fumar, fuma lo menos posible y nunca delante del bebé. Tampoco abusar de estimulantes como el café, té o chocolate. Advierte a tu médico si tienes que tomar algún medicamento.

Si sus pechos se encontraran hinchados y duros coloque calor local en las mamas para facilitar la salida de leche, masajee el pecho y saque leche. Del

pecho más a menudo, cada hora y media o dos horas. Después de la tetada, aplicar frío durante unos minutos para aliviar el dolor.

En caso de que le aparecieran grietas, mastitis, consultar a su matrona o enfermera, pero no abandonar la lactancia materna. Para evitar las grietas hay que colocar bien al bebé en el pecho, darle con frecuencia de mamar, tras la toma dejar unas gotas de leche sobre los pezones y areolas como si fuera crema y dejarlas secar. No tener los pechos húmedos y cambiar los empapadores a menudo.

Una cuestión importante sería como saber si el bebé está bien alimentado:

- El neonato necesita mamar de 8 a 12 veces al día
- Mojar mínimo 5 pañales al día
- Sus deposiciones tienen que ser blandas, y no es necesario que sean diarias
- Comprobar la evolución general, si va ganando peso progresivamente
- El ritmo de la toma y la duración van variando a lo largo de la lactancia

Todas estas cuestiones aparecen reflejadas en el libro informativo que se le facilita a todos los recién nacidos en la Región de Murcia. Toda la información será transmitida en dos turnos al día, durante 3 días. (Servicio Murciano de Salud, 2018)

Según Stuebe (2014) hay ciertas acciones a nivel hospitalario recomendables para favorecer la lactancia materna como son: dar la información por escrito (que se le da a la madre en la carpeta junto un libro), enseñar a todo el personal sanitaria acerca de la lactancia materna, promover la lactancia materna a demanda cuando el bebé muestre señales de tener hambre, no fomentar la utilización del chupete ni tetinas, ya que pueden dificultar la succión del lactante en el pecho debido a la diferente anatomía. Y recomendar a la madre grupos de lactancia para apoyarla en este proceso.

A las 12:00h me dispongo a **“(2300) Administración de medicación.”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 13:00h comienzo la **“(1240). Ayuda para ganar peso”**. La intervención la realiza enfermería, y tiene una duración aproximada de 15 minutos.

Según Álvarez y Arízaga (2016) tras realizar un estudio, descubrió que la lactancia materna no exclusiva tiene una mayor ganancia de peso que la

lactancia materna exclusiva. Aunque en un neonato sin problemas de nutrición no sería significativa la diferencia ya que el neonato tendría un peso adecuado a su edad con la lactancia materna exclusiva. En este caso debido a la importante desnutrición que padece el paciente, se va a recurrir a la lactancia artificial como complemento de la lactancia materna, no siendo esta suficiente, ya que la leche artificial tiene un mayor aporte calórico.

Tras explicar a la madre como ya he desarrollado anteriormente la importancia de la lactancia materna y como amamantar a su hijo. Le traigo un biberón con 35 ml de L1(preparado de leche artificial de inicio) según prescripción médica, para completar la toma y fomentar la ganancia de peso.

Le proporciono un ambiente de intimidad y tranquilidad tanto a la madre como al bebé, previamente a las tomas.

Además, es importante llevar un control del peso diario, y anotarlo en la gráfica para ir comprobando el aumento de peso.

Turno: Tarde

Se recibe el relevo de enfermería a las 15:00h, acto seguido se procede a la **“(6680) Monitorización de los signos vitales”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 16:00h **“(2300). Administración de medicación”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 16:30h **“(2080). Manejo de líquidos y electrolitos”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 17:00h **“(2300). Administración de medicación”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 17:30h **“(3320). Oxigenoterapia”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 18:00h **“(5244). Asesoramiento en la lactancia”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 19:00h **“(5568). Educación parenteral: lactante”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 20:00h **“(1240). Ayuda para ganar peso”**, como he desarrollado anteriormente.

Turno: Noche

Se recibe el relevo de enfermería a las 22:00h, acto seguido se procede a la **“(6680) Monitorización de los signos vitales”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 22:30h **“(2080). Manejo de líquidos y electrolitos”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 23:00h **“(3320). Oxigenoterapia”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 24:00h **“(2300). Administración de medicación”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 01:00h **“(2300). Administración de medicación”**, como he desarrollado anteriormente.

A las 07:00h **“(4238). Flebotomía: muestra de sangre venosa”**. El tiempo de realización es de 10 minutos aproximadamente. La intervención la realiza enfermería. La extracción de sangre venosa se utiliza para el estudio sérico del paciente, pudiendo así monitorizar su estado fisiológico y comprobar la efectividad del tratamiento, además de ser un complemento para diagnosticar.

Según Martín (2018) el material necesario es: tubos para guardar la muestra, adecuados al estudio, agujas para extracciones i.v, adecuadas a la edad del paciente (en este caso el llenado de tubos será por goteo), gasas estériles, compresor, guantes no estériles, antiséptico, apósito, contenedor para depositar el material punzante, batea para trasportar el material y el impreso de la petición. Tras preparar el material, un correcto lavado de manos y la colocación de guantes no estériles me dispongo a comprobar la identificación del paciente y le explico el procedimiento a los padres. Le coloco el compresor en el brazo elegido para la técnica, movilizo bien el miembro, lo desinfecto con antiséptico (espero a que se seque) y gasas estériles y realizo una punción en un capilar de la mano derecha (con el bisel hacia arriba y siguiendo la trayectoria del capilar). Previa comprobación en ambos brazos de los capilares, para elegir la zona de punción más adecuada. Coloco los tubos a rellenar, debajo del final de la aguja y los llenos por goteo (posteriormente los tapo, valido y envío a laboratorio). Retiro el compresor, retiro la aguja y presiono con unas gasas estériles el punto de punción. Le coloco un apósito y le pido a los padres que le aprieten la zona unos minutos. Finalmente, registro.

Martes 9 y miércoles 10 octubre de 2018

Las intervenciones se realizan de la misma forma y a la misma hora que el día anterior.

