



**UMA**  
Universidad  
María Auxiliadora

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE  
CON PIELONEFRITIS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN  
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**AUTOR:**

**Bach. AMAYA MENDOZA, CRISTHIAN ALFREDO**

<https://orcid.org/0009-0000-4389-7979>

**ASESOR:**

**Mg. QUILLE TICONA, JOSE MERLIN**

<https://orcid.org/0000-0002-1321-8549>

**LIMA – PERÚ**

**2024**

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, AMAYA MENDOZA, Cristhian Alfredo, con DNI 71528885 en mi condición de autor(a) del trabajo de suficiencia presentada para optar el TITULO PROFESIONAL de Licenciado en Enfermería de título "PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON PIELONEFRITIS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2024", **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para publicar de manera indefinida en el repositorio institucional, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Indicar que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud 19% y, que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento y aprobado por el jurado evaluador.

Conforme a lo indicado firmo el presente documento dando conformidad a lo expuesto.

Lima, 20, de diciembre 2024.



---

AMAYA MENDOZA, Cristhian Alfredo



---

Mg. Quille Ticona José Merlín

# Cristhian Alfredo Amaya Mendoza

## AMAYA MENDOZA CRISTHIAN ALFREDO

 Quick Submit  
 Quick Submit  
 Universidad Maria Auxiliadora SAC

### Detalles del documento

Identificador de la entrega  
trn:oid::1:3185323066

Fecha de entrega  
16 mar 2025, 9:51 p.m. GMT-5

Fecha de descarga  
16 mar 2025, 9:56 p.m. GMT-5

Nombre de archivo  
SUFIENCIA\_PROFESIONAL\_PAE\_IMRD\_-\_AMAYA\_MENDOZA\_CRISTHIAN.docx

Tamaño de archivo  
45.7 MB

54 Páginas

9621 Palabras

55.146 Caracteres



Página 1 of 59 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::1:3185323066



Página 2 of 59 - Integrity Overview

Identificador de la entrega trn:oid::1:3185323066


## 19% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

### Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text
- ▶ Small Matches (less than 10 words)

### Top Sources

- 14%  Internet sources
- 2%  Publications
- 16%  Submitted works (Student Papers)

### Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

## **DEDICATORIA**

Mi investigación va dedicada hacia mis padres, que con su esfuerzo diario y la educación que me brindaron, hicieron que pueda alcanzar muchas de mis metas. Los honro de esta forma, deseando compartir mi felicidad con ellos en la redacción de esta investigación. Y a mi hija Alanys, que me mostró lo hermosa que es la vida con su presencia, que cada día me llena de alegría el alma y el corazón. Les agradezco por todos los momentos compartidos y por confiar en mí en todo momento.

## Índice General

<b>Carátula</b> .....	i
<b>Dedicatoria</b> .....	iv
<b>Índice General</b> .....	v
<b>Índice de Tablas</b> .....	vii
<b>Índice de figuras</b> .....	viii
<b>Índice de Anexos</b> .....	ix
<b>RESUMEN</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xi
<b>CAPITULO I. INTRODUCCIÓN</b> .....	12
1.1 Marco teórico .....	12
1.2 Caso clínico .....	16
1.3 Valoración de enfermería .....	17
1.4 Priorización de diagnósticos de enfermería .....	21
<b>CAPITULO II. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....	22
2.1 Diseño de estudio .....	22
2.2 Población .....	22
2.3 Procedimiento de recolección de datos .....	22
2.3.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos .....	22
2.3.2 Aplicación del instrumento de recolección de datos .....	22
2.3.3 Técnica de recolección de datos .....	23
2.3.4 Instrumento de recolección de datos .....	23
2.4 Métodos de análisis .....	23
2.5 Aspectos éticos .....	23
<b>CAPITULO III. RESULTADOS</b> .....	25
3.1 Intervenciones de enfermería .....	25
<b>CAPITULO IV. DISCUSIÓN</b> .....	40

4.1 Discusión .....	40
<b>CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>42</b>
5.1 Conclusiones .....	42
5.2 Recomendaciones .....	42
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>
<b>Anexo A:</b> Formato Valoración Marjory Gordon .....	47
<b>Anexo B:</b> Escala de medición .....	51
<b>Anexo C:</b> Consentimiento informado .....	52
<b>Anexo D:</b> Evidencia del trabajo de campo .....	53
<b>Anexo E:</b> Informe de similitud .....	54

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario evidenciado por disuria, hematuria, ausencia de diuresis.	23
<b>Tabla 2.</b> Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia.	26
<b>Tabla 3.</b> Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas. EVA 8/10.	29
<b>Tabla 4.</b> Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo.	32
<b>Tabla 5.</b> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física.	35

## Índice de figuras

- Figura 1.** Evaluación de los porcentajes de los resultados obtenidos de Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario evidenciado por disuria, hematuria, ausencia de diuresis. 25
- Figura 2.** Evaluación de los porcentajes de los resultados obtenidos de Hipertermia relacionada con deshidratación evidenciado por rubor, piel caliente al tacto, taquicardia. 28
- Figura 3.** Evaluación de los porcentajes de los resultados obtenidos de Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas. EVA 8/10. 31
- Figura 4.** Evaluación de los porcentajes de los resultados obtenidos de Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo. 34
- Figura 5.** Evaluación de los porcentajes de los resultados obtenidos de Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física. 37

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Formato de valoración por Patrones Funcionales.	46
<b>Anexo B.</b> Escala de medición.	50
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado.	51
<b>Anexo D.</b> Evidencia del trabajo de campo.	52
<b>Anexo E.</b> Informe de similitud.	53

## RESUMEN

Como objetivo principal del presente caso clínico es la elaboración basada en un enfoque de plan de cuidados de Enfermería, sustentados con los datos obtenidos según la valoración de 11 patrones funcionales de Maryory Gordon, del paciente diagnosticado con pielonefritis en la unidad de hospitalización del hospital San Juan de Lurigancho.

Los materiales y métodos usados en este estudio son de tipo descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal. Para este estudio se usó libros como NANDA, la clasificación de intervenciones y resultados de enfermería NIC y NOC, con ello se logró terminar de manera objetiva con los resultados conseguidos a través de los datos recolectados.

Con respecto a los resultados de una de las intervenciones de Enfermería de Retención urinaria relacionado con una obstrucción de tracto urinario y evidenciado por disuria y una ausencia de diuresis, se aprecia que el 70% de las intervenciones que se realizaron fueron realizadas favorablemente y proporcionaron resultados esperados para la recuperación del paciente. Por otro lado, solo el 30% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada.

En conclusión, el referido diagnóstico de Enfermería de Retención urinaria el 70% de las intervenciones que se realizaron fueron ejecutadas favorablemente, solo el 30% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados.

**PALABRAS CLAVES:** Pielonefritis; Manejo del dolor; Escherichia Coli; Disuria; Control de infecciones. **DeCS/MeSH**

## ABSTRACT

The main objective of this clinical case is the elaboration based on a nursing care plan approach, supported by the data obtained according to the assessment of 11 functional patterns of Maryory Gordon, of the patient diagnosed with pyelonephritis in the hospitalization unit of the San Juan de Lurigancho hospital.

The materials and methods used in this study are descriptive, non-experimental and cross-sectional. For this study, books such as NANDA, the classification of interventions and nursing outcomes NIC and NOC were used, with which it was possible to objectively conclude with the results achieved through the data collected.

Regarding the results of one of the Urinary Retention Nursing interventions related to a urinary tract obstruction and evidenced by dysuria and an absence of diuresis, it can be seen that 70% of the interventions that were performed were performed favorably and provided expected results for the patient's recovery. On the other hand, only 30% of the interventions have not yet obtained the expected data due to advanced disease.

In conclusion, in the aforementioned diagnosis of Urinary Retention Nursing, 70% of the interventions that were performed were executed favorably, only 30% of the interventions have not yet obtained the expected data.

**KEY WORDS:** Pyelonephritis; Pain management; Escherichia coli; Dysuria; Infection control. **DeCS/MeSH**

## CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Marco teórico.

La Pielonefritis se define, como la patología nefrótica que afecta principalmente al parénquima renal por causa de una infección bacteriana habitualmente de origen ascendente (1). Un estudio realizado en España en 2017, sobre la Pielonefritis complicada y no complicada, nos muestra, que la incidencia de esta patología en su estado complicado fue prevalente en pacientes cuya edad media es de 56 años, en la que el microorganismo con más adherencia fue Escherichia Coli. Mientras que los casos de mujeres con Pielonefritis aguda no complicada que fueron ingresadas a hospitalización fueron el 61% (2). En Cuba en 2013, se efectuó un estudio en el año 2013, acerca de la recurrencia de Pielonefritis en mujeres dando por resultado que, hicieron 104 urocultivos, dando positivos el 99.04% pacientes con Escherichia coli el 72.22%, Klebsiella oxytoca el 9.61%, y otras enterobacterias el 24.04% (3). Otro estudio realizado en España en 2008, que nos muestra las particularidades de la pielonefritis aguda en una unidad corta estancia, concluye en que en 74% de mujeres con una edad media de 43.6, la estancia media fue de  $4,7 \pm 1,2$  días. De los 173 pacientes que se les realizó un urocultivo, el 51,4% resultaron positivos, y de esos casos el 93.2% se debe a que el principal factor patógeno fue Escherichia Coli (4).

En Argentina en 2005, la investigación sobre la relación entre pielonefritis aguda, daño renal y reflujo vesicoureteral, dio resultados como que el 70.6% presentó reflujo vesicoureteral y el 50.5% reflejó daño renal. Y el 30%, 53% y 61% de los participantes con 1,2 o más episodios de pielonefritis aguda exhibieron deterioro renal (5). Por otro lado, una investigación en Chile en 2020, sobre la mortalidad en hospitalización en pacientes con pielonefritis aguda entre los años 2002 a 2016, dio por resultado que, en el año 2016, las mujeres tenían un 3.6% más de probabilidades de quedar hospitalizadas y un 1.7% más riesgo de morir que los hombres a causa de una pielonefritis (6). Mientras que una investigación hecha en Paraguay en 2020, acerca de la relación de la semiología en la cistitis y pielonefritis aguda, concluyó que el 80% de los casos presentó fiebre y el 46% dolor lumbar mientras que el síntoma más frecuente en una cistitis aguda fue la disuria con el 96% de los casos. El 67% de los casos resultó con urocultivo positivo y la prevalencia de bacteria adquirida fue de Escherichia Coli con el 60% (7).

