**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE SUFIENCIA PROFESIONAL**

# PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON VIH, EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA – 2025

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

**AUTOR:**

**Bach. MUÑICO MARQUIÑO, MARITA LEYDDI**

https://orcid.org/0009-0008-4286-4882

**ASESOR:**

**Mg. ESPINOZA CAMONES, ELOY LUCIO**

https://orcid.org/0000-0003-4885-6951

**LIMA-PERU**

**2025**

**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD**

Yo, **Muñico Marquiño, Marita Leyddi**, con DNI **77132634** en mi condición de autora del trabajo de suficiencia profesional para optar el **TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA** de título **"Proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente con VIH, en el Hospital Militar Central Lima - 2025**", **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 Dieciséis (**16%**) 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 sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

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

Lima, 03 de Mayo del 2025.

**MUÑICO MARQUIÑO, MARITA LEYDDI**

**DNI 77132634**

**Mg. ESPINOZA CAMONES, ELOY LUCIO**

**DNI 43326570**

# Marita Leyddi Muñico Marquiño

## PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO APLICADO A PACIENTE CON VIH EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA - 2025

Quick Submit
Quick Submit
ENFERMERIA

### Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3258359455

Fecha de entrega
3 may 2025, 10:41 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
3 may 2025, 10:45 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
3_MUN_ICO_FINAL_C.docx

Tamaño de archivo
3.3 MB

50 Páginas

8834 Palabras

53.686 Caracteres

turnitin Página 1 of 56 - Integrity Overview Identificador de la entrega trn:oid:::1:3258359455

## 16% 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

13% Internet sources
1% Publications
11% Submitted works (Student Papers)

### Integrity Flags

1 Integrity Flag for Review

**Hidden Text**
1 suspect characters on 1 page
Text is altered to blend into the white background of the document.

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

Dedico de manera especial a Dios, a mis padres Joel Muñico y Elia Marquiño, y a mis hermanos, quienes han sido mi guía y el apoyo.

## Índice General

**Carátula** ..... i

**Dedicatoria** ..... ii

**Índice General** ..... iii

**Índice de tablas** ..... v

**Índice de figuras** ..... vi

**Resumen** ..... vii

**Abstract** ..... viii

**CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN** ..... 1

1.1. Marco teórico ..... 1

1.2. Caso clinico ..... 8

1.3. Valoración de enfermería ..... 9

1.4. Priorización de diagnóstico ..... 12

**CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS** ..... 13

2.1 Diseño de estudio ..... 13

2.2 Población ..... 13

2.3 Procedimientos de recolección de datos. ..... 13

2.4 Método de análisis ..... 14

2.5 Aspectos éticos ..... 14

**CAPÍTULO III: RESULTADOS** ..... 16

3.1. Intervención de Enfermería ..... 16

**CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN** ..... 26

4.1. Discusión ..... 26

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** ..... 28

5.1. Conclusiones ..... 28

5.2. Recomendaciones ..... 29

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** ..... 30

**ANEXOS ..... 35**

Anexo A. Formato de valoración por patrones funcionales..... 35

Anexo B. Escala de medición ..... 38

Anexo C. Consentimiento informado ..... 39

Anexo D. Evidencia del trabajo de campo ..... 40

## Índice de tablas

Tabla 1. Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con su proceso de enfermedad evidenciado por temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm.....16

Tabla 2. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular 6/10 y expresión facial de dolor .....18

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería: Volumen de líquidos inadecuados relacionados con ingesta inadecuada de líquidos evidenciado sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad.....20

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo**,** inactividad prolongada.....22

Tabla 4. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en el adulto Factor de riesgo, presión sobre prominencia ósea.....24

## Índice de figuras

Figura 1. Evaluación en porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería. Hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm.....17

Figura 2. Evaluación en porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor.....19

Figura 3. evaluación en porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Volumen de líquidos inadecuados relacionado con ingesta inadecuada de líquidos evidenciado sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad ..... 21

Figura 4. evaluación en porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo, inactividad prolongada.....23

Figura 5. evaluación en porcentajes de los resultados alcanzados. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en el adulto factor de riesgo, presión sobre prominencia ósea ..... 25

## Resumen

**Objetivo:** Planificar intervenciones de enfermería para el proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente con Virus de inmunodeficiencia humana en el Hospital Militar Central Lima - 2025. **Materiales y Métodos:** El siguiente estudio se centró en un caso de un paciente masculino de 28 años. La información fue recolectada mediante la observación, entrevista y un formato de valoración de patrones funciones de Marjory Gordon. Los siguientes datos se llegaron analizar con las siguientes taxonomías NANDA.NIC Y NOC para así identificar diagnósticos y evaluar intervenciones. **Resultados:** Hipertermia**:** el 20% aun continua en curso, demostrando una reducción satisfactoria de la temperatura. Dolor agudo: el 10%se encuentra en curso debido al dolor muscular articular debido a su enfermedad. Volumen de líquidos inadecuados: cabe destacar que el 10% de los tratamientos aún están en curso ya que el paciente está tomando sus medicamentos. Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad el 20% aún está en curso ya que el paciente presenta poca fuerza y necesita tiempo. El Riesgo de lesión por presión en el adulto el (25%) restante aún continúan ya que se requiere más tiempo para enseñar al paciente a poder prevenir. **Conclusión:** Las acciones de enfermería resultaron ser principalmente eficaces, sin embargo, el enfoque debe dirigirse a los diagnósticos con porcentajes bajos, como hipertermia 20%, riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad el (20%) y el riesgo de lesión por presión en el adulto (25%). Para finalizar, es necesario proporcionar formación y monitoreo al paciente para consolidar los resultados.



**Palabras clave: I**nfecciones por VIH, Pruebas para VIH, Terapia antirretroviral de Gran actividad, Transmisión del VIH (DeCS/MeSH)

## Abstract

**Objective:** To plan nursing interventions for the nursing care process applied to patients with Hum Immunodeficiency Virus at the Central Military Hospital, Lima - 2025.**Materials and Methods:** The following study focused on 28 years- old male patient. Data were collected through observation, interviews, and a Marjory Gordon Functional Pattern Assessment Form. Data were analyzed using the following NANDA, NIC, and NOC taxonomies to identify diagnoses and evaluate interventions. **Results:** Hyperthermia:20 % is still ongoing, demonstrating satisfactory temperature reduction. Acute pain:10% is ongoing due to muscle and joint pain related to their condition. Inadequate fluid volumen: It is worth noting that 10% of treatments are still ongoing as the patient is taking their medications. Risk of decreased activity tolerance:20% is still ongoing as the patient has por strength and needs time. Risk of pressure injury in adults: The remaining 25% are still ongoing as it requires time to educate the patient about pressure ulcers. Conclusion: Nursing interventions proved to be largely effective; however, the focus should be on diagnoses with low percentages, such as hyperthermia 20%, risk of decreased activity tolerance 20%, and risk of pressure injury in adults 25%. Finally, patient education and monitoring are necessary to conolidate the results.

**Keywords:** HIV infections, HIV testing, Highly active antiretroviral therapy, HIV transmisión (DeCS/MeSH)

# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## 1.1. Marco teórico

La infección del Virus de la Inmunodeficiencia humana, afecta negativamente el sistema inmune y puede cambiar al Sida, lo que refleja la fase más crítica de la enfermedad. Este patógeno se centra en los leucocitos, aumentando lo probabilidad de obtener otras patologías, como la tuberculosis y varios tipos de cáncer. La transmisión se produce a través de fluidos corporales, sin embargo, no se propaga mediante besos, abrazos ni al compartir alimentos. El virus de inmunodeficiencia puede ser tratado y ser prevenido mediante el uso de la terapia antirretroviral. Si no recibe tratamiento, la enfermedad puede progresar hacia el sida, aunque este proceso suele llevar muchos años (1).