- ❖ Todas las intervenciones han sido pautadas adecuándolas a las circunstancias y requerimientos del paciente, permitiéndole durante la noche el descanso y procurando por su confort y descanso

5.7. CRONOGRAMA

INTERVENCIONES/ HORAS	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	
(6680). Monitorización de los signos vitales	X							X							X										
(2300). Administración de medicación.		X			X				X	X							X	X						X	
(3320). Oxigenoterapia		X								X						X									
(2080). Manejo de líquidos y electrolitos	X								X						X										
(4238). Flebotomía: muestra de sangre venosa																									X
(5568). Educación parenteral: lactante			X									X													
(1240). Ayuda para ganar peso						X							X												
(5244). Asesoramiento en la lactancia				X							X														

Cuadro 6. Cronograma día 1 de las intervenciones. Fuente: Elaboración propia.

INTERVENCIONES/ HORAS	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	
(6680). Monitorización de los signos vitales	X							X							X										
(2300). Administración de medicación.		X			X				X	X							X	X						X	
(3320). Oxigenoterapia		X								X						X									
(2080). Manejo de líquidos y electrolitos	X								X						X										
(4238). Flebotomía: muestra de sangre venosa																									X
(5568). Educación parenteral: lactante			X									X													
(1240). Ayuda para ganar peso						X							X												
(5244). Asesoramiento en la lactancia				X							X														

Cuadro 7. Cronograma día 2 de las intervenciones. Fuente: Elaboración propia.

INTERVENCIONES/ HORAS	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	
(6680). Monitorización de los signos vitales	X							X							X										
(2300). Administración de medicación.		X			X				X	X							X	X						X	
(3320). Oxigenoterapia		X								X						X									
(2080). Manejo de líquidos y electrolitos	X								X						X										
(4238). Flebotomía: muestra de sangre venosa																									X
(5568). Educación parenteral: lactante			X									X													
(1240). Ayuda para ganar peso						X							X												
(5244). Asesoramiento en la lactancia				X							X														

Cuadro 8. Cronograma día 3 de las intervenciones. Fuente: Elaboración propia.

5.8. Evaluación

La evaluación se llevará a cabo mediante el análisis de los indicadores y a través de los resultados de las intervenciones y actividades realizadas en el paciente.

5.8.1. Evaluación del resultado del diagnóstico de enfermería principal

El DxE principal es (00216). Leche materna insuficiente r/c ocasiones para mamar insuficientes, tomas de corta duración, volumen de líquidos insuficiente m/p ausencia de producción de leche con la estimulación del pezón, extrae volumen de leche inferior al prescrito, retraso en la producción de leche, busca mamar del pecho con frecuencia, ganancia de peso inferior a 500g en un mes, la duración de la toma del pecho parece insatisfactoria.

- Dominio 2: Nutrición
- Clase 1: Ingestión
- Definición: Baja producción de leche materna
- El NOC del DxEp es (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.
 - Dominio: Salud fisiológica (II)
 - Clase: Digestión y Nutrición (K)
 - Definición: Unión y succión del lactante del pecho de la madre para su alimentación durante las 3 semanas de lactancia.

Cuadro 9. Puntuación I conseguida del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante

(1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
	1	3	3	72h
	Escala: 1. Inadecuado, 2. Ligeramente adecuado, 3. Modernamente adecuado, 4. Sustancialmente adecuado, 5. Completamente adecuado.			

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

Cuadro 10. Puntuación II conseguida del resultado: (1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
100001. Alineación y unión adecuadas	1	3	3	72h
100002. Sujeción areolar adecuada	1	3	3	72h
100003. Compresión areolar adecuada	1	4	4	72h
100014. Reflejo de succión	5	5	5	72h
100005. Deglución audible	2	4	4	72h
100006. Amamanta un durante mínimo de 5 a 10 minutos por pecho	3	5	5	72h
100015. Se detiene para hacer eructar al bebé a intervalos frecuentes	5	5	5	72h
100007. Mínimo de ocho tomas al día	2	4	4	72h
100008. Micciones al día apropiadas para la edad	3	5	5	72h
100009. Deposiciones sueltas, amarillentas y grumosas al día apropiadas para la edad	3	5	5	72h
100010.	1	2	2	72h

Aumento de peso adecuado para su edad				
100011. Lactante satisfecho tras la toma	1	3	3	72h
	Escala: 1. Inadecuado, 2. Ligeramente adecuado, 3. Modernamente adecuado, 4. Sustancialmente adecuado, 5. Completamente adecuado.			

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

Cuadro 11. Peso por días

❖ Recogida de peso durante las 72 horas:

	PESO (kg)	AUMENTO(g)
Peso inicial	2.400	-
Día 1	2.435	35
Día 2	2.478	43
Día 3	2.510	32

Fuente: Elaboración propia.

Según Jiménez, Martínez, Velasco y Ruiz (2017) la ganancia de peso normal desde recién nacido hasta que alcanza los 6 meses es entre 15-30 gramos al día, con una ingesta adecuada de 108 kcal/hg/día. Por lo tanto, basándome en la tabla, el paciente está aumentando de peso según lo previsto, la lactancia materna y el complemento con mixta tipo L1, está siendo el tratamiento adecuado para la desnutrición. Además del resto de medidas aplicadas. Así que como muestra la tabla de evolución del peso del paciente, las intervenciones están dando resultado, el paciente está aumentado su peso, por lo tanto, las medidas son las adecuadas.

El análisis y estudio del NOC para observar los resultados obtenidos a través de la puntuación inicial, diana y alcanzada muestran unos resultados positivos. La puntuación diana ha sido alcanzada, es decir, el establecimiento de la

lactancia materna en 72 horas ha mejorado considerablemente, mejorando así la situación del paciente. Por lo que las actividades encaminadas a conseguir el NOC han sido las adecuadas debido a la situación del paciente.

Para en análisis y comparación de este NOC se ha utilizado la observación y los datos obtenidos durante las 72h.

5.8.2. Evaluación del resultado del riesgo de complicación principal

El RC principal es Anemia

➤ **El NOC principal: 1005. Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas**

- DEFINICIÓN: Componentes del líquido del organismo e índices químicos del estado nutricional.
- DOMINIO: 2, Salud fisiológica
- CLASE: K, Digestión y nutrición

Cuadro 12. Puntuación I conseguida del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas

1005. Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
	5	5	5	72H
	Escala: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal.			