Uno de los estudios realizados en Perú acerca de Pielonefritis, se realizó a cabo en el Hospital Sergio Bernales en el año 2018 y fue direccionado hacia pacientes gestantes, el cual tuvo como resultado, que de las 218 embarazadas que adquirieron infección urinaria, el 48.2% tuvo cistitis, un 40.4% contrajo bacteriuria asintomática mientras que el 11.5% contrajo pielonefritis aguda. Según la sintomatología el 37.2% manifestó polaquiuria y un 36.2% disuria. En esta investigación el 37.6% de las gestantes con infección urinaria mostraron sobresaliente amenaza de parto pretérmino (8). En el Hospital Arzobispo Loayza en 2001, se efectuó una investigación para saber la incidencia de casos de Pielonefritis en pacientes gestantes, hallándose que el 2.1% de las gestantes contrajo pielonefritis, y de los cuales se registró un caso de aborto a causa de las complicaciones (9). Otra de las investigaciones se ejecutó en el Hospital María Auxiliadora en 2019 y el estudio se basó en las dificultades obstétricas y neonatales agrupadas a pielonefritis aguda en la gestación, dando por resultados que las complicaciones con más incidencia fue preeclampsia con un 13.3% de los casos y ruptura prematura de membranas con el 29.8% de las gestantes que participaron en el estudio (10).

La pielonefritis es una infección bacteriana sumamente grave que afecta la pelvis renal, túbulos y tejido intersticial de uno o ambos riñones y tiene consecuencias muy serias si no es tratada adecuadamente y de manera oportuna. Esta enfermedad es poco común en hombres ya que si se detecta en hombres primero se debería descartar una prostatitis, esta infección afecta mayormente a mujeres embarazadas, recién nacidos y lactantes. Los gérmenes que causan esta enfermedad son los mismos que causan la cistitis (11).

Las causas de esta infección renal ocurren cuando las bacterias alcanzan los uréteres y llegan a los riñones, otra forma en la que puede ocurrir es a través de la sangre cuando la bacteria que está causando esta infección transita a través del torrente sanguíneo y se alberga en uno de los riñones (11).

Esta infección se clasifica en complicada cuando los pacientes tienen resistencia a los antibióticos, pacientes que tienen alguna alteración anatómica o funcional de las vías urinarias que pueda influir o alterar al tratamiento esto requiere un tratamiento mucho más agresivo y

mayor monitoreo y está la no complicada que no presentan ningún tipo de impedimentos para llevar un adecuado tratamiento, los microorganismos si son sensibles a los antibióticos y tienen sus riñones en buen estado. Si hablamos de la población más vulnerable están los ancianos existe más riesgo de shock séptico, en las embarazadas, que tienen un mayor riesgo de complicaciones renales e infecciones y en los pacientes con enfermedades crónicas existe alto porcentaje de complicaciones y resistencia bacteriana (12).

Los síntomas varían en todas las personas, pero algunos típicos son fiebre alta, escalofríos, irritabilidad, dolor lumbar hacia los costados, náuseas y vómitos, hematuria, dolor al orinar, micción frecuente y dolorosa, disminución del apetito (11).

El tratamiento de la pielonefritis va a depender de los síntomas, hospitalización según la gravedad y de las complicaciones que se presenten, ingesta de líquidos entre 3 a 4 litros al día para diluir orina y prevenir deshidratación, control de temperatura cada 4 horas, administración de antipiréticos y antibióticos según prescripción médica, generalmente cuando son diagnosticados los pacientes reciben tratamiento vía intravenosa y luego se cambia a vía oral cuando llegan a su casa (11).

En los cuidados de enfermería es importante el monitoreo de ingesta de líquidos y el volumen urinario, la revisión constante de la temperatura y administración de medicamentos según la prescripción médica, una educación al paciente para prevenir infecciones futuras y concurrentes, un consumo adecuado de líquidos, una buena higiene perineal, una asistencia oportuna a las citas de control de seguimiento (11).

Es importante saber que esta enfermedad no es contagiosa no hay riesgo de contaminación entre parientes ni por contactos con personas que la padecen, es una de las infecciones urinarias más comunes que existen afecta al 1-2% de la población en general (12).

Como dice Orem en su teoría del autocuidado los pacientes deben tener la capacidad de cuidarse a sí mismos, en la pielonefritis aguda la enfermera puede educar y ayudar a cada paciente a saber la importancia del autocuidado para prevenir y evitar las complicaciones o una resistencia a los antibióticos así puedan

tomar su tratamiento de manera oportuna y prevenir una recurrencia de pielonefritis aguda, se puede trabajar con el paciente para elaborar un plan adaptando sus necesidades.

### **Retención urinaria**

El NANDA se refiere, al vaciado vesical incompleto (13). Condición en la cual la persona no puede vaciar completamente la vejiga (1). Lo que el diccionario medico nos dice sobre la incontinencia urinaria, es la disminución de capacidad física o mental para excretar orina (14). Obstrucción o funcionamiento anormal de los esfínteres al vaciar la vejiga (11).

### **Hipertermia**

NANDA nos dice, la hipertermia es la calentura física por arriba del rango diurno normal debido a la falta de termorregulación (13). Es la respuesta más común del cuerpo ante alguna infección (1). Lo que nos dice el diccionario medico sobre la hipertermia es la elevación repentina que causa el déficit en el órgano termorregulador (14). El libro de Brunner nos habla sobre la hipertermia y nos dice que es la elevación de la temperatura corporal que se presenta un estado de hipermetabolismo lo que ocasiona elevación en las frecuencias cardiacas y respiratorias (11).

### **Dolor agudo**

La definición del NANDA es la experiencia sensorial y emocional desagradable agrupada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o predecible y con una duración menor de 3 meses (13). El dolor que puede variar según paciente para eso existe una clasificación que ayuda al personal de salud a evaluar mejor las escalas del dolor (1). El diccionario nos dice que el dolor agudo es de duración a corto plazo que suele ser asociada con la lesión de tejidos que se van reduciendo a medida que ocurre la cicatrización (14). Lo que nos dice el libro de Brunner sobre el dolor agudo es la aparición reciente de cualquier tipo de herida que va disminuyendo conforme se va curando (11).

### **Riesgo de infección**

Con respecto al riesgo de infección, NANDA define, susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud (13). Infección que pueden ser causadas por bacterias que ascienden desde la vejiga al riñón (1). Infección pueden ser agudas o crónicas causadas por bacterias (11). Infección más frecuente en el aparato urinario y de todo el organismo (14).

### **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea**

Según el NANDA, susceptible a una alteración de la epidermis y/o de la dermis que puede complicar la salud (13). Cambios o alteraciones en la piel debido algún daño tisular (1). Un daño o alteración que compromete la piel (11). Se ve relacionado o que por algún motivo afecta la piel (14).

### **1.2 Caso clínico.**

Paciente adulto maduro de 68 años de iniciales J, P, P procedente de Arequipa, casado y con 3 hijos, solo cuenta con 5° grado de primaria, de religión católica. Llega referido desde el centro de salud El Carmen, en silla de ruedas, al presentar síntomas como fiebre mayor a 39°, micción dolorosa y frecuente, dolor localizado al lado derecho de la región lumbar con escala de EVA 8/10, vómitos y malestar general. Paciente refiere estar muy asustado por su estado de salud y preocupado por el futuro de su familia, siente muchas de ganar de orinar, pero también expresa dolor al miccionar y por eso no llega a vaciar su vejiga, se siente con menos fuerza física. También expresa tener la piel caliente y haber bajado de peso estos últimos meses.

Sus antecedentes patológicos más relevantes son, infección urinaria hace 6 meses, ya ha sido hospitalizado por retención urinaria hace 2 años y una apendicetomía hace 10 años. Su diagnóstico médico es Pielonefritis evidenciado por urocultivo cuantitativo, urografía excretora, ecografía de vejiga y riñones, hemograma completo y perfil renal.

Actualmente el paciente se encuentra en el servicio de hospitalización recibiendo tratamiento médico. A la valoración de enfermería, el paciente presenta piel pálida y deshidratada, mucosas secas, ojeroso, labios resecaos, fosas nasales permeables, dentadura incompleta. Extremidades superiores móviles, pero con fuerza muscular disminuida, ruidos hidroaéreos aumentados, respiración espontánea. Adelgazado con un índice de masa corporal de 18 puntos con un peso

de 53 kg y 1.70 cm de altura. Sus signos vitales son: Frecuencia cardiaca de 105 pulsaciones por minuto, 25 respiraciones por minuto, con una presión arterial de 110/75 mmhg. Hace 15 días que no come con regularidad, falta de apetito. Dolor lumbar al palpamiento con escala de EVA 8/10. Muestra catéter periférico en mano izquierda, recibiendo tratamiento médico de gentamicina 80 mg en volutrol cada 12 horas; metamizol 1 gr en volutrol cada 12 horas; diclofenaco 75 mg en volutrol cada 12 horas; dimenhidrinato 50 mg en volutrol cada 12 horas e hidratación vía parenteral. Presenta una temperatura de 39.2°, náuseas y vómitos de 3 a 5 veces al día, disuria, polaquiuria y hematuria. Movimiento limitado por dolor, mal estado de higiene. Responde a estímulos, duerme a intervalos y por momentos se desorienta con somnolencia. Presenta sonda Foley de triple vía para irrigación continua. Con manchas de presión en ambos talones.

### 1.3 Valoración de enfermería.

#### Valoración según patrones funcionales

**Tabla 1**

#### Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud

Datos significativos	Dominio/clase
<b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere sentir la piel caliente.	<b>Dominio 11:</b> Seguridad protección
<b>Datos objetivos:</b> Paciente presenta fiebre de 39.2°, con una frecuencia cardiaca de 105 pulsaciones por minuto.	<b>Clase 6:</b> Hipertermia

Fuente: Historia clínica. Valoración según patrones funciones de Maryori Gordon. Elaboración propia.

**Tabla 2**

#### Patrón 2: Nutricional - Metabólico

Datos significativos	Dominio/clase
<b>Datos subjetivos:</b>	<b>Dominio 2:</b> Nutrición

---

Paciente refiere haber bajado de pesos en los últimos meses.