A nivel mundial, en el artículo de investigación en Australia en el año 2024, un estudio titulado la atención de las personas que tienen VIH en el hospital, donde los hallazgos mostraron que el 94% de los pacientes dicen que siempre reciben atención personalizada. Asimismo, el 100% total de encuestados considera que la atención es muy dedicada, y el 96% aseguro que sus preocupaciones son atendidas. (2). En cuba en el año 2024, un estudio analizo la atención de enfermería desde la perspectiva de las personas que viven con VIH/SIDA. En este estudio, la mayoría de los pacientes expresaron que en el cuidado de enfermería ellos reciben una buena atención y afecto, mostrando interés genuino en su recuperación, lo que les llega a proporcionar a los pacientes una adecuada comodidad y seguridad. (3). La organización Mundial de la salud en su informe anual del año 2023, informa que el número de nuevas infecciones por Virus de Inmunodeficiencia humana En América Latina han crecido un 9% desde el 2010 en aproximadamente 120.000 caso nuevos en 2023. En el Caribe, el número de los nuevos casos se llegaron a reducir en un 22%, pasando de 19,000 en 2010 a 15,000 en 2023. El brote impacta particularmente a hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgéneros y trabajadoras del sexo, quiénes constituyen más de la mitad de las nuevas infecciones en América Latina. Las defunciones asociadas al SIDA han reducido, cerca del 12% de los individuos ignoran su enfermedad (4).

En américa Latina, En México en el año 2020, se llevó a cabo un estudio enfocado en el Bienestar psicosocial durante el proceso de atención de enfermería a un paciente adolescente con VIH/SIDA. Donde los resultados señalaron que, a través de las intervenciones de enfermería llevadas a cabo, se consiguió fortalecer el bienestar psicosocial en el adolescente. En relación a la baja autoestima, el paciente consiguió desarrollar un juicio personal sobre sus propias capacidades durante su tiempo en el hospital y así siguió en marcha con sus medicamentos. Por esta razón, los cuidados son fundamentales, ya que permite al paciente acceder, fortalecer y poder organizar sus propios recursos para afrontar la situación. De este modo, se potencia su capacidad de resiliencia y se enriquece su autoestima (5). En Colombia, en el 2021 un estudio realizado sobre Prevalencia de VIH y sus factores asociados en personas que se inyectan drogas atendidas en el servicio de salud. Los hallazgos mostraron que la edad mediana es de 29 años con un porcentaje de 84% son varones, el 52% no tienen estudios escolares y presentan una alta prevalencia de factores de riesgo sexual. La tasa de prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana es de 5,5%. y el 9,9% reportan haber recibo dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales. (6). La Organización Panamericana de la Salud en su artículo menciona que Guatemala en el año 2022 se registró 46.600 casos del virus inmunodeficiencia humana, en los cuales 1.700 llegan afectar a niños de 14 años. También se llegaron a reportar 2.642 nuevas infecciones por ello se incrementa a 23.72% con respecto al año 2021.Entonces la incidencia es de 0.07 por cada 1.000 ciudadanos, con una prevalencia del 0.2.A pesar de estos números las muertes fueron menos de 500 (7).

A nivel nacional, en Lambayeque el año 2022 se realizó a nivel nacional un estudio que lleva como título proceso de cuidado de enfermería aplicado en adultos con VIH. Los resultados mostraron una evolución positiva del paciente, quien demostró mayor comprensión sobre su enfermedad, buena adherencia al tratamiento y un adecuado estado nutricional y emocional, favorecido por el apoyo familiar. (8). Un informe de tesis desarrollado en Lima, cuidados enfermeros a paciente pediátrico con VIH en el servicio de Infectología de un hospital pediátrico de Lima, 2021. Los resultados mostraron una mejoría en la salud del paciente pediátrico, lo que refleja el éxito de los cuidados de enfermería. Esta mejora fue posible gracias a la identificación temprana de los problemas y a la administración del tratamiento

adecuado. Además, se brindó un cuidado humano de calidad y un soporte seguro, lo que favoreció la recuperación tanto del paciente como su madre (9). Finalmente, un estudio realizado en Lima en el año 2023, sobre el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los pacientes con VIH atendidos en el servicio de Infectologia del hospital María Auxiliadora, donde los resultados del perfil epidemiológico mostró que el 54% permanece al grupo de personas adulta. El 62% vienen hacer masculino y el 38% son femeninas. El 68% son solteros. El 82% tienen una educación secundaria. El 49% son dependientes y el 36% independientes. Al finalizar el análisis del perfil clínico, se observó que la gran mayoría de los pacientes contrajeron el virus a través de relaciones sexuales. Además, se encuentran en un estadio de VIH, con un tiempo de diagnóstico superior a 8 años y sin presentar coinfecciones (10).

En relación con el marco teórico, a inicios de los 70, el virus de Inmunodeficiencia humana inicia a expandirse por Europa, Asia y Estados unidos. En el año 1983, el Virólogo Francés Luc realizo un descubrimiento crucial, en donde identifico al virus de la inmunodeficiencia humana, causante del sida. Al año siguiente, Robert Gallo y su grupo registraron la primera prueba para lograr identificar anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia (11).

El Virus de la Inmunodeficiencia humana surge por la infección del organismo con un retrovirus de la familia Retroviride, subfamilia Orthoretrovirinae, género Lentivirus.Su patogénesis involucra la invasión y destrucción progresiva de linfocitos TCD4+, desencadenando una disfunción inmunitaria severa. La replicación viral sostenida genera una viremia persistente, activación inmune crónica y agotamiento celular, favoreciendo la inmunosupresión progresiva y la predisposición a infecciones oportunistas y neoplasias secundarias (12).

Los síntomas varían según la fase clínica en la que se encuentre la enfermedad. Durante la primoinfección, el síndrome retroviral agudo se manifiesta con fiebre, inflamación generalizada de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, erupción maculopapular y dolores musculares. Entonces en la fase crónica asintomática se caracteriza por una disminución progresiva del recuento de linfocitos CD4+, en el cual, la fase sintomática avanzada presenta candidiasis orofaríngea, pérdida ponderal, sudoración nocturna, diarrea crónica y manifestaciones neurológicas

subagudas. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA conlleva infecciones oportunistas como neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, tuberculosis diseminada y neoplasias como el sarcoma de Kaposi (13).

El contagio ocurre mediante la inoculación de fluidos biológicos contaminados con partículas virales infectivas. La transmisión sexual involucra la mucosa genital, anal y oral, favorecida por microlesiones epiteliales y carga viral elevada. La vía parenteral comprende el uso de material punzocortante contaminado y transfusiones sanguíneas no tamizadas. La transmisión vertical se produce por vía transplacentaria, durante el parto o a través de la lactancia materna, con riesgo incrementado en ausencia de profilaxis antirretroviral (14).

Las estrategias profilácticas incluyen el uso sistemático de preservativos de látex o poliuretano, la circuncisión masculina voluntaria, la reducción de la multiplicidad de parejas sexuales y la terapia antirretroviral como profilaxis pre y postexposición. En ámbitos sanitarios, el cumplimiento riguroso de medidas de bioseguridad, la esterilización de instrumental médico y la administración controlada de hemoderivados garantizan la minimización del riesgo de contagio. La identificación temprana y el tratamiento adecuado en gestantes seropositivas reducen significativamente la transmisión perinatal (15).

El manejo terapéutico se basa en la administración de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), compuesta por inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos y no nucleósidos, inhibidores de la proteasa, inhibidores de la integrasa y antagonistas del correceptor CCR5. La adherencia estricta al régimen farmacológico evita la replicación viral descontrolada y la aparición de cepas resistentes. El tratamiento oportuno permite la reconstitución inmunológica, la reducción de la carga viral plasmática a niveles indetectables y la disminución de la morbilidad asociada a coinfecciones oportunistas y comorbilidades crónicas (12).

La teoría propuesta por Dorothea Orém sobre el déficit de autocuidado, menciona que se da por la falta de cuidados así mismo por factores de enfermedades físicas o emocionales en donde la participación de la enfermera es fundamental para la recuperación de la persona, cumpliendo con las ordenes médicas, soporte emocional con el objetivo de lograr la estabilidad y la recuperación del paciente con virus de inmunodeficiencia humana (16).

**Hipertermia**

El diagnóstico de Hipertermia según clasificación NANDA I 2024- 2026 se define que es un incremento anormal de la temperatura del cuerpo, usualmente provocado por un aumento en la temperatura central, originado por causas no relacionadas con procesos patológicos (17). La hipertermia consiste en una elevación descontrolada de la temperatura del cuerpo que supera la capacidad del cuerpo para eliminar el exceso de calor. A diferencia de la fiebre, este fenómeno no conlleva una alteración en el punto de regulación térmica del hipotálamo ni intervienen agentes pirógenos (18). Durante la hipertermia, la temperatura del cuerpo aumenta de manera descontrolada y se altera el ciclo normal del ritmo circadiano; en este caso, los medicamentos antipiréticos no resultan efectivos para disminuir la temperatura (19). Entonces la hipertermia se caracteriza por un incremento desmedido de la temperatura corporal que supera la habilidad del organismo para disipar el calor, sin que exista una modificación en el punto de regulación térmica del hipotálamo. Este proceso no implica la participación de sustancias pirógenas (20).