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

Cuadro 13. Puntuación II conseguida del resultado: (1005) Equilibrio nutricional: determinaciones bioquímicas

INDICADORES	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
100514.Creatinina sérica	5	5	5	72H
100503.Hematocrito	5	5	5	72H
100504.Hemoglobina	5	5	5	72H
100510.Transferrina sérica	5	5	5	72H
100506.Recuento linfocitario	5	5	5	72H
100507.Glucemia	3	5	5	72H
100514.Creatinina en orina	5	5	5	72H
	Escala: 1. Desviación grave del rango normal, 2. Desviación sustancial del rango normal, 3. Desviación moderada del rango normal, 4. Desviación leve del rango normal, 5. Sin desviación del rango normal.			

Fuente. Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead, Johnson, Maas & Swanso, 2014).

Tras analizar los resultados obtenidos y comprobar que la puntuación alcanzada es la misma que la diana, indicando así que no ha habido ningún cambio en el estado del paciente que pueda indicar que el riesgo se ha desarrollado. En conclusión, el riesgo sigue siéndolo, los resultados son positivos ya que no se ha desarrollado.

Se utilizarán los datos obtenidos a través de las intervenciones ya realizadas. El resultado de la "(4238). Flebotomía: muestra de sangre venosa". Aquí se muestran los más relevantes y necesarios para comprobar el estado del paciente:

- ✓ Bioquímica:
 - Creatinina: 0.50 mg/dL
 - Glucosa: 92 mg/dl
- ✓ Hematimetría:
 - Linfocitos $3.40 \times 10^3/uL$
 - Hemoglobina 18.9 g/dl
 - Hematocrito 58.7%,
 - Hemoglobina media 36.3 pg/ célula
 - Transferrina sérica: 40%.
- ✓ Orina:
 - Creatinina 14 mg/dl

6. DISCUSIÓN

Actualmente, existe una corriente en la que el personal de enfermería está utilizando modelos para valorar el ámbito transcultural del paciente y debido al aumento de inmigración y a las particularidades específicas que existen para valorar a los pacientes inmigrantes, esta vertiente recibe el nombre de enfermería transcultural. García (2015) realiza un plan de cuidados de una mujer, que acaba de ser madre, según el Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger. La autora realiza su plan de cuidados atendiendo a los 7 factores: tecnológico, religioso, social/familiar, cultural, político, económico y educativo. En nuestro caso se valoran dichos aspectos, pero según el modelo de Marjory Gordon. Los factores analizados son: el factor tecnológico, que incluye la televisión, el teléfono, el agua caliente, los electrodomésticos, la higiene... de tal forma que, atiende a las comodidades que tiene la paciente de su caso. En nuestro caso, según los padres la vivienda presenta las comodidades necesarias y la adecuada higiene. El factor religioso valora las prácticas y creencias, los padres de nuestro paciente pertenecen a la religión musulmana y son practicantes. También en el factor social se valora el apoyo socio-familiar, ya que según Madeleine Leininger el cuidado es proporcionado en su gran mayoría por la familia, en nuestro caso el apoyo familiar es escaso ya que el matrimonio no tiene familiares en España, pero sí una pareja de amigos, también de origen musulmán. En el factor cultural la autora obtiene información acerca de las costumbres en la crianza de un bebé, según Busher (2016) este aspecto también es importante y presenta disimilitudes culturales significativas. En nuestro caso, se profundiza en los cuidados que le proporciona la madre al bebé, pero no en las costumbres propias de su cultura. En el factor político la autora García sigue analizando y obtiene información sobre su situación en el país, por el contrario, en nuestro no se profundiza en dicho aspecto. También en el factor económico la autora valora la situación laboral y los recursos para hacer frente a su maternidad, siendo el hombre el sustentador económico de la unidad familiar, al igual que en nuestro caso. En el factor educativo la autora valora los conocimientos de la madre sobre la lactancia materna y el bebé, en el caso estudiado en este trabajo se pregunta

sobre el tipo de lactancia materna, los horarios.... Se observan ciertas diferencias entre la valoración de Madeleine Leininger utilizada por la autora García y la valoración utilizada en el caso en cuestión que es según Marjory Gordon, siendo el modelo de Leininger más específico a la situación cultural y atendiendo a los cuidados transculturales en profundidad. Parece más conveniente en este tipo de casos, en los que el factor cultural juega un importante papel, ya que el modelo de Marjory Gordon no atiende en profundidad a la cultura del paciente, siendo menos específico en estas situaciones, a pesar de ser un modelo muy completo y útil en la valoración enfermera. Los resultados, las intervenciones y las actividades del plan de cuidados de la autora están orientados en su mayoría al conocimiento y enseñanza de la madre en su nuevo papel como madre, al igual que en el caso estudiado en este trabajo, que a pesar de ser el paciente el bebé y no la madre, los cuidados también son orientados de igual forma orientando a la madre, ya que es su cuidadora principal, debido a la edad del paciente.

Con respecto a la cuestión de la importancia en la comunicación en enfermería, en un estudio realizado por Rojas (2018) se observó que el 63% de las madres no tenía los conocimientos suficientes para desarrollar una lactancia materna, además, en este mismo estudio se observó que tras la información sobre la lactancia y técnicas para llevarla a cabo, el 97% de las madres consiguieron mejorar el agarre del bebé al pecho, mejorando así la calidad de la lactancia. Por ello, es importante la información y orientación del personal de enfermería a los padres, para disminuir las posibilidades de que el lactante sufra desnutrición. En nuestro caso, el recién nacido de 17 días de edad sufrió una desnutrición importante con significativas consecuencias a nivel orgánico. Debido a que no presenta motivos fisiológicos para desarrollar la desnutrición, se observó que el causante de la desnutrición fue una lactancia materna exclusiva insuficiente para cubrir las necesidades básicas del bebé. La madre poseía conocimientos insuficientes y equívocos sobre la lactancia materna y las técnicas para desarrollarla. Una comunicación fluida entre el personal sanitario y la cuidadora principal facilitaría la educación para la salud, favoreciendo la recuperación de su hijo.