**Clase 1:** Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

**Datos objetivos:**

Índice de masa corporal por debajo de los valores normales, falta de apetito.

---

**Fuente:** Historia clínica. Valoración según patrones funciones de Maryori Gordon. Elaboración propia.

**Tabla 3**

**Patrón 3: Eliminación**

---

<b>Datos significativos</b>	<b>Dominio/clase</b>
<b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere sentir muchas ganas de orinar, pero no llega a vaciar su vejiga.	<b>Dominio 3:</b> Eliminación e intercambio
<b>Datos objetivos:</b> Presenta disuria y polaquiuria.	<b>Clase 1:</b> Retención urinaria

---

**Fuente:** Historia clínica. Valoración según patrones funciones de Maryori Gordon. Elaboración propia.

**Tabla 4**

**Patrón 4: Actividad y ejercicio**

---

<b>Datos significativos</b>	<b>Dominio/clase</b>
<b>Datos subjetivos:</b> Paciente refiere sentirse con menos fuerza física.	<b>Dominio 11:</b> Seguridad protección
<b>Datos objetivos:</b> Fuerza muscular disminuida, movimiento limitado por dolor, índice de Katz (dependiente en las seis funciones).	<b>Clase 2:</b> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

---

**Fuente:** Historia clínica. Valoración según patrones funciones de Maryori Gordon. Elaboración propia.

## Tabla 5

### Patrón 5: Sueño/descanso

Datos significativos	Dominio/clase
<b>Datos subjetivos:</b> Paciente expresa preocupación y estar asustado por su estado de salud.	<b>Dominio 4:</b> Actividad/reposo
<b>Datos objetivos:</b> Duerme a intervalos y se levanta con somnolencia.	<b>Clase 1:</b> Patrón de sueño alterado

**Fuente:** Historia clínica. Valoración según patrones funciones de Maryori Gordon. Elaboración propia.

## Tabla 6

### Patrón 6: Cognitivo – Perceptual

Datos significativos	Dominio/clase
<b>Datos subjetivos:</b> Expresa dolor al miccionar.	<b>Dominio 12:</b> Confort
<b>Datos objetivos:</b> Presenta disuria y dolor a la palpación lumbar. Escala visual analógica 8/10.	<b>Clase 1:</b> Dolor agudo

**Fuente:** Historia clínica. Valoración según patrones funciones de Maryori Gordon. Elaboración propia.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### Primer Diagnostico

**Etiqueta diagnóstica:** Hipertermia.

**Características definitorias:** Rubor, piel caliente al tacto, taquicardia.

**Factores relacionados:** Deshidratación.

**Enunciado diagnóstico:** Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia.

### **Segundo Diagnostico**

**Etiqueta diagnóstica:** Retención urinaria.

**Características definitorias:** Disuria, ausencia de diuresis.

**Factores relacionados:** Obstrucción de tracto urinario.

**Enunciado diagnóstico:** Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario y evidenciado por disuria y ausencia de diuresis.

### **Tercer diagnostico**

**Etiqueta diagnóstica:** Dolor agudo.

**Características definitorias:** Verbaliza acerca de la intensidad utilizando escalas estandarizadas de dolor. EVA 8/10.

**Factores relacionados:** Lesión por agentes biológicos.

**Enunciado diagnóstico:** Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos y evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas. EVA 8/10

### **Cuarto diagnostico**

**Etiqueta diagnóstica:** Riesgo de infección.

**Factor de riesgo:** Procedimiento invasivo.

**Enunciado diagnóstico:** Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo.

### **Quinto diagnostico**

**Etiqueta diagnóstica:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

**Factor de riesgo:** Disminución de la movilidad física.

**Enunciado diagnóstico:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física.

#### **1.4 Priorización de diagnósticos de enfermería.**

1. Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario evidenciado por disuria y ausencia de diuresis.
2. Hipertermia relacionada con deshidratación evidenciado por rubor y piel caliente al tacto.
3. Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas. EVA 8/10.
4. Riesgo de infección factor de riesgo de procedimiento invasivo.
5. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea factor de riesgo de disminución de la movilidad física.

## **CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1 Diseño de estudio**

Este trabajo de averiguación es de tipo descriptivo, aplicado a un diseño no experimental y de corte transversal. Para este estudio se usó libros como NANDA, la categorización de intervenciones y resultados de enfermería NIC y NOC, los cuales se aplicaron a una patología y un paciente como objeto del estudio, y con ello se logró terminar de manera objetiva con los resultados conseguidos a través de los datos recolectados.

La forma descriptiva del estudio, según este libro dice que, se centra en la especificidad, analizando y describiendo los diferentes eventos para someterlos a un análisis, ya que con estos instrumentos se puede medir y recabar los datos de cada significación de las variables para definir la relación entre ellos. En otro contexto, el diseño no experimental, se concentra en examinar las situaciones sin necesidad de manipular la variable del estudio. Y sobre el diseño con corte transversal se trata de agrupar la información obtenida dentro de la investigación en un instante determinado (15).

### **2.2 Población**

La población de esta presente investigación está atribuida a un único paciente adulto de 68 años, diagnosticado con pielonefritis dentro del Hospital San Juan de Lurigancho.

### **2.3 Procedimiento de recolección de datos**

#### **2.3.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

Para comenzar con la recolección de datos del paciente, previamente se generó una carta de autorización que se presentó en el área legal del hospital, remarcando el motivo y los objetivos de la presente investigación. Luego se obtuvo la autorización de la jefa de área de hospitalización para posteriormente acceder con el paciente y pedirle su consentimiento, el cual estuvo de acuerdo con brindarme la información de su estado de salud y así recolectar los datos para esta investigación.

#### **2.3.2 Aplicación del instrumento de recolección de datos**

Después que se recolectó los datos, se aplicó el instrumento de valoración, en el mes de diciembre del presente año, continuando con la solicitud de

autorización que se le presento al jefe de área de hospitalización obteniendo una respuesta favorable y dándome autorización para poder realizar la valoración de Enfermería al paciente. Al finalizar la recolección de datos estos pasan a ser revisados y acto siguiente el correcto llenado del instrumento.

### **2.3.3 Técnica de recolección de datos**

Para este estudio, la recolección de datos e información se obtuvo mediante la entrevista personal, que posteriormente se usó para culminar con la presente investigación.

### **2.3.4 Instrumento de recolección de datos**

En este estudio se aplicaron los instrumentos tales como, el formato de valoración de once patrones funcionales de Marjory Gordon y también se empleó la escala visual analógica, para recolectar y evaluar los datos según los formatos.

Sobre la valoración por patrones funciones de Marjory Gordon, nos dice que, es el instrumento que evalúa 11 campos de la salud de las personas. Abarca la actitud con la que se afronta el estado de salud, las necesidades y la sintomatología de cada paciente. Cada patrón revela el estado, en cada ámbito, en la vida de un ser humano. Mientras que la escala de valoración analógica, es un formato, el cual, mediante la entrevista, logra recolectar información acerca de la intensidad que puede ocasionar una sensación como el dolor, se mide en una escala gradual y ascendente, iniciando por el número 0 que significa el menor grado de intensidad, llegando al número 10 como el mayor grado de dolor que puede soportar cada persona.

## **2.4 Métodos de análisis**

Concretada la recolección de información del paciente, los datos obtenidos se trasladaron y fueron analizados dentro de los estándares descritos por cada autor de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC. Para posteriormente ser ubicadas en tablas analíticas, que darán un resultado gracias a la interpretación del propio autor.

## **2.5 Aspectos éticos**

Los aspectos éticos en esta investigación son propios de un análisis del caso, basado en ello se evalúa el nivel en que influye cada aspecto ético con la salud e integridad del paciente.

### **Principio de autonomía**

Al momento del acceso al paciente objeto de este estudio, se le brindó transparentemente la información y objetivos de la investigación, manteniendo una comunicación verosímil con el paciente, el cual, en su estado consciente y orientado en tiempo, espacio y persona, decidió participar del estudio para luego proceder con la entrevista y la recolección de datos.

### **Principio de beneficencia**

Los datos obtenidos del paciente, fueron recabados de forma empática, respetando ideologías, y manteniendo la integridad del paciente. Los instrumentos aplicados y resultados obtenidos en este caso, contribuirá en la efectividad de las intervenciones de enfermería y en la mejoría del estado de salud del paciente.

### **Principio de no maleficencia**

Se dilucida que el objetivo de esta presente investigación no es perjudicar ni alterar el proceso de recuperación del paciente. Cualquier duda o queja, durante el proceso de elaboración de este trabajo fue esclarecida junto con el paciente.

### **Principio de justicia**

En ningún momento del presente estudio se vulneró los derechos del paciente, manteniendo una comunicación cordial y respetuosa con este mismo. Cada decisión relacionada con la investigación fue consultada con el paciente, tomando en cuenta su opinión y llegando a un acuerdo.

## CAPITULO III. RESULTADOS

### 3.1 Intervenciones de enfermería

**Tabla 1**

**Diagnóstico de Enfermería:** Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario evidenciado por disuria, hematuria y ausencia de diuresis.

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
<b>NANDA</b>				
<b>DOMINIO: 3</b> Eliminación e Intercambio	<b>0503</b> Eliminación urinaria	<b>0610</b> <b>Cuidados de la incontinencia urinaria</b>	<b>Apoyar a promover la integridad y en la conservación saludable de la piel perineal.</b>	<b>0503</b> Eliminación urinaria
<b>Clase 1:</b> Función urinaria	<b>INDICADORES:</b>	<b>ACTIVIDADES:</b>		<b>INDICADORES:</b>
<b>Código:</b> 00023	<b>050309</b> Dolor al orinar (Desviación sustancial del rango normal 2)	1- Determinar los posibles orígenes que ocasionan la incontinencia. 2- Identificar las características de la orina como, olor, color, consistencia, volumen y la frecuencia.	1- Para observar las causas específicas y tratar de aliviar síntomas. 2- Para poder evaluar las características que puedan reflejar alguna complicación.	<b>050309</b> Dolor al orinar (Desviación moderada del rango normal 3)
<b>Retención urinaria</b> relacionado con obstrucción de tracto urinario y evidenciado por disuria, hematuria y ausencia de diuresis.	<b>050332</b> Retención urinaria (Desviación sustancial del rango normal 2)	3- Mantener limpia la zona genital con intervalos regulares. 4- Reducir la ingesta de líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama. 5- Proporcionar privacidad durante la evacuación.	3- Para conservar una correcta higiene y evitar otras infecciones bacterianas. 4- Así evitar levantarse durante toda la noche para orinar. 5- Brindar comodidad y el paciente se sienta relajado así mejorar el proceso de evacuación.	<b>050332</b> Retención urinaria (Desviación moderada del rango normal 3)

---

**0620**  
**Cuidados de la retención urinaria**

**ACTIVIDADES**

- 1- Supervisar el método y efectos de los tratamientos farmacológicos que influyen la evacuación de la vejiga.
- 2- Inducir el instintivo de la vejiga empleando frio en el abdomen mientras se deja circular el agua.
- 3- Indicar al paciente sobre la importancia del registro de la diuresis.
- 4- Monitorear entradas y salidas.
- 5- Insertar y monitorear un catéter uretral según sea necesario.