**Dolor Agudo**

Según la taxonomía NANDA, el dolor agudo es una percepción sensorial y emocional negativa vinculada a, o similar a la relacionada con, un daño real en los tejidos con una duración de menos de 3 meses (17). El dolor agudo es una percepción desagradable que se presenta de una forma súbita y suele estar asociada a una lesión o daño tisular. Se caracteriza por desencadenar un estado de excitación y estrés, evidenciado por aumento de la presión arterial y una frecuencia cardíaca, dilatación pupilar y elevación del cortisol plasmático. También se acompañan de contracciones musculares locales, como la flexión de los miembros o rigidez en la zona afectada. Además del componente sensorial, incluye una respuesta emocional, como ansiedad o deseo de eliminar el malestar (21). El dolor agudo surge como consecuencia inmediata de la activación del sistema nociceptivo ante una noxa. Es una percepción de tipo nociceptivo que se desencadena por estímulos químicos, mecánicos o térmicos sobre receptores especializados llamados nociceptores. Su principal función es la protección biológica, actuando como una señal de alarma localizada en el tejido afectado. En

cuanto al impacto psicológico, este suele ser mínimo y se limita a una leve sensación de ansiedad (22). Entonces el dolor agudo es una sensación dolorosa predecible, de aparición reciente y duración limitada, que surge debido a la estimulación nociceptiva generada por una lesión tisular real o potencial. Se distingue por alcanzar su intensidad máxima en las primeras 24 horas y disminuir gradualmente. Es una experiencia tanto sensorial como emocionalmente desagradable que puede estar asociada a daño directo o indirecto en tejidos u órganos (23).

**Volumen de líquidos inadecuados**

La NANDA describe el volumen de líquidos inadecuados como una disminución del líquido intracelular y/o extracelular, sin incluir sangre (17). Un estado en el que la salida de líquidos excede la ingesta, resultando en una pérdida de agua y electrolitos del espacio extracelular. Las causas comunes incluyen vómitos, diarrea, poliuria y aumento de la transpiración (24). El déficit de volumen de líquidos es la pérdida de agua y electrolitos del cuerpo en proporciones similares desde el compartimento extracelular, lo cual afecta la perfusión tisular y el equilibrio hemodinámico (25). Entonces es una condición en la que hay una pérdida excesiva de líquidos corporales, lo que puede llevar a una disminución del volumen intravascular y afectar el equilibrio electrolítico (26).

**Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad**

Según NANDA define riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad como la probabilidad de presentar una capacidad limitada para mantener la energía o fuerza necesaria al realizar las actividades cotidianas, ya sean obligatorias o elegidas voluntariamente (17). El riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad puede surgir de diversas causas, como la debilidad generalizada, la fatiga, el dolor o la disfunción orgánica. Los pacientes que se someten a cirugías, aquellos con afecciones crónicas o enfermedades debilitantes, tienen un riesgo elevado de experimentar limitaciones en su capacidad para realizar actividades cotidianas. Las intervenciones incluyen monitorear signos vitales, fomentar ejercicios respiratorios y de movilidad (27). El riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad es un diagnóstico de enfermería que se utiliza cuando hay factores que podrían comprometer la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades físicas.

Esto puede estar relacionado con enfermedades crónicas, alteraciones en el sistema cardiovascular, respiratorio o musculo esquelético, o condiciones que disminuyen la capacidad física del paciente (28). Es una susceptibilidad de la persona a experimentar una capacidad insuficiente para llevar a cabo las actividades cotidianas necesarias o preferidas. Este diagnóstico destaca los desafíos que enfrentan los individuos para mantener sus capacidades físicas y su bienestar mental al participar en tareas cotidianas (29).

**Riesgo de lesión por presión en el adulto**

El diagnóstico de riesgo de lesión por presión en el adulto según NANDA –I se define como la Vulnerabilidad en personas mayores de 18 años a desarrollar daño en la piel y en los tejidos subyacentes causado por la presión, o a la combinación de presión con fuerzas de cizallamiento, lo que puede poner en riesgo su bienestar e integridad física (17) El riesgo de úlcera por presión (UPP) hace referencia a la posibilidad de que una persona sufra daño en la piel y en los tejidos profundos debido a la presión prolongada sobre un área corporal, particularmente en personas con capacidad limitada para moverse. (30). En las úlceras por presión (LPP) en el riesgo indican un estado en el que existe una alta probabilidad de que el paciente experimente la aparición de estas lesiones debido a factores como inmovilidad, falta de nutrición adecuada o presión prolongada en áreas vulnerables. Aunque no han llegado a formarse úlceras, los tejidos están bajo amenaza de isquemia, lo que puede resultar en daño celular y eventual ulceración si no se toman medidas preventivas a tiempo (31). Entonces el riesgo de úlceras por presión se refiere a la probabilidad de que una persona desarrolle lesiones en la piel debido a la presión mantenida durante un tiempo prolongado en una zona del cuerpo, especialmente sobre prominencias óseas. Este riesgo aumenta en pacientes inmóviles, ancianos y aquellos con afecciones que afectan la circulación o la movilidad (32).

## 1.2. Caso clinico

Paciente masculino de 28 años, identificado con las iniciales M.S.D, portador de VHI diagnosticado hace 4 meses refiere haberlo adquirido mediante vida nocturna desordenada, refiere no haber llevado tratamiento, y seguimiento de su enfermedad. Refiere “No tengo el apoyo moral de mi familia, me siento solo y triste por todo lo que le está pasando, cuando me paro de la cama me da meros, no tengo mucho apetito”.Quien acudió al servicio de emergencias por presentar un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por pérdida de peso, diarrea liquidas, asténico, fiebre de hace 3 días, náuseas, sudoración nocturna, falta de apetito, decaimiento y escalofrió, que luego es pasado al servicio de hospitalización, a la actualidad lleva 05 días hospitalizados.

A la valoración paciente se encuentra paciente en cama en posición decúbito supino, el adopta esa misma posición por largas horas ejerciendo presión sobre las prominencias óseas, se encuentra lucido, orientado en espacio y tiempo, Glasgow 15/15. A la entrevista paciente refiere siento que me duele todos los músculos mis articulaciones escala de Eva 6/10, se evidencia expresión facial de dolor.

Al examen físico general se observa paciente en cama, cabello reseco, ojos hundidos, sequedad cutánea, pálida y sudorosa, debilidad muscular, tono muscular disminuido, asténico, flacidez muscular, abdomen distendido sensible a la palpación, pupilas isoricas, tórax, simétrico sin ruidos agregados, se observa preocupado ante la situación de su salud, deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad.

Al control de los signos vitales presenta lo siguiente:

P.A 90/55, T 39°C, FR 18, FC 120X min, SAT 94, Peso 50 y talla 1.70

### 1.3. Valoración de enfermería

**Valoración según patrones funcionales:**

**Patrón 1: Percepción / manejo de la salud**

| TIPOS DE DATOS | DOMINIOS ALTERADOS |
|---|---|
| **Datos subjetivos**<br>• No menciona<br>**Dato Objetivo**<br>• FC 120<br>• T 39 C | **Dominio 2:** Salud fisiológica<br>**Clase I:** Regulación metabólica |

Fuente: Esquema de valoración Marjory Gordon / creación propia.

**Patrón 6: Cognitivo- Perceptivo.**

| TIPOS DE DATOS | DOMINIOS ALTERADOS |
|---|---|
| **Datos Subjetivo**<br>• Paciente refiere: tengo dolor<br>**Datos objetivos**<br>• EVA 6/10<br>• Se observa expresión facial de dolor | **Dominio 12:** Confort.<br>**Clase 1:** confort físico. |

Fuentes esquema valoración Marjory Gordon/ Creación propia.

**Patrón 2: Nutricional -Metabólico**

| TIPOS DE DATOS | DOMINIOS ALTERADOS |
|---|---|
| **Datos Subjetivo**<br>. No menciona<br>**Datos objetivos.**<br>• Sequedad cutánea<br>• Deposiciones liquidas | **Dominio 2:** Salud fisiológica<br>**Clase G:** Líquidos y electrolitos |

Fuente: esquema de valoración Marjory Gordon / creación propia.