Gorrita, Terrazas, Brito y Ravelo (2015) tras la realización de un estudio concluyeron que los motivos más comunes de abandono de la lactancia materna exclusiva son que el bebé no se encuentre satisfecho tras las tomas y la sensación de las madres de no producir la cantidad suficiente de leche materna. En este caso la madre refería tener suficiente cantidad de leche para satisfacer las necesidades de su bebé y creía que su hijo si se quedaba satisfecho entre tomas, porque refería que era él, el que no quería continuar con la toma y dejaba de succionar. La madre explicó que le daba pecho sólo cuando él se lo pedía, independientemente de las horas que llevara sin alimentarlo, tampoco lo despertaba durante la noche para darle pecho. Sin embargo, el bebé presentaba una desnutrición moderada sin ninguna causa fisiológica. La presencia de escasa leche materna produce un agotamiento en el bebé durante las tomas, por lo que cesaba la succión. Para favorecer la producción de leche de la madre se le suministró un sacaleches. La cantidad de leche extraída era insuficiente para las necesidades del bebé. Todo ello muestra el desconocimiento de la madre sobre la lactancia materna y las necesidades nutricionales de su hijo.

Avalos, Mariño y González (2016) tras la realización de un estudio, descubrieron que las madres con un nivel escolar preuniversitario o técnico medio mantenían durante más tiempo la lactancia materna, le seguían las madres con nivel universitario y finalmente las madres con nivel de secundaria. La madre del paciente de nuestro caso presentaba un nivel de escolaridad de secundaria, aumentando según dicho estudio la posibilidad de abandono de la lactancia materna. La ocupación es otro dato tratado en el estudio, las madres que trabajan fuera de casa mantenían un nivel más alto de lactancia materna exclusiva, seguidas de las madres amas de casa que presentaban menos tiempo de mantenimiento de la lactancia materna, finalmente las madres estudiantes presentaban un bajo porcentaje de mantenimiento de lactancia materna exclusiva. Otro estudio de Rodríguez, Rodríguez, Elias, Rodríguez y Lastres (2017) obtiene resultados similares, alcanzando las mismas conclusiones. Por otro lado, un estudio realizado por Álvarez, Orozco, Moreno Marín y Tur (2017), sobre la lactancia materna clarifica que el hecho de que la madre sea ama de casa es un factor protector que aumenta el porcentaje de

madres que consiguen lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses. Otros autores como Arias-Galicia (2018) o Sharmin, Chowdhury, Khatun, Ahmed (2016), Shaheen, Hegazy y Sakr, (2018) y Poorshaban, Pakseresht, Bostani y KazemNejad (2017) corroboran que la madre trabajadora cuando se reincorpora a su puesto de trabajo en muchos casos supone el abandono de la lactancia materna exclusiva y, por el contrario, la madre ama de casa, en la mayoría de los casos, continúa la lactancia materna durante más tiempo. Los resultados de los diversos estudios parecen demostrar que la ocupación de la madre no es un factor decisivo, ni el más influyente para el mantenimiento de la lactancia materna. La madre del paciente de nuestro caso es ama de casa, factor discordante que dependiendo del estudio puede ser un factor protector o dificultar el mantenimiento de la lactancia materna.

También según Avalos, Mariño y González, (2016) la fuente de la que proceda la información acerca de la lactancia materna también influye notablemente en su desarrollo, cuando son médicos y enfermeras existe un alto porcentaje de mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. Le siguen los pediatras, familiares y amigos, y finalmente los medios de divulgación. La madre del paciente de nuestro caso recibió la información sobre la lactancia materna a través de médicos, enfermeras y pediatras durante la hospitalización de su bebé, lo que favorece el mantenimiento de la lactancia materna.

La correcta ganancia de peso del recién nacido durante la hospitalización y la ausencia de patologías que pudieran dar explicación a la desnutrición concluyó en que el problema se debía a los conocimientos insuficientes de la madre, lo que provocó el diagnóstico de leche materna ineficaz para cubrir las necesidades del bebé, por lo tanto, fue complementada con leche artificial. Además de informar y enseñar a la madre sobre la nutrición que necesita su hijo y técnicas para llevar a cabo una lactancia materna eficaz. El bebé se recuperó y fue dado de alta. A pesar de la información recibida, el bebé fue ingresado por 2º vez, tres semanas después de recibir el alta del 1º ingreso, por presentar de nuevo desnutrición, en este caso leve. Esto muestra un problema de comunicación, debido a que los padres son de origen musulmán, la madre que fue la cuidadora principal no entendía ni hablaba español. En estos casos, actualmente, existe la figura del mediador cultural.

Como se explicó en el marco teórico, el mediador cultural tiene la función de eliminar las barreras que puedan existir entre el personal sanitario y el paciente, como son las diferencias de lenguaje, pero también las costumbres, rituales..., de tal forma que, conecta los dos mundos. También existe la figura del intérprete, que está más desarrollada actualmente en España. Las funciones del intérprete son más limitadas ya que no interfiere en las decisiones clínicas, simplemente traduce los dos idiomas, sin necesidad de conocer las costumbres propias de las diferentes culturas. (Pena, Echauri y Olivares, 2014).

En relación con el aspecto de la figura del mediador cultural según Sanz-Moreno (2018) en un estudio realizado, concluyó que a pesar de tener acceso a la figura de un intérprete para las situaciones en las que las diferencias culturales e idiomáticas dificultaban la comunicación, no la utilizaron. El personal sanitario recurría a familiares, amigos, a sus conocimientos escasos sobre el idioma o incluso familiares de pacientes que estuvieran en el hospital para traducir la información que, los médicos y enfermeros, querían transmitir. Esto se podía deber a la falta de información del personal sanitario acerca de estos traductores. A la misma conclusión alcanza otro estudio realizado por Gutiérrez (2017) sobre los intérpretes y mediadores culturales. En nuestro caso se tenía acceso a un intérprete, al que había que llamar por teléfono y concretar una cita para que acudiera. A pesar de ello, no se le llamó, y se utilizó como mediadores al padre del paciente, que, si hablaba español, pero que apenas acudía a visitarlo. También, se utilizaron a familiares de otros pacientes de la planta, debido a los escasos conocimientos sobre el idioma del personal sanitario y también se utilizaron gestos para explicar cómo amantar al recién nacido e informar de su evolución. La figura del mediador cultural no se encuentra desarrollada en dicha área de salud actualmente.