**Brindar asistencia en el alivio de la distensión de la vejiga.**

- 1- Para asegurarse que los medicamentos estén haciendo el efecto esperado y no cause más daños.
  - 2- Para facilitar la micción y estimular los nervios de la región abdominal.
  - 3- Así poder llevar un registro y poder identificar cambios anormales que indiquen alguna complicación.
  - 4- Para identificar si el cuerpo está recibiendo suficientes líquidos y eliminándolos adecuadamente.
  - 5- Esto permite hacer un vaciado completo así aliviarnos malestar y evitamos daños en la vejiga.
- 

**Fuente:** Datos obtenidos de la valoración al paciente.

**Tabla 2**

**Figura 1:** La evaluación del porcentaje de los resultados obtenidos del diagnóstico de enfermería: Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario evidenciado por disuria y ausencia de diuresis.

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
<b>DOMINIO: 3</b> Eliminación e Intercambio  <b>Clase 1:</b> Función urinaria  <b>Código:</b> 00023  <b>Retención urinaria</b> relacionado con obstrucción de tracto urinario y evidenciado por disuria y ausencia de diuresis.	<b>0503</b> Eliminación urinaria  <b>INDICADORES:</b>	<b>0610</b> Cuidados de la incontinencia urinaria <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Determinar los posibles orígenes que ocasionan la incontinencia. 2- Identificar las características de la orina como, olor, color, consistencia, volumen y la frecuencia. 3- Mantener limpia la zona genital con intervalos regulares. 4- Reducir la ingesta de líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama. 5- Proporcionar privacidad durante la evacuación.	x <b>70%</b>		x <b>30%</b>
	<b>050309</b> Dolor al orinar (Desviación sustancial del rango normal 2)	<b>0620</b> Cuidados de la retención urinaria <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Supervisar el método y efectos de los tratamientos farmacológicos que influyen la evacuación de la vejiga. 2- Inducir el instintivo de la vejiga empleando frío en el abdomen mientras se deja circular el agua. 3- Indicar al paciente sobre la importancia del registro de la diuresis. 4- Monitorear entradas y salidas. 5- Insertar y monitorear un catéter uretral según sea necesario.	<b>70%</b>		<b>30%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de las intervenciones que se realizaron al paciente.

Con respecto a la figura, se puede apreciar que el 70% de las intervenciones que se realizaron fueron ejecutadas favorablemente y dieron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 30% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada.

**Tabla 3**

**Diagnóstico de Enfermería:** Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento de las intervenciones de Enfermería	Evaluación de logro NOC
<b>DOMINIO: 11</b> Seguridad/ protección  <b>Clase 6:</b> Termorregulación  <b>Código: 00007</b>  <b>Hipertermia</b> relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia.	<b>0800</b> Termorregulación  <b>INDICADORES:</b>  <b>080019</b> Hipertermia (Desviación moderada del rango normal 3)  <b>080012</b> Frecuencia del pulso radial (Desviación moderada del rango normal 3)	<b>3786</b> Manejo de la temperatura  <b>ACTIVIDADES:</b>  1- Identificar el origen del aumento de la temperatura del cuerpo. 2- Colocar medicamento según indicación médica. 3- Paralizar cualquier actividad física y mantenerse en un ambiente fresco. 4- Desabrochar o retirar las prendas. 5- Administrar compresas frías según sea necesario.	<b>Control de síntomas y problemas                      asociados con el aumento de la                      temperatura corporal debido a infecciones                      o una exposición a temperaturas                      extremadamente altas.</b>  1- Para poder evitar complicaciones de la temperatura elevada. 2- Para poder aliviar los síntomas de la temperatura alta. 3- Para poder evitar colapsos y golpes de calor al paciente. 4- Para poder mantener al paciente cómodo y fresco. 5- Para poder bajar la calentura corporal.	<b>0800</b> Termorregulación  <b>INDICADORES:</b>  <b>080019</b> Hipertermia (Desviación leve del rango normal 4)  <b>080012</b> Frecuencia del puso radial (Desviación leve del rango normal 4)

---

**3900**

**Regulación de la temperatura**

**Mantenimiento de una temperatura corporal normal.**

**ACTIVIDADES**

- |   |  |
|---|--|
| 1- Identificar las causas probables de alguna posible alteración en la temperatura.             | 1- Para observar posibles complicaciones.  |
| 2- Monitorear los resultados de los exámenes de orina, los hemocultivos y hemogramas completos. | 2- Para tener un registro continuo y poder evaluar la evolución de los antibióticos.     |
| 3- Monitorear la temperatura corporal según protocolo médico.                                   | 3- Para poder tener un registro y actuar de manera oportuna.                             |
| 4- Monitorear funciones vitales según indicación.   | 4- Para poder observar alguna alteración que comprometa el estado de salud del paciente. |
| 5- Educar al paciente sobre la importancia de ingesta de líquidos.                              | 5- Para poder mantenerlo hidratado.  |

---

**Fuente:** Datos obtenidos de la valoración del paciente.

**Tabla 4**

**Figura 2:** La evaluación del porcentaje de los resultados obtenidos del diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia.

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
<b>DOMINIO: 11</b> Seguridad/ protección  <b>Clase 6:</b> Termorregulación  <b>Código: 00007</b>  <b>Hipertermia</b> relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia.	<b>0800</b> Termorregulación  <b>INDICADORES:</b>  <b>080019</b> Hipertermia (Desviación moderada del rango normal 3)	<b>3786</b> Manejo de la temperatura <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Identificar el origen del aumento de la temperatura del cuerpo. 2- Colocar medicamento según indicación médica. 3- Paralizar cualquier actividad física y mantenerse en un ambiente fresco. 4- Desabrochar o retirar las prendas. 5- Administrar compresas frías según sea necesario.	x <b>90%</b>		x <b>10%</b>
	<b>080012</b> Frecuencia del pulso radial (Desviación moderada del rango normal 3)	<b>3900</b> Regulación de la temperatura <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Identificar las causas probables de alguna posible alteración en la temperatura. 2- Monitorear los resultados de los exámenes de orina, los hemocultivos y hemogramas completos. 3- Monitorear la temperatura corporal según protocolo médico. 4- Monitorear funciones vitales según indicación. 5- Educar al paciente sobre la importancia de ingesta de líquidos	90%		10%

**Fuente:** Resultados obtenidos de las intervenciones que se realizaron al paciente.

Con respecto a la figura, se puede apreciar que el 90% de las intervenciones que se realizaron fueron ejecutadas favorablemente y dieron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 10% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la alta persistencia de alza térmica.

**Tabla 5**

**Diagnóstico de Enfermería:** Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas. EVA 8/10.

<b>Diagnóstico de Enfermería NANDA</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>	<b>Fundamento de las intervenciones de Enfermería</b>	<b>Evaluación de logro NOC</b>
<b>DOMINIO: 12</b> Confort	<b>2102</b> Nivel del dolor	<b>2210</b> <b>Administración de analgésicos.</b>	<b>Uso de medicamentos para reducir o eliminar el dolor.</b>	<b>2102</b> Nivel del dolor
<b>Clase 1:</b> Confort físico	<b>INDICADORES:</b>	<b>ACTIVIDADES:</b>		<b>INDICADORES:</b>
<b>Código:</b> 00132	<b>210201</b> Intensidad del dolor referido (Desviación sustancial del rango normal 2)	1- Registrar los descubrimientos del dolor que indique el paciente. 2- Verificar ordenes medicas de dosificación y frecuencia del analgésico.	1- Para tener un reporte de los antecedentes y actuar de manera oportuna. 2- Para asegurarnos de una correcta administración del medicamento.	<b>210201</b> Intensidad del dolor referido (Desviación leve del rango normal 4)
<b>Dolor agudo</b> relacionado con lesión por agentes biológicos y evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas. EVA 8/10.	<b>210206</b> Expresiones faciales de dolor (Desviación sustancial del rango normal 2)	3- Identificar la aparición, localización, duración, e intensidad del dolor antes de administrar medicamentos al paciente. 4- Revisar el antecedente de alergias a medicinas. 5- Seleccionar el calmante o la mezcla de analgésicos convenientes cuando haya más de uno.	3- Para poder actuar eficazmente y brindar tratamiento adecuado. 4- Para así poder evitar alguna reacción adversa. 5- Para poder brindar un tratamiento efectivo y seguro.	<b>210206</b> Expresiones faciales de dolor (Desviación leve del rango normal 4)

---

**1410**  
**Manejo del dolor agudo**

**ACTIVIDADES**

- 1- Observar si existen señales no verbales de incomodidad.
- 2- Certificar que el paciente reciba los analgésicos antes de que el dolor se intensifique.
- 3- Cumplir con las normas correspondientes del centro en la elección de analgésicos y dosis.
- 4- Colocar analgésicos utilizando la vía menos invasiva posible, evadiendo la vía intramuscular.
- 5- Comunicar al médico si las medidas de control del dolor no tienen los resultados esperados.

**Alivio o disminución del dolor a un nivel tolerable para el paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño tisular causado por traumatismos, cirugía o lesión.**

- 1- Para poder intervenir y proporcionar un alivio.
- 2- Para evitar un malestar innecesario al paciente evitando que el nivel del dolor se intensifique.
- 3- Para poder minimizar los riesgos de efectos secundarios.
- 4- Para reducir riesgo de infecciones o lesiones en el sitio de administración.
- 5- Así poder reajustar la medicación.