**Patrón 4: Actividad y ejercicio**

| | |
|---|---|
| **Datos Subjetivo**<br>. No menciona<br>**Datos objetivos.**<br>• Paciente en cama<br>• Tono muscular deficiente | **Dominio 1:** Salud funcional<br>**Clase A:** Mantenimiento de la energía |

Fuente: esquema de valoración Marjory Gordon / creación propia.

**DIAGNÓSTICO ENFERMERO**

**Primer diagnóstico:**

**Etiqueta diagnostica:** hipertermia

**Factores relacionados:** con su proceso de enfermedad

**Características definitorias:** Temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm

**Enunciado diagnóstico:** hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm

**Segundo diagnóstico:**

**Etiqueta diagnostica:** Dolor agudo

**Factores relacionados:** agentes lesivos biológicos

**Características definitorias:** Dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor.

**Enunciado diagnóstico:** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor.

**Tercer diagnóstico**

**Etiqueta diagnostica:** Volumen de líquidos inadecuados

**Factores relacionados:** Ingesta inadecuada de líquidos

**Características definitorias:** Sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas

**Enunciado diagnóstico:** Volumen de líquidos inadecuados relacionado con ingesta inadecuada de líquidos evidenciado por sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas

**Cuarto diagnóstico**

**Etiqueta diagnóstica:** Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad

**Factores riesgo:** Inactividad prolongada

**Enunciado diagnóstico:** Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad**,** factor de riesgo inactividad prolongada

**Quinto diagnóstico.**

**Etiqueta diagnóstica:** Riesgo de lesión por presión en el adulto

**Factores riesgo:** Presión sobre prominencia ósea

**Enunciado diagnóstico:** Riesgo de lesión por presión en el adulto, factor de riesgo presión sobre prominencia ósea

### 1.4. Priorización de diagnóstico

1. Hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm
2. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor.
3. Volumen de líquidos inadecuados relacionado con Ingesta inadecuada de líquidos evidenciado sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad
4. Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo, Inactividad prolongada.
5. Riesgo de lesión por presión en el adulto factor de riesgo, presión sobre prominencia ósea

# CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

## 2.1 Diseño de estudio

El estudio de caso clínico es un enfoque de investigación comúnmente utilizada en el campo de las ciencias sociales y sanitarias. Se distingue por requerir un proceso detallado de una investigación y análisis.

## 2.2 Población

La muestra está compuesta por un paciente adulto masculino de 28 años, identificado con las iniciales M.S.D, quien presenta el diagnostico medico de Virus de inmunodeficiencia humana, del hospital Militar central.

## 2.3 Procedimientos de recolección de datos.

### 2.3.1 Autorización y coordinación previas para la recolección de datos:

Al iniciar una recopilación de datos, primero se realizó el consentimiento del paciente, y también se llegó a pedir permiso directamente con el equipo de salud a cargo.

### 2.3.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos:

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de febrero del presente año. Se estableció una coordinación previa con el paciente para así poder coordinar un horario y una fecha establecida, en la que se llevara a cabo la valoración de enfermería bajo la coordinación y sobre todo con el conocimiento de las licenciadas a cargo del servicio.

### 2.2.3 Técnica de recolección de datos:

Se utilizó la técnica de observación y entrevista, para así facilitar la obtención de los datos requeridos de forma precisa y eficiente.

### 2.3.4 Instrumento de recolección de datos:

Para la obtención de información, se utilizará el formato de valoración por patrones funcionales, elaborado por Marjory Gordon. Este instrumento permite la recolección de datos a través de 11 patrones funcionales que evalúan al usuario en su contexto total. Con el fin de estructurar los cuidados, se empleará el modelo de planificación funcional, que incorpora los siguientes: diagnóstico de enfermería, objetivo

principal, resultados esperados, acciones de enfermería, implementación y evaluación.

## 2.4 Método de análisis

Los datos se digitalizaron usando las nomenclaturas taxonómicas NANDA, NIC Y NOC, junto con sus codificaciones internacionales correspondiente. Los datos fueron organizados en tablas específicas que serán objeto de análisis e interpretación para obtener los resultados, los cuales serán discutidos posteriormente.

## 2.5 Aspectos éticos

En el cuidado de un paciente con diagnostico con VIH, actualmente hospitalizado por un cuadro de diarrea, fiebre y decaimiento general, es impredecible aplicar los principios bioéticos que rigen la atención de salud. Esto permite brindar una atención confiable, respetuosa y centrada en el paciente, sobre todo considerando su estado emocional vulnerable.

**Principio de Autonomía.**

Se le comunica al paciente acerca de los métodos de recogida de información que se utilizaran y se pide su autorización para ser parte del estudio. Asimismo, al equipo de salud del servicio se les informara de manera clara sobre las metas y los métodos del proyecto de investigación, garantizando claridad en cada etapa del procedimiento.

**Principio de beneficencia**

Este principio se aplica al procurar intervenciones que beneficien integralmente al paciente. En este caso, se deben priorizar medidas que mejoren su estado físico (hidratación, control de fiebre y diarrea) pero también emocional, dado su evidencia estado depresivo y falta de apoyo familiar. El equipo de salud debe fomentar la adherencia al tratamiento del VIH, buscando su bienestar global y respetando su ritmo, sin imponer decisiones, pero si motivándolo a seguir un enfoque de cuidado centrado en su recuperación y calidad de vida.

**Principio de no maleficencia**

Frente al estado vulnerable del paciente es crucial es evitar cualquier intervención que pueda causarle más daño. Esto implica realizar procedimientos con el menor riesgo posible, mantenerlo informado sobre su evolución y asegurar que las acciones médicas no profundicen su estado de desesperanza. Además, es importante cuidar el lenguaje que se usa al hablar con él, evitando juicios sobre su estilo de vida, y garantizando un entorno seguro donde no se estigmatice por vivir con VIH.

**Principio de justicia**

Este principio se manifiesta al brindar una atención equitativa, sin discriminar al paciente por su diagnóstico, condición socioeconómica o situación emocional. El equipo médico debe tratarlo con la misma dignidad y respeto que a cualquier otro paciente, garantizando el acceso a todos los recursos disponibles, incluso soporte psicológico y social, y evitando prácticas discriminatorias directas o indirectas (33).

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

### 3.1. Intervención de Enfermería

**Tabla 1. Diagnóstico de enfermería:** Hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por temperatura elevada 39 C y taquicardia 120 Lpm.

| Diagnóstico enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería NIC | Fundamento de las intervenciones de enfermería | Evaluación del Logro NOC |
|---|---|---|---|---|
| **Dominio 11:** Seguridad/protección<br>Clase **6: Termorregulación**<br>**Código:00007**<br><br>Hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por Temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm | **Dominio 2: Salud fisiológica**<br><br>**Clase I: Regulación metabólica Pág.64**<br><br>**NOC:0800 Termorregulación**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**080019** hipertermia (Grave 1)<br><br>**080012** frecuencia del pulso radial **(**Gravemente comprometido 1) | **Dominio 2: Fisiológico complejo**<br>**Clase M: Termorregulación**<br>**NIC 3786: Manejo de la hipertermia**<br>**Actividades**<br>1. Monitorizar la fiebre, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria.<br>2. Ordenar medicamentos orales o intravenosos.<br>3. Retirar el exceso de prendas.<br>4. Administrar líquido frio.<br>5. Es fundamental monitorizar fiebre y complicaciones asociadas.<br><br>**NIC:3920 Manejo de la termorregulación**<br>**Actividades**<br>1. Controlar al paciente signos vitales y el Estado neurológico.<br>2. Determinar el origen del incremento en la temperatura corporal.<br>3. Asegurar que las vías aéreas estén abiertas Y permitir que el aire pase.<br>4. Fijar un acceso intravenoso.<br>5. Dar seguimiento a los resultados Electrocardiográficos. | **Implica el poder prevenir la aparición de la enfermedad, identificarla en sus etapas iniciales y brindar tratamiento oportuno para deducir el riesgo de complicaciones.**<br>1. Realizar monitorización de los signos vitales del Paciente para así evitar complicaciones.<br>2. Los medicamentos ayudaran a mejorar al paciente.<br>3. Es importante utilizar ropa ligera para enfriar el cuerpo.<br>4. Beber agua líquida ayudara al paciente estar hidratado.<br>5. Registrar los valores de la temperatura.<br>**Proceso mediante el cual el cuerpo preserva una temperatura interna relativamente.**<br>1. Es importante vigilar los signos vitales y la condición neurológica.<br>2. Identificar las causas del aumento de la temperatura.<br>3. Identificar que las vías aéreas estén abiertas y permita que salga el aire.<br>4. Canalizar una vena al paciente con mucho cuidado.<br>5. Realizar seguimiento al resultado de electrocardiográficos. | **Dominio 2: Salud fisiológica**<br><br>**Clase I: Regulación metabólica Pág.64**<br><br>**NOC:0800 Termorregulación**<br><br>**080019** hipertermia (Leve 4)<br><br>**080012** frecuencia del pulso radial **(**Levemente comprometido 4) |