Márquez (2017) observa que, en la sanidad la persona extranjera padece discriminación para acceder a la misma. Los motivos de esta discriminación son las diferencias culturales e idiomáticas, que debido a la carencia de mediadores culturales que puedan paliar estas diferencias, perjudican y crean diferencias en el trato al paciente. En este caso como se ha dicho anteriormente la falta de mediador cultural perjudica al paciente, dificultando la comunicación y por consiguiente desfavoreciendo al propio paciente.

Con respecto a la cuestión del etnocentrismo, actualmente en España, según un estudio realizado por Aguilar-Idáñez y Castellano-Barragán (2015) existe etnocentrismo por parte del personal sanitario. Este etnocentrismo profesional interfiere en el trato con el paciente, provocando una excesiva valoración de la cultura propia y dejando en un segundo plano el resto de las culturas, explicado en el marco teórico. Este etnocentrismo suele ir enlazado a un racismo institucional, definido por el autor como “El conjunto de políticas, prácticas y procedimientos que perjudican a algún grupo étnico impidiendo que pueda alcanzar una posición de igualdad”. En el racismo institucional no se tiene en cuenta las características específicas de otra raza, obviando las diferencias culturales e imponiendo la cultura propia. En nuestro caso, se respetan las diferencias culturales del paciente y sus familiares, pero no se tienen en cuenta en el momento de ejecutar los cuidados o comunicarse con los familiares. El desconocimiento del personal sanitario hacia las costumbres de los familiares del paciente impide que se puedan utilizar para mejorar los cuidados y el trato al paciente y sus familiares, tratándolo desde el punto de vista cultural propio.

En relación con la aculturación y a los concionantes culturales en la religión musulmana Zlobina y Páez (2018) explican que la aculturación está influenciada por las diferencias culturales, de tal forma que, dependiendo de la cultura del inmigrante el proceso de aculturación varía. El autor realiza un estudio en el que destacan las diferencias en varios aspectos entre diferentes culturas con respecto a España. La tradición (continuar la religión) y la conformidad (respaldar las normas, sin cuestionarlas) destaca entre Marruecos y África Subsahariana, posicionándose como los que más atienden a dichas

variables, con respecto a España, que se posiciona en el último lugar, siendo sus habitantes los menos tradicionales y los más inconformistas. Se les pregunta a los inmigrantes las disimilitudes que observan en España con respecto a su cultura. Estas disimilitudes son el nivel de vinculaciones interpersonales, en el que España muestra bajo nivel de estas relaciones con la familia y atiende más a una sociabilidad libre. Todo lo contrario, en las personas de origen africano, que presentan fuertes lazos familiares, jerarquizados, y dónde desarrollan la mayoría de sus relaciones sociales. Los ciudadanos españoles se presentan con mayor grado de estimulación por explorar y se muestran más hedonistas. Como continúa diciendo el autor, esta diferencia puede ser explicada debido a que los países menos desarrollados tienen una cultura más materialista, al contrario que los países más desarrollados que se centran en el desarrollo personal y la diversión. La población inmigrante reprende la carencia espiritual y la cultura consumista de los españoles, las relaciones interpersonales, con más distancia y más sistematizadas. La percepción cultural de distanciamiento entre África Subsahariana con respecto a España es mayor, le sigue Marruecos y Ecuador. En nuestro caso, las visitas que recibía el paciente y la familia siempre fueron de otro matrimonio. Los padres del bebé se mostraron preocupados por su religión y las costumbres, un ejemplo de ello es la utilización del pañuelo por parte de la madre durante todo el día, incluso durmiendo, la no ingesta de cerdo, y se destaca la relación entre el matrimonio en la que el líder en la toma de decisiones sobre su hijo es el padre o la relación con el hijo pequeño que mostraba más respeto y cumplía las órdenes de su padre.

Con respecto a la cuestión de los condicionantes culturales de salud en la religión musulmana, según Olcese (2015) existen ciertos cuidados particulares dependientes de la religión, explicados en el marco teórico, como son la importancia de la intimidad ante la desnudez, la higiene y la alimentación. En un estudio realizado por dicha autora, el 94.7% de los profesionales de enfermería tienen en cuenta la cultura para pedir la dieta, el 52% de los profesionales de enfermería encuestados consideran que los cuidados de enfermería dependen de la cultura. En nuestro caso y debido a la edad del neonato, no se adaptaron dichos cuidados, pero si se tuvieron en

cuenta en las situaciones en las que hubo que explicarle a la madre técnicas para amamantar, ayudarle durante la lactancia..., en las que preferentemente era una enfermera o médico del sexo femenino las que se comunicaban con ella.

Con respecto a la cuestión de las repercusiones en la salud del inmigrante, en un estudio realizado en Almería, España, por Ríos-Marín y Hernández-Londoño (2015) el sexo del inmigrante afecta en la manifestación de los síntomas depresivos a diferentes edades, siendo las mujeres amas de casa y sin independencia económica las más perjudicadas. Además, en el caso de tener hijos en el país de origen o estar explotadas sexualmente se agrava más su situación. Las mujeres marroquíes suelen estar casadas y su llegada a España suele haber sido a través de su marido, que emigró primero. Otras de las mujeres marroquíes de dicho estudio acudieron a España a través de un programa que consistía en la relación de trabajo agrícola de temporada, con un permiso de trabajo con fecha de caducidad, que cuando acabó se quedaron en España en situación de irregularidad. El autor de este estudio prosigue explicando que la situación de irregularidad que viven muchos inmigrantes dificulta su adaptación al país receptor, favorece la desprotección y vulnerabilidad del inmigrante y la aparición de sintomatología depresiva. Este proceso de cambio implica repercusiones en la salud de los inmigrantes, existiendo grupos de riesgo como son las mujeres, los menores de edad..., la política del país de acogida en el ámbito sanitario e inmigración afecta a la situación de los inmigrantes. Situaciones en la que los derechos son violados, en las que existen diferencias en el sector sanitario o sociales, empeoran la situación del inmigrante, perjudicando el proceso migratorio y, por lo tanto, la adaptación al nuevo país. La afectación a dichas situaciones, autores como Abraído-Lanza y Armbrister, (2019) y Castañeda et al, (2015) las corroboran, explicando como la situación social en la que se encuentra el inmigrante y las situaciones de racismo social e institucional, mediante las políticas discriminatorias, que viven muchos inmigrantes, interfirieren en su salud. Como sigue relatando el autor Ríos-Marín y Hernández-Londoño (2015) la cultura procedente del inmigrante, la raza, la religión, clase social, el nivel educativo, la situación de empleo y la calidad de este, el salario, el sexo, el idioma y la red