---

**Fuente:** Datos obtenidos de la valoración al paciente.

**Tabla 6**

Figura 3: La evaluación del porcentaje de los resultados obtenidos del diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas. EVA 8/10.

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
<b>DOMINIO: 12</b> Confort	<b>2102</b> Nivel del dolor	<b>2210</b> Administración de analgésicos.			
<b>Clase 1:</b> Confort físico	<b>INDICADORES:</b>  <b>210201</b> Intensidad del dolor referido (Desviación sustancial del rango normal 2)	<b>ACTIVIDADES:</b> 1- Registrar los descubrimientos del dolor que indique el paciente. 2- Verificar ordenes medicas de dosificación y frecuencia del analgésico. 3- Identificar la aparición, localización, duración, e intensidad del dolor antes de administrar medicamentos al paciente. 4- Revisar el antecedente de alergias a medicinas. 5- Seleccionar el calmante o la mezcla de analgésicos convenientes cuando haya más de uno.	<b>x</b> <b>85%</b>		<b>x</b> <b>15%</b>
<b>Código:</b> 00132 <b>Dolor agudo</b> relacionado con lesión por agentes biológicos y evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas.	<b>210206</b> Expresiones faciales de dolor (Desviación sustancial del rango normal 2)	<b>1410</b> Manejo del dolor agudo <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Observar si existen señales no verbales de incomodidad. 2- Certificar que el paciente reciba los analgésicos antes de que el dolor se intensifique. 3- Cumplir con las normas correspondientes del centro en la elección de analgésicos y dosis. 4- Colocar analgésicos utilizando la vía menos invasiva posible, evadiendo la vía intramuscular. 5- Comunicar al médico si las medidas de control del dolor no tienen los resultados esperados. .	<b>85%</b>		<b>15%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de las intervenciones que se realizaron al paciente.

Con respecto a la figura, se puede apreciar que el 85% de las intervenciones que se realizaron fueron ejecutadas favorablemente y dieron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 15% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido al estado crítico de la función renal.

**Tabla 7**

**Diagnóstico de Enfermería:** Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>	<b>Fundamento de las intervenciones de Enfermería</b>	<b>Evaluación de logro NOC</b>
<b>NANDA</b>				
<b>DOMINIO: 11</b> Seguridad/ protección	<b>1924</b> Control del riesgo: proceso infeccioso	<b>6540</b> <b>Control de infecciones</b>	<b>Restar el contagio y la transferencia de agentes infecciosos.</b>	<b>1924</b> Control del riesgo: proceso infeccioso
<b>Clase 1:</b> Infección	<b>INDICADORES:</b>	<b>ACTIVIDADES:</b>	1- Es importante para una prevención a la propagación de infecciones.	<b>INDICADORES:</b>
<b>Código:</b> 00004	<b>192426</b> Identifica los factores de riesgo de infección (Raramente demostrado 2)	1- Lavado de manos o utilización de un antiséptico antes y después de cada actividad asistencial.	2- Así reducir el riesgo a la contaminación y una administración segura.	<b>192426</b> Identifica los factores de riesgo de infección (Frecuentemente demostrado 4)
<b>Riesgo de infección</b> por factor de riesgo de procedimiento invasivo.	<b>192405</b> Identifica los signos y síntomas de la infección (Raramente demostrado 2)	2- Conservar los fundamentos básicos de la técnica aséptica al preparar y administrar medicamentos parenterales.	3- Para minimizar la posibilidad de bacterias ingresen por el tracto urinario y así proteger al paciente.	<b>192405</b> Identifica los signos y síntomas de la infección (Frecuentemente demostrado 4)
		3- Cumplir con los protocolos del cuidado de sondas urinarias y normas basadas en la seguridad para minimizar el peligro de infección.	4- Para evitar la resistencia a los antibióticos y que los medicamentos sigan siendo efectivos.	
		4- Conservar un uso prudente de antibióticos.	5- Para promover practicas adecuadas de higiene y cuidado.	
		5- Enseñar al paciente y sus familiares sobre como impedir las contaminaciones en las zonas.		

---

<p><b>5649</b> Enseñanza: control de infecciones.</p> <p><b>ACTIVIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Comprobar los niveles de percepción relacionados con la contaminación y la transmisión de agentes infectados.</li> <li>2- Evaluar las maniobras actuales de cuidado de infecciones.</li> <li>3- Proponer recomendaciones acerca de la higiene corporal rutinaria.</li> <li>4- Promover el descanso.</li> <li>5- Comunicar sobre los indicios de alguna posible infección y saber en que momento ponerse en comunicación con el profesional sanitario.</li> </ol>	<p><b>Brindar educación para minimizar el contagio y la transmisión de agentes infecciosos.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Para planificar estrategias educativas y preventivas con información efectiva a las necesidades del paciente.</li> <li>2- Para identificar mejoras y asegurarse que las medidas sean efectivas.</li> <li>3- Para promover limpieza y prevención de infecciones.</li> <li>4- Para un descanso adecuado del cuerpo y mente.</li> <li>5- Para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados del paciente.</li> </ol>
--	---

---

**Fuente:** Datos obtenidos de la valoración al paciente.

**Tabla 8**

Figura 4: La evaluación del porcentaje de los resultados obtenidos del diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo.

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
<b>DOMINIO: 11</b> Seguridad/ protección <b>Clase 1:</b> Infección  <b>Código:</b> 00004  <b>Riesgo de infección</b> por factor de riesgo de procedimiento invasivo.	<b>1924</b> Control del riesgo: proceso infeccioso  <b>INDICADORES:</b>  <b>192426</b> Identifica los factores de riesgo de infección (Raramente demostrado 2)  <b>192405</b> Identifica los signos y síntomas de la infección (Raramente demostrado 2)	<b>6540</b> Control de infecciones <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Lavado de manos o utilización de un antiséptico antes y después de cada actividad asistencial. 2- Conservar los fundamentos básicos de la técnica aséptica al preparar y administrar medicamentos parenterales. 3- Cumplir con los protocolos del cuidado de sondas urinarias y normas basadas en la seguridad para minimizar el peligro de infección. 4- Conservar un uso prudente de antibióticos. 5- Enseñar al paciente y sus familiares sobre como impedir las contaminaciones en las zonas. <b>5649</b> Enseñanza: control de infecciones. <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Comprobar los niveles de percepción relacionados con la contaminación y la transmisión de agentes infectados. 2- Evaluar las maniobras actuales de cuidado de infecciones. 3- Proponer recomendaciones acerca de la higiene corporal rutinaria. 4- Promover el descanso. 5- Comunicar sobre los indicios de alguna posible infección y saber en qué momento ponerse en comunicación con el profesional sanitario.	<b>x</b> <b>80%</b>		<b>x</b> <b>20%</b>
			<b>80%</b>		<b>20%</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos de las intervenciones que se realizaron al paciente.

Con respecto a la figura, se puede apreciar que el 80% de las intervenciones que se realizaron fueron ejecutadas favorablemente y dieron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 20% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados.

**Tabla 9**

**Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física.

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>	<b>Criterios de Evaluación NOC</b>	<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>	<b>Fundamento de las intervenciones de Enfermería</b>	<b>Evaluación de logro NOC</b>
<b>NANDA</b>				
<b>DOMINIO: 11</b> Seguridad/ protección	<b>1942</b> Control del riesgo: lesión por presión	<b>3520</b> <b>Cuidados de las lesiones por presión.</b>	<b>Promover la cicatrización de las lesiones por presión.</b>	<b>1942</b> Control del riesgo: lesión por presión
<b>Clase 2:</b> Lesión física	<b>INDICADORES:</b>	<b>ACTIVIDADES:</b>		<b>INDICADORES:</b>
<b>Código:</b> 00047	<b>194212</b> Identifica las limitaciones de movilidad (A veces demostrado 3)	1- Contar las particularidades de las lesiones por presión teniendo en cuenta el tamaño. 2- Monitorear el tono, la calentura la humedad y el semblante de la piel circulante. 3- Higienizar la piel con jabón espuma suave y agua como corresponda.	1- Para poner tener un registro de la evolución de la herida y ajustar el tratamiento. 2- Para identificar algún cambio que pueda dar inicio a una complicación. 3- Para mantener la higiene y prevenir infecciones y obtener una cicatrización adecuada.	<b>194212</b> Identifica las limitaciones de movilidad (Frecuentemente demostrado 4)
<b>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b> con factor de riesgo de disminución de la movilidad física.	<b>194213</b> Cambia de postura al menos cada 2 horas (A veces demostrado 3)	4- Higienizar con una solución adecuada y no toxica. 5- Utilizar suero fisiológico pomadas y apósitos según prescripción médica.	4- Para una limpieza segura y adecuada sin causar más daño adicional. 5- Así garantizar una correcta cicatrización y evitar complicaciones.	<b>194213</b> Cambia de postura al menos cada 2 horas (Frecuentemente demostrado 4)

---

**3540**  
**Prevención de las lesiones por presión.**

**ACTIVIDADES:**

- 1- Efectuar una examinación total de la piel.
- 2- Saber reconocer los factores de riesgo.
- 3- Registrar el aspecto de piel regularmente y según el protocolo del establecimiento de salud.
- 4- Erradicar la humedad descomunal de la piel, como la traspiración.
- 5- Usar camas y colchones especiales según sea necesario.

**Prevención de daños en la piel por presión o fricción.**

- 1- Para identificar cualquier signo de daño de infección o algún cambio que requiera atención médica.
- 2- Para poder hacer una adaptación al plan de cuidados.
- 3- Para monitorear cualquier cambio o deterioro de la piel para poder intervenir rápidamente.
- 4- Para prevenir algún tipo de infección.
- 5- Para la prevención de úlceras por presión y mejorar la comodidad del paciente.

---

**Fuente:** Datos obtenidos de la valoración al paciente.

**Tabla 10**

Figura 5: La evaluación del porcentaje de los resultados obtenidos del diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física.