Fuente Nanda, Noc y Nic/Elaboración propia

**Figura 1.** Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por temperatura elevada 39 C y taquicardia 120 lpm.

| Diagnóstico enfermería | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería | Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Se Ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| | | **Dominio 2: Fisiológico complejo** | | | |
| **Dominio 11:** Seguridad/protección | **Dominio 2: Salud fisiológica** | **Clase M: Termorregulación** | | | |
| Clase **6: Termorregulación** | **Clase I: Regulación metabólica Pág.64** | **NIC 3786: Manejo de la hipertermia** | | | |
| **Código:00007** | **NOC:0800 Termorregulación** | **Actividades**<br>1. Monitorizar la fiebre, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria.<br>2. Administrar medicamentos orales o intravenosa.<br>3. Retirar el exceso de prendas.<br>4. Administrar liquido frio.<br>5. Es fundamental monitorizar fiebre y complicaciones asociadas. | 80% | | **20%** |
| Hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por Temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm | **Indicadores:**<br>**080019** hipertermia (Grave 1)<br>**080012** frecuencia del pulso radial **(**Gravemente comprometido 1) | **NIC:3920 Manejo de la termorregulación**<br>**Actividades**<br>1. controlar al paciente los signos vitales y el Estado neurológico.<br>2. Determinar el origen del incremento en la temperatura corporal.<br>3. Asegurar que las vías aéreas estén abiertas Y permitir que el aire pase.<br>4. Fijar un acceso intravenoso.<br>5. Dar seguimiento a los resultados electrocardiográficos. | 80% | | **20%** |

Respecto a la primera figura 1, en cuanto al diagnóstico: Hipertermia relacionada con su proceso de enfermedad evidenciado por temperatura elevada 39°C y taquicardia 120 lpm. Se puede observar que el 80% de las intervenciones se completaron con éxito, mientras el 20% aun continua en curso.

**Tabla 2. Diagnóstico de enfermería:** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor.

| Diagnóstico enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería NIC | Fundamento de las intervenciones de enfermería | Evaluación del Logro NOC |
|---|---|---|---|---|
| **Dominio 12:** confort<br>**Clase 1:** confort físico<br>**Código: 00132** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor. | **Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud**<br><br>**Clase Q: Conducta de salud Pág:68**<br><br>**NOC:1605 Control del dolor Pág:341**<br><br>**Indicadores**<br><br>**160501** describe los factores causales primarios (raramente demostrado 2)<br><br>**160516** describe el dolor (raramente demostrado 2) | **Dominio 1: Fisiológico: Básico**<br>**Clase E: Favorecimiento del confort físico**<br>**NIC 1410: Manejo del dolor: Agudo**<br>**Actividades**<br>1. Valorar el dolor como locación, aparición, frecuencia e intensidad para así administrar un tratamiento apropiado.<br>2. Monitorizar al paciente utilizando una herramienta apropiada para su edad y su capacidad de comunicación.<br>3. Preguntar al paciente el grado de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente.<br>4. Hacer uso preventivo de analgésico para prevenir el aumento del dolor.<br>5. Utilizar la vía menos invasiva para poder llegar administrar analgésicos, evitando la vía intramuscular.<br>**NIC 6482: Manejo de confort**<br>**Actividades**<br>1. Asignar una habitación individual para un descanso tranquilo.<br>2. El timbre de llamada debe estar disponible<br>3. Acomodar un entorno limpio, tranquilo y ventilado.<br>4. Adaptar la temperatura ambiental lo más confortable al paciente.<br>5. controlar la luz de acuerdo a la actividad impidiendo el brillo directo en ojos. | **Dolor que surge de manera abrupta, a menudo fuerte, aunque de breve duración, que tiende a desvanecerse cuando se elimina la razón que lo desencadena.**<br>1. Llegar a identificar las características del dolor para administrar medicamento.<br>2. Para poder identificar el nivel del dolor debemos de utilizar la escala numérica visual Eva.<br>3. Se deberá administrar medicamento para controlar el dolor.<br>4. Administar los fármacos para aliviar el dolor.<br>5. Se debe priorizar la administración vía oral por que es la menos invasiva.<br>**Acciones y atención destinadas a mejorar el bien y la comodidad de una persona, especialmente durante el proceso de enfermedad.**<br>1. La habitación individual el paciente garantiza un descanso adecuado.<br>2. Asisir cuando el paciente realiza la llamada.<br>3. El cuarto del paciente debe permanecer siempre limpio, eso favorece el bienestar al paciente.<br>4. La temperatura de la habitación debe estar acorde a la necesidad del paciente.<br>5. El brillo de la luz no debe llegar a enfocar a los ojos. | **Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud**<br><br>**Clase Q: Conducta de salud Pág:68**<br><br>**NOC:1605 Control del dolor**<br><br>**Indicadores**<br>**160501** describe los factores causales primarios (frecuentemente demostrado 4)<br><br>**160516** describe el dolor (Frecuentemente demostrado 4) |

Fuente Nanda, Noc y Nic /Fuente propia

**Figura 2.** Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor.

| Diagnóstico enfermería | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería | Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Se Ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| **Dominio 12:** confort<br>**Clase 1:** confort físico<br>**Código: 00132** Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor. | **Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud**<br><br>**Clase Q: Conducta de salud Pág:68**<br><br>**NOC:1605 Control del dolor**<br><br>**Indicadores**<br><br>**160501** describe los factores causales primarios (raramente demostrado 2)<br><br>**160516** describe el dolor (raramente demostrado 2) | **Dominio 1: Fisiológico: Básico**<br>**Clase E: Favorecimiento del confort físico**<br>**NIC 1410: Manejo del dolor: Agudo**<br>**Actividades**<br>1. Valorar el dolor como locación, aparición, frecuencia e intensidad para así administrar un tratamiento apropiado.<br>2. Monitorizar al paciente utilizando una herramienta apropiada para su edad y su capacidad de comunicación.<br>3. Preguntar al paciente el grado de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente.<br>4. Hacer uso preventivo de analgésico para prevenir el aumento del dolor.<br>5. Utilizar la vía menos invasiva para poder llegar administrar analgésicos, evitando la vía intramuscular. | 90% | | **10%** |
| | | **NIC 6482: Manejo de confort**<br>**Actividades**<br>1. Asignar una habitación individual para un descanso tranquilo.<br>2. El timbre de llamada debe estar disponible.<br>3. Acomodar un entorno limpio, tranquilo y ventilado.<br>4. Adaptar la temperatura ambiental lo más confortable al paciente.<br>5. controlar la luz de acuerdo a la actividad impidiendo el brillo directo en ojos. | 90% | | 10% |

Respecto a la figura 2, en cuanto al diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos evidenciado por dolor muscular articular Eva 6/10 y expresión facial de dolor. Cabe destacar que el 90% de las intervenciones realizadas fueron exitosas donde arrojaron positivos en la mejoría del paciente. El 10% se encuentra en curso debido al antecedente de su enfermedad.