de apoyo son aspectos que influyen en el proceso migratorio. En nuestro caso los padres del paciente son de origen musulmán, factor protector debido a la red de apoyo que existe en la ciudad en la que viven, además, de pertenecer a una religión que les impulsa y les alienta en los momentos difíciles. La clase social es media-baja, viven en un piso, el matrimonio y sus dos hijos, en una zona donde la mayoría de población es de origen musulmán. Cubren las necesidades básicas con el sueldo del padre, que es el sustentador principal de la familia. El nivel educativo es medio-bajo, la madre no habla ni entiende el español, el padre sí. La madre vino a España 2 años después de que su marido inmigrara y consiguiera trabajo. En todo momento, ambos se han encontrado en situación de regularidad, lo que ha facilitado el proceso de adaptación. Juntos llevan viviendo en España 3 años.

En conclusión, como se puede observar y según el caso estudiado, los estudios y artículos consultados, el aspecto cultural, es de vital importancia y afecta a la salud del inmigrante. Además, otros aspectos como la situación migratoria y la situación social, que también afectan. Por ello, es sustancial utilizar corrientes enfermeras como la de Madeleine Leininger, que consideran la cultura del paciente, atendiendo específicamente a sus particularidades. Lo que hace fundamental estudiar e investigar la enfermería transcultural.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Tiempo limitado para hacer el seguimiento del caso en estudio y observar la respuesta a largo plazo y su recuperación completa.
- Limitaciones de acceso a la información del paciente por parte de los padres, debido a la barrera idiomática.
- Limitaciones de acceso a información de artículos de revistas que son accesibles mediante pago exclusivamente.

7. CONCLUSIONES

1. La enfermería transcultural en la atención a la salud de los inmigrantes en España es fundamental para conseguir un estado de salud óptimo, ateniendo a los aspectos culturales específicos, que son claves para la recuperación y mantenimiento de la salud del inmigrante.
2. El término etnocentrismo es definido como el sentimiento o creencia que posee una persona que considera su cultura superior al resto. La aculturación se define para describir el proceso de cambio cultural y psicológico que se manifiesta del contacto entre dos o más culturas y sus miembros. Y la figura del mediador cultural se define como la persona que hace de intermediaria entre dos culturas diferentes. Las ventajas son: que reduce las barreras que puedan existir como por ejemplo la lingüística y crea puentes para el entendimiento entre ambas. Y los inconvenientes más destacados son: la falta de claridad en las competencias que desarrollan y la falta de conocimiento y desarrollo de dicha figura.
3. El proceso migratorio consta de varias fases por las que el inmigrante atraviesa. Estas fases son: la primera fase o fase de duelo y pérdida del país de procedencias, la segunda fase en la que el inmigrante tiene que afrontar el estrés y sobrevivir en el nuevo entorno, la tercera fase o fase de adaptación al nuevo entorno, tras superar el estrés por la aculturación, y finalmente la cuarta fase o fase de reelaboración de la identidad propia. Las repercusiones en la salud del inmigrante son: altos niveles de estrés, sentimiento de fracaso en su situación migratoria, soledad, tristeza, sensación de atrapamiento, desesperanza y bajo nivel de autoestima.
4. Los condicionantes culturales en la religión musulmana son: el tipo de alimentación, ya que, existen alimentos permitidos y prohibidos y periodos de ayuno como el Ramadán; la higiene que sirve para

purificar su alma y el uso de baños públicos; estilos de vida en el embarazo, parto y puerperio (la mujer embarazada está exenta de practicar el Ramadán en el embarazo, pero tendrá que practicarlo después de dar a luz), la experiencia individual del dolor durante el parto y las diferentes manifestaciones, y la recomendación de no practicar relaciones sexuales durante el puerperio; la muerte de un musulmán que conlleva rituales específicos y la prohibición de realizar la autopsia, por la creencia de que existe dolor tras la muerte o cuando muere un bebé recién nacido o un niño, es un regalo de Dios.

5. Los principales modelos de enfermería transcultural son: “el modelo del sol naciente” de Madeleine Leininger, que fue la creadora de la Enfermería Transcultural, explica la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y universalidad y representa los conocimientos enfermeros. “El modelo de competencia cultural”, de Larry Purnell, que sirve para conseguir el objetivo de los cuidados culturales necesarios adaptados a las características específicas del paciente. Y finalmente “el modelo de herencia cultural y tradiciones en salud” de Rachel Spector, con él se pretende la concienciación del profesional sobre la necesidad de los cuidados culturales adecuados, resaltando la importancia de atender al paciente de una forma única. La importancia de la comunicación en enfermería, ya que, el paciente es el objeto de los cuidados, por lo tanto, para saber sus necesidades, a través de la comunicación verbal y no verbal.
6. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal basado en la clasificación NANDA “(00216). Leche materna insuficiente”, asociado a la complicación potencial principal “Anemia” extraída del manual de Diagnósticos de Lynda Carpenito y artículos basados en la evidencia científica. En consecuencia, se han utilizado el proceso enfermero y las taxonomías NANDA, NOC y NIC para proporcionar al paciente los cuidados necesarios, favoreciendo su recuperación.