Diagnóstico de Enfermería	Criterios de Evaluación NOC	Intervenciones de Enfermería	Colocar un aspa (x) en el casillero según corresponda		
			Se ejecuto	No se ejecuto	En proceso
<b>DOMINIO: 11</b> Seguridad/ protección	<b>1942</b> Control del riesgo: lesión por presión	<b>3520</b> Cuidados de las lesiones por presión. <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Contar las particularidades de las lesiones por presión teniendo en cuenta el tamaño. 2- Monitorear el tono, la calentura la humedad y el semblante de la piel circulante. 3- Higienizar la piel con jabón espuma suave y agua como corresponda. 4- Higienizar con una solución adecuada y no toxica. 5- Utilizar suero fisiológico pomadas y apósitos según prescripción médica.	<b>x</b> <b>75%</b>		<b>x</b> <b>25%</b>
<b>Clase 2:</b> Lesión física	<b>INDICADORES:</b> <b>194212</b> Identifica las limitaciones de movilidad (A veces demostrado 3)	<b>3540</b> Prevención de las lesiones por presión. <b>ACTIVIDADES:</b> 1- Efectuar una examinación total de la piel. 2- Saber reconocer los factores de riesgo. 3- Registrar el aspecto de piel regularmente y según el protocolo del establecimiento de salud. 4- Erradicar la humedad descomunal de la piel, como la traspiración. 5- Usar camas y colchones especiales según sea necesario.	<b>75%</b>		<b>25%</b>
<b>Código:</b> 00047 <b>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b> con factor de riesgo de disminución de la movilidad física.	<b>194213</b> Cambia de postura al menos cada 2 horas (A veces demostrado 3)				

**Fuente:** Resultados obtenidos de las intervenciones que se realizaron al paciente.

Con respecto a la figura, se puede apreciar que el 75% de las intervenciones que se realizaron fueron ejecutadas favorablemente y dieron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 25% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados.

## CAPITULO IV. DISCUSIÓN

### 4.1 Discusión

Este estudio de un caso clínico aplicado en el paciente adulto maduro diagnosticado con pielonefritis, en el cual se procedió a realizar las intervenciones de Enfermería para la mejoría del paciente y así poder aplicar los cuidados correctos del profesional de Enfermería.

Como se pudo observar en el primer diagnóstico de Enfermería: Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario y evidenciado por disuria y ausencia de diuresis, se aprecia que el 70% de las intervenciones fueron ejecutadas prósperamente y proporcionaron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 30% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada. Lo que el NANDA nos dice en su definición: Es el vaciado vesical incompleto (13).

Como se pudo observar en el segundo diagnóstico de Enfermería: Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia, se puede apreciar que el 90% de las intervenciones fueron ejecutadas propiciamente y facilitaron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 10% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada. Lo que el NANDA nos dice en su definición: Es la temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación (13).

Como se pudo observar en el tercer diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos y evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas, se puede apreciar que el 85% de las intervenciones fueron realizadas favorablemente y proporcionaron resultados esperados para el alivio del paciente. Por otro lado, solo el 15% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada. Lo que el NANDA nos dice en su definición: Es la experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación internacional para el estudio del dolor); de inicio repentino o predecible y con una duración menor de 3 meses (13)

Como se pudo observar en el cuarto diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo, se logra apreciar que el 80% de las intervenciones fueron consumadas favorablemente y proporcionaron resultados esperados para la recuperación del paciente. Por otro lado, solo el 20% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada. Lo que el NANDA nos dice en su definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud (13).

Como se pudo observar en el quinto diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física, se puede apreciar que el 75% de las intervenciones que se realizaron fueron realizadas favorablemente y proporcionaron resultados esperados para la curación del paciente. Por otro lado, solo el 25% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada. Lo que el NANDA nos dice en su definición: Susceptible a una alteración de la epidermis y/o de la dermis que puede comprometer la salud (13).

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

Con referencia al este estudio sobre la ejecución del proceso de atención de Enfermería, se puede concluir con los siguientes datos obtenidos sobre los diagnósticos aplicados:

En el diagnóstico de Enfermería Retención urinaria relacionado con obstrucción de tracto urinario y evidenciado por disuria y ausencia de diuresis, se aprecia que el 70% de las intervenciones fueron ejecutadas prósperamente y proporcionaron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 30% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada.

Sobre el diagnóstico de Enfermería Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia, se puede apreciar que el 90% de las intervenciones fueron ejecutadas propiciamente y facilitaron resultados esperados para la mejoría del paciente. Por otro lado, solo el 10% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada.

En el diagnóstico de Enfermería Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos y evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas, se puede apreciar que el 85% de las intervenciones fueron realizadas favorablemente y proporcionaron resultados esperados para el alivio del paciente. Por otro lado, solo el 15% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada.

En el diagnóstico de Enfermería Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo, se logra apreciar que el 80% de las intervenciones fueron consumadas favorablemente y proporcionaron resultados esperados para la recuperación del paciente. Por otro lado, solo el 20% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada.

Por último, en el diagnóstico de Enfermería Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física, se puede apreciar que el 75% de las intervenciones que se realizaron fueron realizadas favorablemente y proporcionaron resultados esperados para la curación del

paciente. Por otro lado, solo el 25% de las intervenciones aún no se obtienen los datos esperados debido a la enfermedad avanzada.

## **5.2 Recomendaciones**

Con respecto al diagnóstico de Enfermería de Retención urinaria relacionado con una obstrucción de tracto urinario y evidenciado por disuria y ausencia de diuresis, las intervenciones que aún no dan los resultados esperados se recomiendan al paciente mantenerse debidamente hidratado para disminuir la concentración de la orina, también se les recomienda a los familiares ayudarlo con la movilización si es necesario y aplicar técnicas de relajación muscular para ayudar con la micción.

Cuando hablamos del diagnóstico de enfermería de Hipertermia relacionada con deshidratación, evidenciado por rubor, piel caliente al tacto y taquicardia, las intervenciones que aún no dan los resultados esperados se recomiendan al paciente y a la familia asegurarse de mantener un ambiente ventilado y fresco para mantener una temperatura ambiental adecuada, así como una vestimenta fresca y ligera, baños con compresas frías y sobre todo un seguimiento médico oportuno.

Por otro lado, con el diagnóstico de Enfermería de Dolor agudo relacionado con lesión por agentes biológicos y evidenciado por intensidad del dolor verbalizada por el paciente según escalas estandarizadas, las intervenciones que aún no dan los resultados esperados se recomiendan al paciente y a la familia implementar técnicas de relajación como lo es una respiración profunda, la meditación y terapias de distracción para ayudar a reducir la percepción del dolor.

Con respecto al diagnóstico de Enfermería de Riesgo de infección por factor de riesgo de procedimiento invasivo, las intervenciones que aún no dan los resultados esperados se recomiendan al paciente y a la familia cuidados en los sitios de procedimientos, una limpieza adecuada siguiendo las instrucciones del personal de salud y el uso adecuado de los antibióticos para evitar alguna resistencia al medicamento.

Y, por último, con el diagnóstico de Enfermería de Riesgo de deterioro de la integridad cutánea con factor de riesgo de disminución de la movilidad física, las intervenciones que aún no dan los resultados esperados se recomiendan al paciente y a la familia cambios de posición cada dos horas, uso de colchones anti

escaras para reducir el riesgos de úlceras por presión, una examinación diaria de la piel para detectar cualquier signo temprano del deterioro y ejercicios supervisados para que ayuden a la circulación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lorenzo Gómez M, Fraile Gómez M, Macías Núñez J. Nefrología y Urología [Internet]. 1ª ed. España: Ediciones Universidad de Salamanca; 2021 [citado 7 de octubre 2024]. 580 p. Disponible de: <https://eusal.es/eusal/catalog/download/978-84-1311-481-1/5580/6417-1?inline=1>
- 2- Delgado Vicente M, Lecaroz Agara C, Barrios Andrés J, Canut Blasco A. Pielonefritis aguda complicada y no complicada en urgencias: indicadores de proceso y resultado [Internet]. Revista científica de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias; 2017 [citado 7 de octubre 2024]. Vol 29. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5826654>
- 3- Espinoza F, Perez M, Blanco B, Pielonefritis aguda recurrente en mujeres. Rev, cubana med. 2013; 52 (3): 161-172. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45178>
- 4- Laccourreye O. Maisonneuve H. Las revistas científicas medicas francesas ante la evolucion de la redaccion médica y la tranformacion de la prensa médica. A, europeos de otorrinolaringología, enf, de cabeza y cuello. 2019; 136 (6): 475-480. Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256509723410>
- 5- Alconcher L, Tombesi M. Relacion entre pielonefritis aguda, daño renal y reflujo vesicoureteral. Arch. Argent. Pediatr. 2007; 105(3): 211-215. Disponible de: [https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000300006&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752007000300006&script=sci_arttext&tlng=en)
- 6- Carreño c, Gomez L, Ojeda M, Parra P, Quiroz S. Pielonefritis aguda, análisis descriptivo de la situación epidemiológica de la hospitalización y mortalidad en Chile. Rev, Conflu. 2020; 3 (2): 26-31. Disponible de: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/454>
- 7- Santa Cruz F, Avalos H, Melgarejo L, Walder A, Velazquez G, Chirico C. Rol de la semiologia en la cistitis y la pielonefritis aguda: análisis en pacientes de Medicina Interna del Hospital de Clínicas, Paraguay. Rev, virtual soc. paraguaya de med, intr. 2020; 7 (1): 30-41. Disponible de: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2312-38932020000100030&lang=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932020000100030&lang=es)

- 8- Heredia K, Complicaciones obstétricas relacionadas al tipo de infección de vías urinarias en las gestantes [tesis especialidad]. Perú: Universidad San Martín de Porres; 2021. 41p. Disponible en:  
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8582>
- 9- Siu A, Chung B. Pielonefritis aguda y gestación. Rev, peruana de Gineco y Obstetricia. 2001; 47 (3): 171-176. Disponible de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9506380>
- 10- Damian J, Santisteban D, Cuidado a la persona con hiperémesis gravídica y pielonefritis [tesis bachiller]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2024. 45p. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/75008>
- 11- Janice L, Kerry H. Brunner y Suddarth Enfermería Medicoquirúrgica [Internet]. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019 [citado 06 de noviembre 2024]. 5021p. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Brunner-y-Suddarth-Enfermeria-medicoquirurgica-14a-Edicion-pdf.pdf>
- 12- Maliandi, Gustavo. Practica uróloga [Internet]. 1ª ed. Vol.1. La Plata: Universidad Nacional de la Plata, 2010 [ citado 06 de noviembre 2024]. 142p. Disponible en:  
[file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/Rar\\$DIb13212.34687.rartemp/Practica%20Urologica.pdf](file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/Rar$DIb13212.34687.rartemp/Practica%20Urologica.pdf)
- 13- Heather T, Kamitsuru S, Takáo C. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. Vol. 1. España: Elsevier; 2021. 609p.
- 14- Bookers C. Diccionario Medico [Internet]. 16ª ed. Vol.1. México: Editorial El Manual Moderno; 2008 [citado 06 de noviembre 2024]. 586p. Disponible en:  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HKxfDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=diccionario+medico&ots=qzQyC16EXf&sig=7u\\_Er1lpGV8pwGTok2uYk\\_mDPS2o#v=onepage&q=dolor%20agudo&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HKxfDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=diccionario+medico&ots=qzQyC16EXf&sig=7u_Er1lpGV8pwGTok2uYk_mDPS2o#v=onepage&q=dolor%20agudo&f=false)
- 15- Hernández R. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª ed. Vol. 1. México: McGraw-Hill; 2014 [citado 06 de noviembre 2024]. 632p. Disponible en:  
<https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