**Tabla 3. Diagnóstico de enfermería:** Volumen de líquidos inadecuados relacionado con ingesta inadecuada de líquidos evidenciado por sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad.

| Diagnóstico enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería NIC | Fundamento de las intervenciones de enfermería | Evaluación del Logro NOC |
|---|---|---|---|---|
| **Dominio 2:** Nutrición<br>**Clase 5:** Hidratación<br>**Código: 00421**<br><br>Volumen de líquidos inadecuados relacionado con Ingesta inadecuada de líquidos evidenciado por sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad. | **Dominio 2: Salud fisiológica**<br><br>**Clase G: líquidos y Electrolitos Pag:63**<br><br>**NOC:0601 Equilibrio hídrico Pág:468**<br><br>**Indicadores**<br><br>**060132** hidratación cutánea (Gravemente comprometido 1)<br><br>**060133** función gastrointestinal (Gravemente comprometido 1) | **Dominio 2: Fisiológico complejo**<br>**Clase G: Manejo de electrolitos y acido –base**<br>**NIC 060132: Manejo de líquidos y electrolitos**<br>**Actividades**<br>1. Monitoriar el nivel de electrolitos en suero anormales.<br>2. supervisar los cambios en la función respiratoria o cardiaca que evidencien un desequilibrio hídrico.<br>3. Deben sumistrarse líquidos.<br>4. Alimentar por sonda nasogástrica líquidos si está indicado, en función de salidas.<br>5. Suministar agua libre vía nasogástrica, según la norma del centro de salud.<br><br>**NIC 2020 Manejo de electrolitos**<br>**Actividades**<br>1. supervisar el nivel de electrolitos.<br>2. Mirar si llega a producir desequilibrio acido base.<br>3.Reconocer las posibles causas de desequilibrios de los electrolitos.<br>4. Vigilar si hay perdidas de líquidos y sobre todo perdida asociada de electrolitos.<br>5. Obervar si el paciente presenta náuseas, vómitos y diarrea | **Regulación y prevención de las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.**<br>1. Identificar desequilibrios electrolitos previene complicaciones graves en pacientes.<br>2. Es importante evaluar líquidos en el estado cardiovascular y respiratorio para detectar sobrecarga o deshidratación.<br>3. Beber agua líquida ayuda estar hidratado.<br>4. Es importante asegurar una reposición adecuada de líquidos y electrolitos según las pérdidas del paciente.<br>5. Cubrir las necesidades de hidratación adicional del paciente y evitar la concentración excesiva de nutrientes, favorece un equilibrio adecuado en hidratación.<br>**Recogida y el análisis de los datos del paciente para poder regular el equilibrio de electrolitos.**<br>1. Realizar un análisis de electrolitos para identificar alteraciones en los niveles normales.<br>2. La evaluación del PH es crucial para detectar problemas de salud graves.<br>3. conocer las causas permite tratamiento efectivo y previene Complicaciones recurrentes.<br>4. Evaluar deshidratación impacta en el equilibrio electrolítico y Manejo de líquidos.<br>5. Detectar síntomas previene desequilibrios y deshidratación. | **Dominio 2:** Salud fisiológica<br>**Clase G: líquidos y Electrolitos Pag:63**<br><br>**NOC:0601 Equilibrio hídrico**<br>**Indicadores**<br><br>**060132** hidratación cutánea (Moderadamente comprometido 3)<br><br>**060133** función gastrointestinal (Moderadamente comprometido 3) |

Fuente Nanda, Noc y Nic /Fuente propia

**Figura 3.** Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Volumen de líquidos inadecuados relacionado con ingesta inadecuada de líquidos evidenciado por sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad.

| **Diagnóstico enfermería** | **Criterios de Evaluación NOC** | **Intervenciones de enfermería** | **Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Se Ejecuto** | **No se ejecuto** | **En proceso** |
| **Dominio 2:** Nutrición<br>**Clase 5:** Hidratación<br>**Código: 00421**<br><br>Volumen de líquidos inadecuados relacionado con Ingesta inadecuada de líquidos evidenciado por sequedad cutánea y deposiciones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad | **Dominio 2: Salud fisiológica**<br><br>**Clase G: líquidos y Electrolitos Pag:63**<br><br>**NOC:0601 Equilibrio hídrico**<br><br>**Indicadores**<br><br>**060132** hidratación cutánea (Gravemente comprometido 1)<br><br>**060133** función gastrointestinal (Gravemente comprometido 1) | **Dominio 2: Fisiológico complejo**<br>**Clase G: Manejo de electrolitos y acido –base**<br><br>**NIC 060132: Manejo de líquidos y electrolitos**<br>**Actividades**<br>1. Monitoriar el nivel de electrolitos en suero anormales.<br>2. supervisar los cambios en la función respiratoria o cardiaca que evidencien un desequilibrio hídrico.<br>3. Deben sumistrarse líquidos.<br>4. Alimentar por sonda nasogástrica líquidos si está indicado, en función de salidas.<br>5. Suministar agua libre vía nasogástrica, según la norma del centro de salud.<br><br>**NIC 2020 Manejo de electrolitos**<br>**Actividades**<br>1. supervisar el nivel de electrolitos.<br>2. Mirar si llega a producir desequilibrio acido base.<br>3. Reconocer las posibles causas de desequilibrios de los electrolitos.<br>4. Vigilar si hay perdidas de líquidos y sobre todo perdida asociada de electrolitos.<br>5. Obervar si el paciente presenta náuseas, vómitos y diarrea | 90%<br><br>90% | | **10%**<br><br>10% |

Respecto a la figura 3: en cuanto al diagnóstico: Volumen de líquidos inadecuados relacionado con Ingesta inadecuada de líquidos evidenciado por sequedad cutánea y deposiones liquidas en las últimas 6 horas de gran cantidad. Cabe destacar que el 10% del tratamiento está en curso donde se le está administrando líquidos al paciente, mientras el 90% de las intervenciones se completaron satisfactoriamente y tuvieron mejorías positivas en el paciente.

**Tabla 4. Diagnóstico de enfermería:** Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo inactividad prolongada.

| Diagnóstico enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería NIC | Fundamento de las intervenciones de enfermería | Evaluación del Logro NOC |
|---|---|---|---|---|
| **Dominio 4:** Actividad /Reposo<br>**Clase3:** Equilibrio de energía<br>**Código:00299** Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo inactividad prolongada. | **Dominio 1: Salud funcional**<br>**Clase A: Mantenimiento de energía Pág.60**<br><br>**NOC:0005** Tolerancia a la actividad Pág:731<br><br>**Indicadores**<br><br>**000518** facilidad para realizar actividades de la vida diaria (Moderadamente comprometido3)<br><br>**000520** coordinación del movimiento (Moderadamente comprometido3) | **Dominio 1: Fisiológico Básico**<br>**Clase A: Manejo de la actividad y ejercicio**<br>**NIC 0180: Manejo de la energía**<br>**Actividades**<br>1. Determinar déficits fisiológicos en pacientes según edad y desarrollo.<br>2. Determinar las actividades y en qué medida es necesario para incrementar la resistencia.<br>3.Consultar al dietista para poder aumentar la ingesta de alimentos energéticos.<br>4.Vigilar respuesta cardio- respiratoria y los signos de malestar en el paciente.<br>5.Alentar al paciente a poder elegir las actividades que ayuden mejorar su resistencia.<br><br>**NIC 0226: Terapia de ejercicios: control muscular**<br>**Actividades**<br>1. comprometerse con realizar los ejercicios.<br>2. colaborar con fisioterapeutas y terapeutas en los ejercicios según lo indicado.<br>3. Aclarar el tipo de ejercicio que debe realizar.<br>4. Disponer una privacidad durante el ejercicio si requiere el paciente.<br>5. Apoyar al paciente a colocarse en la posición de sedestación para su ejercicio. | **Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y poder mejorar las funciones.**<br><br>1. Determinar los factores que provocan fatiga en el paciente facilita ajustar las intervenciones a sus necesidades individuales, teniendo en cuenta su etapa vital.<br>2.Diseñar un plan de ejercicios adecuado y progresivo, porque esto ayuda a mejorar la tolerancia física.<br>3.Optimizar el aporte nutricional necesario para incrementar la energía del paciente.<br>4.Detectar alteraciones que comprometen la estabilidad del paciente, porque podrían indicar riesgo.<br>5.Aumentar su capacidad física de forma progresiva.<br>**Emplear los protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar.**<br>1. Evaluar la motivación y receptividad del paciente.<br>2. Garantizar un abordaje interdisciplinario que optimice los resultados, cada especialista aporta conocimiento.<br>3. Fomentar comprensión y el cumplimiento al paciente.<br>4. Asegurar comodidad y bienestar del paciente.<br>5. Facilitar una correcta postura asegura mejores resultados. | **Dominio 1: Salud funcional**<br><br>**Clase A: Mantenimiento de energía Pág.60**<br><br>**NOC:0005** Tolerancia a la actividad Pág:731<br><br>**Actividades**<br><br>**000518** facilidad para realizar Actividades de la vida diaria (levemente comprometido4)<br><br>**000520** coordinación del movimiento (levemente comprometido 4) |