8. REFERENCIAS

- Abraído-Lanza, A. F., & Armbrister, A. N. (2019). Immigration and Health. En C. Llewellyn, S. Ayers., C. McManus., S. Newman., K. Petrie., T. Revenson. y J. Weinman. (Eds.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*,9, (pp. 37).
- Aguilar-Idáñez, M. J., & Barragán, A. C. (2015). Racismo institucional y etnocentrismo profesional: Un estudio del prejuicio sutil y manifiesto en grupos profesionales de la educación, la sanidad y los servicios sociales. *Repositorio de Universidad De La Rioja*. Recuperado a partir de https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC195.pdf
- Ahmed, K. (2016). El cuerpo en el islam. *Perifèria. Cristianisme, postmodernitat, globalització*, 3(3).
- Álvarez, D. O., & Arízaga, M. C. (2016). Ganancia de peso en lactantes según el tipo de lactancia recibida. *Bachelor's thesis, Universidad del Azuay*. Recuperado a partir de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5002>
- Álvarez, M., Orozco, N., Moreno, A., Marín, T., & Tur Vaillant, I. (2017). Factores que influyeron en el abandono precoz de la lactancia materna en lactantes de un Grupo Básico de Trabajo. *Revista Médica Electrónica*, 39(4), 884-893.
- Amezcu, M. (2015). La enfermería como profesión. En Evolución histórica de los cuidados. Modelos y teorías. *Index de Enfermería*. Recuperado el 18 de enero de <http://index-f.com/gomeres/wp-content/uploads/2015/01/TEMA-8a-Profesion.pdf>
- Arias-Galicia, L. F. (2018). Housewives and mexican women at work: health and psychological factors. *BMJ Journals, Occupational and Environmental Medicine*, 75, ed. supl.2.

- Ávalos, M. M., Mariño, E. R., & González, J. A. (2016). The associated factors with exclusive breastfeeding. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 170-177.
- Becerra-Bulla, F., Rocha-Calderón, L., Fonseca-Silva, D., & Bermúdez-Gordillo, L. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev. Fac. Med*, 63(2), 217-227.
- Berry, J. W. (2015). Acculturation. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 520-538). New York, NY, US: Guilford Press.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier.
- Busher- Betancourt, D. A. (2016). Madeleine Leininger and the transcultural theory of nursing. *The Downtown Review*, 2(1), 1.
- Cabieses, B. (2014). La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados de salud. *Value in Health Regional Issues*, 5, 1-6.
- Cadenas, M. D. M. S., & del Pino, F. J. P. (2018). Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, (50), 25-33.
- Carpenito, L. (2013). Handbook of nursing diagnosis. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & WilkinsHealth.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- Castrillón, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 42.

- Conde-Puertas, E., Hernández-Herrerías, I., & Fajardo-Hervás, B. (2015). ¿Es perjudicial el ayuno del ramadán durante el embarazo? *Matronas prof*, 16(4), e9-e14.
- Cruz, M. A., Ortiz, M. D., Yantalema, F., Orozco, P. C. (2018). Relativismo cultural, etnocentrismo e interculturalidad en la educación y la sociedad en general. *ACADEMO (Asunción)* 5(2):179-188.
- Dueñas Díaz, R. H. (2017). Factores de riesgo y complicaciones de neumonía en pacientes pediátricos menores de 5 años. Estudio a realizarse en el Hospital Liborio Panchana Santa Elena enero 2014 - diciembre 2015. *Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina.*
- Escobar, B., & Klijn, T. P. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (33), 8.
- García, B. (2015). Proceso de atención de enfermería a través del modelo del sol naciente. *Servicio de publicaciones de la Universidad de la Rioja. Recuperado a partir de https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001097.pdf.*
- García, C. (2017). Modelo de salud ocupacional migratoria intercultural. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 4(2), 24-31.
- García, M. (2016). Muerte perinatal en la cultura musulmana. *Repositorio Institucional de Universitat Internacional de Catalunya. Recuperado a partir de <https://recercat.cat/handle/2072/265428>.*
- Gómez-Guizado, G., & Munares-García, O. (2014). Anemia y estado nutricional en lactantes de dos a cinco meses atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31, 487-493.
- González, J., & Guichot, E. (2017). Formación de educadores y mediadores interculturales en España. *Pedagogía oggi/Rivista SIPED*, XV (2), 325-339.

- Gordon, M. (1999). Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación. 3ª ed. *Barcelona: Harcourt Brace.*
- Gorrita, R. R., Terrazas, A., Brito, D., & Ravelo, Y. (2015). Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(3), 285-297.
- Gutiérrez, R. L., & González, J. M. T. (2017). Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 18(46), 97-107.
- Herdman, T.H. (2015) (Ed.). NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. *Barcelona: Elsevier.*
- Hernández, J.M., Echevarría, P., y Gomáriz, M.J. (2017). La catarsis de los cuerpos grávidos. Experiencias de dolor y sufrimiento en el habitus del parto medicalizado. Disparidades. *Revista de Antropología*, 71(2), 487-507.
- Hernández-Sacristán, C. (2015). Traducción como mediación intercultural: delimitación conceptual y dimensiones de una práctica. En A. Gordejuela., D. Izquierdo., F. Jiménez., A. De Lucas., M. Casado. (Eds.) *Lenguas, lenguaje y lingüística* (pp. 269-278). Navarra, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra.
- Hidalgo, V. (2017). Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: Evolución de un término. *Repositorio Institucional de la Universidad de Guadalajara*. Recuperado de <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1151>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Población extranjera por nacionalidad y sexo. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/I0/&file=0ccaa002.px>

- Jansma, G., de Lange, F., Kingma, W. P., Vellinga, N. A., Koopmans, M., Kuiper, M. A., & Boerma, E. C. (2015). 'Sepsis-related anemia' is absent at hospital presentation; a retrospective cohort analysis. *BMC anesthesiology*, 15(1), 55.
- Jiménez- Ortega, A. I., Martínez- García, R. M., Rodríguez-Belvis, V. M., & Ruiz Herrero, J. (2017). De lactante a niño: alimentación en diferentes etapas. *Nutrición Hospitalaria*, 34, 3-7.
- Leininger, M. (1988). La teoría de la enfermería de Leininger: diversidad cultural y universalidad. *Ciencia de enfermería trimestral*, 1 (4), 152-160.
- Leininger, M. (1991). Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. *New York. National League for Nursing Press.*
- Leininger, M. (1995). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Practices. *Columbus, OH: Mc Graw Hill.*
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados, Año III, n. 6 (2. semestre 1999); pp. 5-12.*
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189-192.
- Márquez, P. (2017). Discriminación y etnocentrismo en España. *Repositorio Institucional de la Universidad de Huelva*, 2, 3-21. Recuperado a partir de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/14577>.
- Martín, M.D. (s. f.). Administración de medicación — *Enfermería Práctica*. Recuperado 2 noviembre 2018, a partir de <http://enfermeriapractica.com/procedimientos/administracion-de-medicacion>
- Martín, M.D. (s. f.). Extracción sanguínea venosa — *Enfermería Práctica*. Recuperado 2 noviembre 2018, a partir de

<https://enfermeriapractica.com/procedimientos/extraccion-sanguinea-venosa>

Martín, M.D. (s. f.). Oxigenoterapia — *Enfermería Práctica*. Recuperado 2 noviembre 2018, a partir de <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/oxigenoterapia>

Martin, M.D. (s. f.). Toma de constantes vitales — *Enfermería Práctica*. Recuperado 2 noviembre 2018, a partir de <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

Merino, A. H. (2016). Anemias en la infancia y adolescencia. Clasificación y diagnóstico. *Pediatría Integral*, XX, 5, 287-296.