# ANEXOS

## Anexo A: Formato Valoración Marjory Gordon.

**UMA** | Universidad María Auxiliadora  
Calidad Académica con Compromiso Social

**DATOS GENERALES** VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

Nombre del paciente: Julia Paredes Polo Fecha de Nacimiento: 13-01-56 Edad: 60 Dirección: S.J.L  
 Fecha de ingreso al servicio: 15-08-24 Hora: 11:07 Persona de referencia: Telf: 970675970

Procedencia: Admisión ( ) Emergencia ( ) Otro hospital (X) Otro ( )  
 Forma de llegada: Ambulatorio (X) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) Otro ( )  
 Peso: 53 kg Estatura: 1.20 Pallas: FC. LOS FR: 25 T°: 39.2

Fuente de información: Paciente (X) Familiar ( ) Otro ( )

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:**  
 HTA ( ) DM ( ) Gastritis/Úlcera ( ) Asma ( ) TBC ( ) Otros: ITV Cirugías Si (X) No ( )  
 Especifique: Apandicitomía Fecha: 2014 Alergias y otras reacciones: Fármacos ( ) Alimentos ( )  
 Signos y síntomas: Otros: \_\_\_\_\_ Dx. Médico: Pielonefritis

**VALORACION DE ENFERMERIA SEGUN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRON 1: PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD**

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? \_\_\_\_\_  
 Estado de enfermedad: Controlada: Si ( ) No (X)  
 Herida Quirúrgica: \_\_\_\_\_  
 Estilos de vida/Hábitos  
 USO DE TABACO: SI ( ) NO ( ) USO DE ALCOHOL: SI ( ) NO ( )  
 Cant/Frec. \_\_\_\_\_ Cant/Frec. \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Consumo de medicamentos con o sin indicación:  
 ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis  
 \_\_\_\_\_  
 Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad: \_\_\_\_\_  
 Estado de higiene: Corporal: Mal estado  
 Hogar: \_\_\_\_\_  
 Comunidad: \_\_\_\_\_  
 Estilo de alimentación: \_\_\_\_\_  
 Termorregulación: Inefectiva ( ) Motivo: \_\_\_\_\_  
 Hipertermia (X) Hipotermia ( ) Temperatura: 39.2°C  
 Vías aéreas permeables Si ( ) No ( ) Secreciones ( ) Otros ( )  
 Alergias: Látex ( ) Otros ( ) \_\_\_\_\_  
 Test del Apgar: al minuto \_\_\_\_\_ a los 5 minutos \_\_\_\_\_

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?
- ¿Cómo es su temperatura y termorregulación habitual?

**PATRON 2: NUTRICIONAL - METABOLICO**  
 Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si (X) No ( )  
 Apetito: Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )

Dific. Para deglutir: No (X) Si ( ) Motivo: \_\_\_\_\_  
 Náuseas (X) Pirosis ( ) Vómitos (X) Cant: 3-5 veces/día  
 SNG: No (X) Si ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Abdomen: Normal (X) Distendido ( ) Doloroso ( )  
 Ruidos hidroaéreos: Aumentado ( ) Disminuido ( ) Ausente ( )  
 Drenaje: No (X) Si ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
 Hidratación piel: Seca (X) Turgente ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
 Estado de piel y mucosas: Deshidratada  
 Edema: No ( ) Si ( ) Tipo y localización: \_\_\_\_\_  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 Aliment. Niño: Lactancia No ( ) Motivo: \_\_\_\_\_  
 Lactancia Si ( ) Frecuencia: \_\_\_\_\_ Exclusiva ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
 Dentición: \_\_\_\_\_  
 Diagnósticos nutricionales: Normal ( )  
 Desnutrición global: Leve ( ) Moderada ( ) Severa ( )  
 Desnutrición Crónica: Leve ( ) Moderada ( ) Severa ( )  
 Riesgos Nutricionales: \_\_\_\_\_ Obesidad ( )  
 DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO: Normal ( )  
 Riesgo ( ) Retraso ( ) en:  
 Motricidad: Gruesa ( ) Fina ( )  
 Lenguaje ( ) Coordinación ( ) Social ( )  
 Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_  
 FACTORES DE RIESGO: Nutricional (X) Ceguera ( ) Pobreza ( )  
 Lesión cerebral ( ) Enfermedad mental ( )  
 ADULTO: NUTRICIÓN: IMC: 18  
 Normal ( ) Delgadez (X) Obesidad ( )  
 DESARROLLO:  
 Signos de incapacidad para mantener su desarrollo  
 Anorexia ( ) Fatiga ( ) Deshidratación ( ) Enfermedad (X)  
 Dificultad para razonar ( )  
 Otros ( ) \_\_\_\_\_

¿Qué come frecuentemente su niño? \_\_\_\_\_  
 Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas? ¿Qué temperatura corporal tiene?
- Portador de algún dispositivo de ayuda sondas, estomas, etc

**PATRON 3: ELIMINACION**  
 Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día: \_\_\_\_\_

Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( ) Ostomía ( )  
 Comentarios Adicionales.....  
 Hábitos Vesicales: Frecuencia..... Disuria (X)  
 Retención (X) Incontinencia ( ) Otros.....  
 Edema: No (X) Si ( ) Tipo y localización.....  
 Sistemas de ayuda: Si ( ) No ( ) Pañal ( )  
 Sonda (X) Fecha coloc..... Colector ( ) Fecha coloc.....  
 Hábitos alimentarios.....  
 Consumo de líquidos.....  
 Ruidos Respiratorios: Claros (X) Sibilancias ( ) Estertores ( )  
 Secreciones traqueobronquiales ( ) Disnea ( ) Cianosis ( )  
 Palidez ( ) Otro.....  
 Comentarios Adicionales.....

**Escala de Norton:**

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Deambula	total	ninguna	4
Mediano	Apatico	Disminuida	Camina con ayuda	ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Puntuación	5 a 9	10 a 12	13 a 14	mayor 14
Riesgo	Muy alto	Alto	Medio	No riesgo

**Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner**

GRADO	LESION	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlceras profunda más absceso	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Clase 0 : Sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa  
 Clase 1 : Telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar  
 Clase 2 : Venas Varicosas  
 Clase 3 : Edema sin cambios cutáneos  
 Clase 4 : Cambios cutáneos debido a la insuficiencia venosa (eczema venoso, lipo-dermato-esclerosis)  
 Clase 5 : Cambios cutáneos, con úlcera cicatrizada  
 Clase 6 : Úlcera activa

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

**PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO**

**Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
Bañarse	INDEPENDIENTE : Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE : incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE : Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos

Usar Retrete	DEPENDIENTE : No se viste solo INDEPENDIENTE : No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la baño. Usa el baño DEPENDIENTE : incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE : Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE : Incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña
Alimentación	INDEPENDIENTE : Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE : Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

**Clasificación**

- A. Independientemente en todas las actividades
- B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una.
- C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
- D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
- E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional
- F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional
- G. Dependiente en las seis funciones

Aparatos de ayuda: Ninguno ( ) Muletas ( ) Andador ( )  
 S. de Ruedas ( ) Bastón ( ) otros ( )

Movilidad de miembros: Contracturas ( ) Flacidez ( ) Parálisis ( )

Fuerza Muscular: Conservada ( ) Disminuida (X)

Fatiga Si ( ) No ( ) Otros motivos de déficit de autocuidado.....

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

Pulso ( ) Irregular ( )  
 Pulso periférico : Pedio ( ) ( ) ..... ( ) ( )  
 Popliteo ( ) ( ) ..... ( ) ( )

0 = AUSENCIA

+1 = DISMINUCION NOTABLE

+2 = DISMINUCION MODERADA

+3 = DISMINUCION LEVE

+4 = PULSACION NORMAL

Edema Si ( ) No ( ) Localización.....  
 + ( 0 - 0.65cm.) ++ (0.65 - 1.25cm.) +++(1.25 - 2.50cm)

Riesgo periférico:

Extremidades Superiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fria ( )

Extremidades Inferiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fria ( )

Presencia de líneas Invasivas.....

ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular ( ) Irregular ( )

Disnea ( ) Cianosis ( ) Fatiga ( ) Otro ( )

Gasometría..... Comentarios Adicionales.....

Traqueostomía No ( ) Si ( )..... SatO<sub>2</sub>.....

Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico.....

**Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada**

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente
2. La Disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3. La Disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 90 metros o después de pocos minutos de andar en llano.
4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Perfusión tisular: Renal Hematuria (X) Oliguria ( ) Anuria ( )  
 BUN:..... Creatinina:..... P.T. Cerebral:.....  
 Habla..... Pupilas..... Parálisis ( )  
 P. T. Gastrointestinales..... Sonidos ( ) Hipo ( )  
 Náuseas ( ) PT. Cardiopulmonar.....  
 PT Periférica: Palidez Extrema ( )

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Que grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?
- ¿Es portador de yeso o estructura de yeso?
- ¿Presencia o riesgo de úlceras o heridas?

**PATRON 5: SUEÑO DESCANSO**

Horas de sueño: 7-8 horas Problemas para dormir:

Si (X) No ( ) tiempo: ..... minutos  
 Toma algo para dormir Si ( ) No ( )  
 Padece de insomnio ( ) Pesadillas ( )  
 Conciliar el sueño adecuadamente si ..... No X  
 Excesiva somnolencia  
 Cuántas veces se ha despertado por la noche: .....