Fuente Nanda, Noc y Nic/Elaboración propia

**Figura 4.** Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo inactividad prolongada.

| Diagnóstico enfermería | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería | Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Se Ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| **Dominio 4:** Actividad /Reposo **Clase3:** Equilibrio de energía **Código:00299** Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo inactividad prolongada. | **Dominio 1: Salud funcional** **Clase A: Mantenimiento de energía Pág.60** **NOC:0005** Tolerancia a la actividad Pág:731 **Indicadores** **000518** facilidad para realizar actividades de la vida diaria (Moderadamente comprometido 3) | **Dominio 1: Fisiológico Básico** **Clase A: Manejo de la actividad y ejercicio** **NIC 0180: Manejo de la energía** **Actividades** 1. Determinar déficits fisiológicos en pacientes según edad y desarrollo. 2. Determinar las actividades y en qué medida es necesario para incrementar la resistencia. 3. Consultar al dietista para poder aumentar la ingesta de alimentos energéticos. 4. Vigilar respuesta cardio- respiratoria y los signos de malestar en el paciente. 5. Alentar al paciente a poder elegir las actividades que ayuden mejorar su resistencia. | 80% | | **20%** |
| | **000520** coordinación del movimiento (Moderadamente comprometido3) | **NIC 0226: Terapia de ejercicios: control muscular** **Actividades** 1. comprometerse con realizar los ejercicios. 2. colaborar con fisioterapeutas y terapeutas en los ejercicios según lo indicado. 3. Aclarar el tipo de ejercicio que debe realizar. 4. Disponer una privacidad durante el ejercicio si requiere el paciente. 5. Apoyar al paciente a colocarse en la posición de sedestación para su ejercicio. | 80% | | **20%** |

Respecto a la figura 4. En cuanto al diagnóstico: Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad factor de riesgo inactividad prolongada. Aunque el 20% de las intervenciones aún continúan porque se necesita más tiempo y el 80% de las intervenciones se ejecutaron en tu totalidad

**Tabla 5. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en el adulto factor de riesgo presión sobre prominencia ósea.**

| Diagnóstico enfermería NANDA | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería NIC | Fundamento de las intervenciones de enfermería | Evaluación del Logro NOC |
|---|---|---|---|---|
| **Dominio11:** seguridad / protección<br><br>**Clase2:** Lesión física<br><br>**Código:00304** Riesgo de lesión por presión en el adulto factor de riesgo presión sobre prominencia ósea | **Dominio 4: conocimiento y conducta de salud**<br><br>**Clase T: control de riesgo Pág:71**<br><br>**NOC:1942 control del riesgo: lesión por presión Pág:366**<br><br>**Indicadores**<br><br>**194212** identifica las limitaciones de movilidad (a veces demostrado 3)<br><br>**194213** cambia de postura al menos cada 2 horas (a veces demostrado3) | **Dominio 4: Seguridad**<br>**Clase V: Manejo de riesgo**<br>**NIC 3540: Prevención de las lesiones por presión**<br>**Actividades**<br>1. Se debe emplear una herramienta de valoración de riesgo del paciente.<br>2. Anotar el estado en que se encuentra la piel del paciente al ingreso y diario.<br>3. Fijarse si hay partes de la piel que están rojas.<br>4. Asegurarse de que la piel este siempre limpia y sin humedad.<br>5. Evaluar el color de la piel y cambiar de posición al paciente.<br>**NIC 6650: Vigilancia**<br>**Actividades**<br>1. Evaluar riesgo y percepciones sobre la salud y conductas.<br>2. seleccionar el índice adecuado para la monitorización continua según la afección.<br>3. Vigilar de forma continua a los pacientes que presenten estado crítico o signos de inestabilidad.<br>4. Evaluar estrategias de afrontamiento.<br>5. comprometer a la familia en las actividades de seguimiento del paciente. | **Tener precaución de daños localizados en la piel por presión.**<br><br>1. Reconocer las condiciones que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar ulcera por presión.<br>2. Monitorear su evolución, porque facilita la detección temprana de cambios adversos.<br>3. Prevenir la progresión hacia ulceras por presión, porque estas áreas indican riesgo potencial.<br>4. Mantener la integridad cutánea, porque la humedad prolongada aumenta la vulnerabilidad a lesiones.<br>5. Reducir la presión en estas zonas críticas, porque esto previene daños asociados con inmovilización prolongada.<br>**Es observar y brindar un cuidado adecuado al paciente**<br><br>1. identificar factores que pueden afectar el bienestar porque esto permite planificar intervenciones adecuadas.<br>2. Garantizar un seguimiento efectivo y personalizado, porque cada condición requiere indicadores específicos.<br>3. Detectar cambios significativos oportunamente, porque esto permite intervenir de manera inmediata.<br>4. Evaluar la capacidad de adaptación del individuo, porque un afrontamiento eficaz mejora los resultados de salud.<br>5. Fortalecer el apoyo y la adherencia al cuidado, porque la colaboración fomenta mejores resultados. | **Dominio 4: conocimiento y conducta de salud**<br><br>**Clase T: control de riesgo Pág:71**<br><br>**NOC:1942 control del riesgo: lesión por presión Pág:366**<br><br>**Indicadores**<br><br>**194212** identifica las limitaciones de movilidad (frecuentemente demostrado 4)<br><br>**194213** cambia de postura al menos cada 2 horas (frecuentemente demostrado 4) |

**Fuente NANDA,NOC Y NIC/ Elaboración propia**

**Figura 5.** Evaluación en Porcentajes de los resultados alcanzados Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en el adulto factor de riesgo presión sobre prominencia ósea.

| Diagnóstico enfermería | Criterios de Evaluación NOC | Intervenciones de enfermería | Colocar un aspa (X) en el casillero según corresponda | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Se Ejecuto | No se ejecuto | En proceso |
| **Dominio11:** seguridad / protección<br><br>**Clase2:** Lesión física<br><br>**Código:00304** Riesgo de lesión por presión en el adulto factor de riesgo presión sobre prominencia ósea | **Dominio 4: conocimiento y conducta de salud**<br><br>**Clase T: control de riesgo Pág:71**<br><br>**NOC:1942 control del riesgo: lesión por presión Pág:366**<br><br>**Indicadores**<br><br>**194212** identifica las limitaciones de movilidad (a veces demostrado 3)<br><br>**194213** cambia de postura al menos cada 2 horas (a veces demostrado3 | **Dominio 4: Seguridad**<br>**Clase V: Manejo de riesgo**<br>**NIC 3540: Prevención de las lesiones por presión**<br>**Actividades**<br>1. Se debe emplear una herramienta de valoración de riesgo del paciente.<br>2. Anotar el estado en que se encuentra la piel del paciente al ingreso y diario.<br>3. Fijarse si hay partes de la piel que están rojas.<br>4. Asegurarse de que la piel este siempre limpia y sin humedad.<br>5. Evaluar el color de la piel y cambiar de posición al paciente. | 75% | | **25%** |
| | | **NIC 6650: Vigilancia**<br>**Actividades**<br>1. Evaluar riesgo y percepciones sobre la salud y conductas.<br>2.seleccionar el índice adecuado para la monitorización continua según la afección.<br>3. Vigilar de forma continua a los pacientes que presenten estado crítico o signos de inestabilidad<br>4. Evaluar estrategias de afrontamiento.<br>5. comprometer a la familia en las actividades de seguimiento del paciente. | 75% | | 25% |

Respecto a la figura 5, en cuanto al diagnostico Riesgo de lesión por presión en el adulto factor de riesgo presión sobre prominencia ósea el 75% de las intervenciones se ejecutaron en su totalidad, el 25% restante aun continua ya que se requiere más tiempo para informar al paciente sobre riesgo de ulceras por presión

# CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

## 4.1. Discusión

En el enfoque principal sobre la atención para los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana es la hipertermia, debido que presenta fatiga, náuseas, agotamiento debido a la presencia de la fiebre. En este contexto, es fundamental que la enfermera esté debidamente capacitada para poder brindar una charla educativa a los pacientes asegurando que la información sea clara y concisa.