Montilla, R. (2016). El balance hídrico como cuidado de enfermería. *Repositorio documental Universidad de Valladolid*. Recuperado a partir de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24812>.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed. *Barcelona: Elsevier*.

Moreno, M. (2018). Hacia una antropología del cuidar. *Index de Enfermería*, 27(3).

Olcese, C. (2015). *Modelo Transcultural de los Cuidados de Enfermeros: hacia el cuidado integral, individualizado y universal* (trabajo de Fin de Grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.

Pacheco, E. V., Liranza, N. F., & Liranza, A. F. (2018). Accidentes en los niños, un problema de Salud Actual: Revisión Bibliográfica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(3), 279-283.

Peláez, R. B. (2013). Desnutrición y enfermedad. *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 6(1), 10-23.

- Pena, C., Echauri, B., & Olivares, M. (2014). Las funciones del mediador intercultural en el ámbito sanitario: habilidades y conocimientos. *Tonos Digital*, 26(0).
- Poorshaban, F., Pakseresht, S., Bostani, Z., & KazemNejad, E. (2017). Factors associated with breastfeeding self-efficacy of mothers within 6 weeks of delivery. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27(1), 27-34.
- Pujol, P. (2015). Los conversos y los migrantes. *Lento. Año III* (25), P.18.
- Purnell, L. D. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados, Año III*, n. 6 (2. semestre 1999); pp. 91-102.
- Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143.
- Real Academia Española. (2019). Definición de antropología. Recuperado 20 enero 2019, a partir de <https://dle.rae.es/?id=2yUcTx3>.
- Ríos-Marín, A. M., & Hernández-Londoño, L. M. (2015). Descripción de procesos migratorios en Almería-España y su repercusión en la salud mental. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(S1), 67-77.
- Rodríguez, H. B. A., Rodríguez, L. M., Elias, D. G. R., Rodríguez, N. L., & Lastres, I. H. (2017). Lactancia Materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año de Yara Norte, 2013-2014. *Multimed*, 19(6), 1035-1051.
- Rodríguez, M., Harris, C., Montalto, L. (2018). ¿Está Marruecos utilizando la inmigración como moneda de cambio con la UE?. Euronews. Recuperado a partir de: <https://es.euronews.com/2018/08/07/-esta-marruecos-utilizando-la-inmigracion-como-moneda-de-cambio-con-la-ue>
- Rodríguez-Ochoa, Y., López, E. M., Vilelas, A. F., & Leyva, Y. G. (2015). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con neumonía grave. Hospital Infantil Norte de Santiago de Cuba. 2012-2013. *Panorama Cuba y Salud*, 10(3), 25-31.

- Rojas, E. E. A. (2018). Tácticas para la prevención de la desnutrición en niños menores de 6 meses a través de la concientización de la lactancia materna exclusiva en la población que asiste al centro de salud universitario norte de la ciudad de santa cruz. *Revista Científica UNITEPC*, 4(1), 9-9.
- Roldán, F. (2016). *La mujer musulmana en la historia*. Huelva, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.
- Saber es práctico. (2017). Religión por número de creyentes. Recuperado a partir de <https://www.saberespractico.com/curiosidades/religiones-numero-creyentes/>.
- Salaberria, K., Haro, S., & del Valle, A. (2017). Estrés migratorio y salud mental. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2).
- Sanz-Moreno, R. (2018). La percepción del personal sanitario sobre la interpretación en hospitales. Estudio de caso. *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 18(47), 67-75.
- Servicio Murciano de Salud, Conserjería de Sanidad, (2018). Documento de SALUD INFANTIL. *Programa de Atención al Niño y al Adolescente (P.A.N.A), Región de Murcia, España*.
- Shaheen, H. M., Hegazy, N. N., & Sakr, S. S. (2018). The barriers to breastfeeding among women: a single-center experience. *Menoufia Medical Journal*, 31(3), 855.
- Sharmin, L., Chowdhury, M. A., Khatun, S., & Ahmed, N. (2016). Barriers to exclusive breastfeeding among urban mothers. *Journal of Enam Medical College*, 6(2), 88-92.
- Spector, R. E. (1999). Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cultura de los cuidados, Año III, n. 6 (2. semestre 1999)*; pp. 66-79.
- Spector, R. E. (2001). Heritage assessment. *Cultura de los cuidados, Año V, n. 9 (1. semestre 2001)*; pp. 71-81.

- Stuebe, A. M. (2014). Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna. *Obstet Gynecol*, 123, 643-52.
- Urzúa, A., Heredia, O., & Caqueo-Urizar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista médica de Chile*, 144(5), 563-570.
- Vademecum. (2018). Vademecum. Retrieved 8 nov 2018, from <http://www.vademecum.es/>.
- Valero-Matas, J. A., Coca, J. R., & Valero-Oteo, I. (2014). Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. *Papeles de población*, 20(80), 9-45.
- WHO | World Health Organization. (2018). Retrieved 20 oct 2018, from <http://www.who.int/>.
- Wilches, D. M. Q. (2016). Enfoque clínico del niño desnutrido según recomendaciones de la OMS primera parte. *Gastrohnutp*, 13(2).
- Zlobina, A., & Páez, D. (2018). Aculturación y comunicación intercultural: El caso de inmigración en España. *CECS-Publicações/eBooks*, 37-59.