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Toma alguna sustancia para dormir?
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día?
- ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

**PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL**

Estado de inconsciencia: No (X) Si ( ) Tiempo: .....

**NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW)**

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4 (X) Espontanea	5 (X) Orientado mantiene conversación	6 (X) Obedece ordenes
3 ( ) A la voz	4 ( ) Confuso	5 ( ) Localiza el dolor
2 ( ) Al dolor	3 ( ) Palabras inapropiadas	4 ( ) Se retira
1 ( ) No responde	2 ( ) Sonido incomprensibles	3 ( ) Flexión anormal
	1 ( ) No responde	2 ( ) Extensión Anormal
		1 ( ) No responde

Orientado: Tiempo (X) Espacio (X) Persona (X)  
 Lagunas mentales: Frecuentes ( ) Espaciados ( )  
 Alteración en el proceso del pensamiento: Si ( ) No ( )  
 Alteraciones sensoriales: Visuales ( ) Auditivas ( ) Cenésteicas ( )  
 Gustativas ( ) Táctiles ( ) Olfatorias ( ) Otro:.....  
**COMUNICACIÓN:**

Alteración del habla ( ) Alteración del Lenguaje ( )  
 Barreras: Nivel de conciencia ( ) Edad ( ) Barrera Física ( )  
 Diferencias culturales ( ) Medicamentos ( ) Autoestima ( )  
 Barrera Psicológica ( ) Alteración de la percepción ( )  
 Incapacidades: Invalidez ( ) Ceguera ( ) Demencia ( )  
 Dolor / Molestias: No ( ) Si (X) Crónica ( ) Aguda (X)

Especificar intensidad Intensidad 8/10 (EVA)  
 Tiempo y frecuencia.....  
 Náuseas: No ( ) Si (X) Motivo: Enfermedad

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audifono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?
- ¿Muestra alguna discapacidad a nivel visual, tacto, etc.?
- ¿Caidas o riesgos personales/ambientales?
- ¿Tiene dolor?
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico?
- ¿Qué medidas toma para controlar?
- ¿Se automedica?

**PATRON 7 : AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO**

Concepto de si mismo:.....  
 Sensación de fracaso: Familia ( ) Trabajo ( ) Otro ( )  
 Especifique..... Tiempo.....  
 Cuidado de su persona  
 Corporal.....  
 Vestimenta.....  
 Alimentación.....  
 Aceptación en la familia y comunidad: Si ( ) No ( )  
 Motivo.....  
 Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: Ansiedad ( )  
 Indiferencia ( ) Desesperanza ( ) Rechazo ( )  
 Comentarios.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Cómo se ve a si mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

**PATRON 8 : ROL/RELACIONES**

Estado Civil ..... Profesión/Ocupación.....  
 Con quien vive: Solo ( ) Con su familia ( ) Otros ( )  
 Fuentes de apoyo: Familia ( ) Amigos ( ) Otros ( )  
 Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o niños  
 Desinterés ( ) Negligencia ( ) Desconocimiento ( )  
 Cansancio ( ) Otros.....  
 Composición familiar:  
 Divorcio ( ) Muerte ( ) Nacimiento de un nuevo ser ( )  
 Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos  
 Conflictos familiares: No ( ) Si ( )  
 Especifique.....  
**VIOLENCIA FAMILIAR:** Física ( ) Psicológica ( )  
 Intento de suicidio ( ) Motivo.....

Problemas: Alcoholismo ( ) Drogadicción ( ) Pandillaje ( )  
 Especifique.....  
 CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Efectivo ( ) Inefectivo ( )  
 Motivo.....  
 Relación Familiar en torno al recién nacido: Buena ( ) Mala ( )  
 Especifique.....  
 Cuidados del recién nacido: Inadecuado.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios?
- ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

**PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION**

Problemas de identidad sexual No ( ) Si ( ).....  
 Problemas en actividad sexual con su pareja: No ( ) Si ( )  
 Especifique.....  
 Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ( ).....  
 Edad ( ) Enfermedad psicológica ( ) Otro ( )  
 Comentarios Adicionales.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿A qué edad apareció la menarquía o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el periodo menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

**DOMINIO 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Cambio de vivienda familiar en los últimos años No ( )  
 Si ( ) Especifique motivo.....  
 VIOLENCIA SEXUAL No ( ) sí ( ) Fecha.....  
 Conducta psicológica frente al hecho.....  
 Comentarios Adicionales.....  
 Reacción frente a enfermedades y muerte:  
 Preocupación (X) Ansiedad ( ) Indiferencia ( ) Temor (X)  
 Desesperanza ( ) Tristeza ( ) Negación ( ) Otro ( )  
 Comentarios Adicionales.....  
 SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: Normal ( ) Problemas ( )  
 Signos palidez ( ) bradicardia o taquicardia ( )  
 Hipertensión paroxística ( ) Diaforesis ( ) Manchas ( )  
 Otros.....  
 Lesiones medulares No ( ) Si ( ).....  
 Conducta del lactante: Normal ( ) Inadecuada ( )  
 Signos: Irritabilidad ( ) Nervioso ( ) Inquieto ( )  
 Flacidez ( ) Movimientos descoordinados ( ) Otros.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

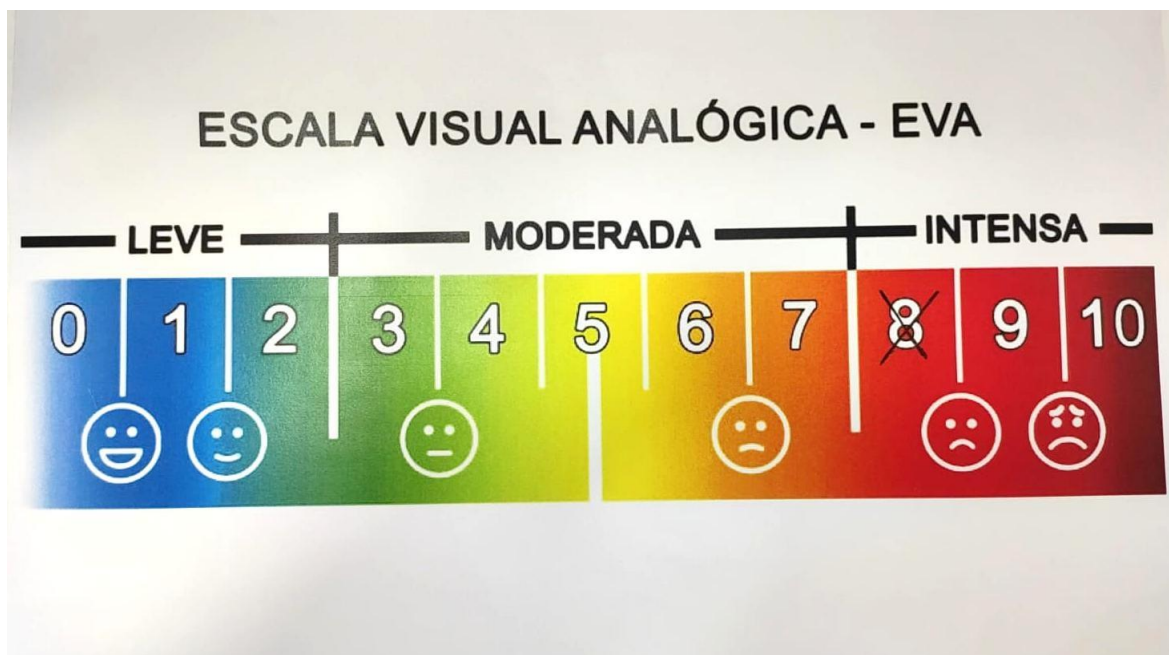
**PATRON 11: VALORES - CREENCIAS**

Religión..... Restricciones religiosas.....  
 Solicita visita de capellán.....  
 Comentarios Adicionales.....  
 Dificultad para tomar decisiones en.....

**Recomendaciones de Datos a obtener:**

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

**Anexo B:** Escala de medición.



**Anexo C: Consentimiento informado.**

**Consentimiento informado para investigación**

Sr. Julia Paredes Polo ..... de 68 años  
de edad y con DNI N° 06130005.

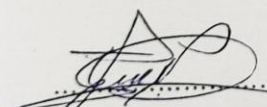
Declaro haber leído y comprendido la hoja de información proporcionada, así como haber realizado todas las preguntas necesarias sobre la investigación y haber recibido las preguntas suficientes sobre el mismo.


Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin necesidad de justificarme y sin afectar mis cuidados médicos.

Presento mi consentimiento de manera libre y voluntaria para participar en la investigación PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON PIELONEFRITIS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO.

Con la información proporcionada, consiento libremente en participar en el estudio mencionado. También he sido informado/a de que mis datos personales estarán protegidos y serán publicados.

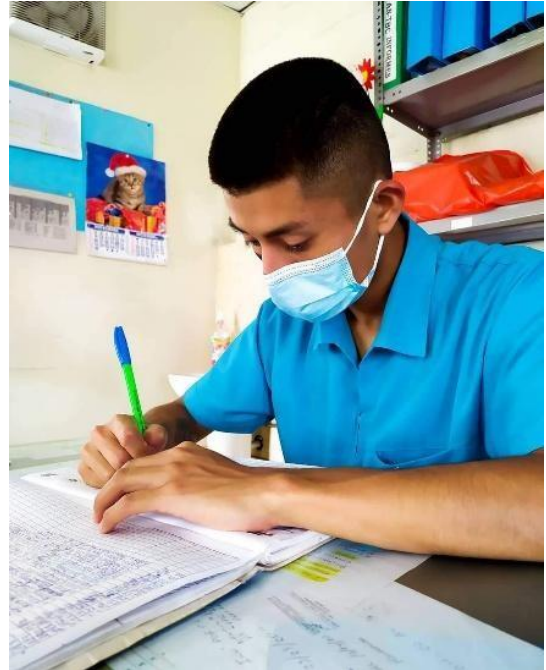
Teniendo todo esto en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para cumplir objetivos especificados en esta investigación.

 .....  
06130005  
Firma y DNI del participante.

 .....  
71528885  
Firma y DNI del investigador.

AMAYA MENDOZA CRISTHIAN ALFREDO  
Nombres del investigador.

**Anexo D: Evidencia del trabajo de campo**



**Anexo E:** Informe de similitud