Con respecto al análisis obtenido en el primer diagnóstico: Hipertermia se puede indicar que el 80% de las intervenciones se llegaron a realizar de manera correcta, y el 20% está en proceso, demostrando una mejora. Según la clasificación NANDA, que es un incremento anormal de la temperatura del cuerpo, usualmente provocado por un aumento en la temperatura central, originado por causas no relacionadas con procesos patológicos (17).

Respectos a los hallazgos del segundo diagnóstico de enfermería: Dolor agudo, cabe destacar que el 90% de las intervenciones realizadas fueron exitosas y arrojaron resultados positivos en las mejorías del paciente. El 10 % se encuentra en curso debido al antecedente de su enfermedad. Según la taxonomía NANDA, el dolor agudo es una percepción sensorial y emocional negativa vinculada a, o similar a la relacionada con, un daño real o potencial en los tejidos con una duración de menos de 3 meses (17).

El análisis derivado del tercer diagnóstico de enfermería: volumen de líquidos inadecuados cabe destacar que el 10% del tratamiento está en curso donde se le está administrando líquidos al paciente, mientras el 90 % de las intervenciones se completaron satisfactoriamente y tuvieron mejorías positivas en el paciente. La NANDA, describe el volumen de líquidos inadecuados como una disminución del líquido intracelular y/o extracelular, sin incluir sangre (17).

Con base en los hallazgos del cuarto diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad. El 20% de las intervenciones aún continúan porque se necesita más tiempo ya que el paciente presenta poca fuerza y necesita tiempo, el 80% de las intervenciones se ejecutaron en su totalidad Según la clasificación NANDA, define riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad como la probabilidad de presentar una capacidad limitada para mantener la energía

o fuerza necesaria al realizar las actividades cotidianas, ya sean obligatorias o elegidas voluntariamente (17).

Por último, utilizando los datos recopilados para el quinto diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión por presión en el adulto, como lo muestra la recuperación del paciente, el 75% de las intervenciones se ejecutaron en su totalidad; el 25 % restante aun continua ya que se requiere más tiempo para informar al paciente sobre el riesgo de ulceras por presión. Según NANDA –2024-2026 define como la Vulnerabilidad en personas mayores de 18 años a desarrollar lesiones en la piel y tejidos subyacentes debido a la presión, o a la combinación de presión con fuerzas de cizallamiento, lo que puede poner en riesgo su bienestar e integridad física (33).

# CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 5.1. Conclusiones

Respecto al estudio sobre la aplicación del Proceso de Atención de enfermería (PAE), se llega a concluir con los diagnósticos priorizando:

Así mismo en la figura 1. Se puede observar que el 80% de las intervenciones se completaron con éxito, mientras que el 20% están en proceso demostrando una reducción satisfactoria de la hipertermia.

De acuerdo con la figura 2. Cabe destacar que el 90% de las intervenciones realizadas fueron exitosas donde arrojaron resultados positivos en la mejora del paciente. El 10 % se encuentra en curso debido al antecedente de su enfermedad

Así mismo en la figura 3. Cabe destacar que el 10% del tratamiento está en curso donde se le está administrando líquidos al paciente, mientras el 90 % de las intervenciones se completaron satisfactoriamente y tuvieron mejorías positivas en el paciente

En relación con la figura 4. El 20% de las intervenciones aún continúan porque se necesita más tiempo ya que el paciente presenta poca fuerza y necesita tiempo, el 80% de las intervenciones se ejecutaron en su totalidad

Respecto a la figura 5. El 75% de las intervenciones se ejecutaron en su totalidad; el 25 % restante aun continua ya que se requiere más tiempo para informar al paciente sobre el riesgo de ulceras por presión

## 5.2. Recomendaciones

Respecto a la primera conclusión, se recomienda poder implementar un protocolo de seguimiento para las intervenciones en proceso. Esto podría incluir evaluaciones de la temperatura más frecuentes para acelerar la mejora en el paciente.

Respecto a la segunda conclusión, se recomienda tomar fármacos prescrito en los horarios fijados para evitar la manifestación del dolor. Además, es necesario apoyar al paciente durante los cambios con el propósito de prevenir incomodidades o incrementar el dolor.

Respecto a la tercera conclusión, se proporciona al paciente información sobre el su estado en el cual él pueda consumir líquidos para mantenerse hidratado, se aconseja consumir líquidos y electrolitos.

Respecto a la cuarta conclusión, es crucial monitorear el ambiente del paciente una iluminación apropiada y fomentar la actividad física para así optimizar la posición para mayor comodidad.

Respecto a la quinta conclusión, se recomienda mantener el área limpia también se recomienda los cambios de posición por lo menos dos horas para así evitar dicho riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Organización Mundial de la Salud (OMS) HIV/AIDS [Internet]. 2023 [citado el 29 de abril 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

2. La atención de las personas VIH. Perth: División de Redes de Salud, Departamento de Salud. Australia Occidental: Departamento de Salud, Australia Occidental; [Internet]. 2024. Disponible en: https://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11258/2/06%20ENF%201178%20TRABAJO%pdf

3. Pérez J. VIH/SIDA en Cuba: avances y desafíos [Internet]. 2024 [citado el 29 de abril del 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192024000100011&script=sci_arttext&tlng=en

4. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. 2023 [citado el 20 de marzo del 2025 ]. Disponible en : https://www.paho.org/es/temas/vihsida

5. Díaz M, Fernández P. Bienestar psicosocial en el proceso de cuidados de enfermería en pacientes con VIH [Internet]. 2025 [citado 20 de mayo del 2020]. Disponible file:///C:/Users/WINDOWS%2010/Downloads/CHOSICA%202025/ENERO%202025/Dialnet-BienestarPsicosocialEnElProcesoDeCuidadosDeEnferme-7192555.pdf

6. Ramírez G, García P. Abordaje integral del VIH en América Latina [Internet]. 2023 [citado 29 abril del 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v28n2/0122-0667-rmri-28-02-86.pdf

7. Organización Panamericana de la Salud. VIH en Guatemala: desafíos y avances en el papel crucial de las comunidades [Internet]. 2023 [citado el 29]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/4-12-2023-vih-guatemala-desafios-avances-papel-crucial-comunidades

8. Sánchez C. Manual sobre el VIH y su prevención [Internet]. 2025 [citado 2025 Apr 29]. Disponible en:

file:///C:/Users/WINDOWS%2010/Downloads/CHOSICA%202025/ENERO%202025/document+(7)%20(1).

9. Universidad Peruana Unión. Proyecto de investigación sobre el tratamiento del VIH [Internet]. 2024 [citado 2025 marzo 29]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/829fe2b4-0158-48fa-bd86-e9666d1dfa90/content

10. Remeció R. Impacto del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en Lima [Internet]. 2023 [citado 2025 Apr 29]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/12775/remicio_sme.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Consejería de Salud de Extremadura. Libro SIDA 2018 [Internet]. 2018 [citado 2025 Apr 29]. Disponible en : https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/VIH/LIBRO%20SIDA%2018.pdf

12. Hoffmann. HIV 2023/2024. https://www.hivbuch.de/wpcontent/uploads/2020/11/HIV2023-24E_online.pdf

13. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 2023. Aprender a vivir con el VIH/SIDA. https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/617c161e-2d03-4452-b748-af0a63771923/content

14. García. 2022. Los efectos sociales del VIH y el sida en México. https://libros.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2023/11/LIBRO-Los-efectos-sociales-del-VIH-Ed-electro%CC%81nica.pdf

15. Herra. 2024. VIHsibles. Una respuesta comunitaria a la pandemia. https://cicde.uned.ac.cr/images/cicde/recursos/VIHsibles-libro.pdf

16. Orem E. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.Disponible en: https://www.elsevier.com/

17. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026. Edición hispanoamericana. 2024

18. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. *Harrison. Principios de medicina interna* [Internet]. 20.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2020 [revisión 2024; consultado 22 abr 2025]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com

19. Laso Guzmán FJ. Diagnóstico diferencial en medicina interna [Internet]. 5. ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2023 [consultado 22 abr 2025]. ISBN: 978-84-1382-207-5. Disponible en: https://books.google.es/books?id=lb29EAAAQBAJ

20. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. Harrison. Manual de Medicina [Internet]. 20.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2020 [consultado 22 abr 2025]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2943&sectionid=247751484

21. Rathmell JP, Fields HL. Dolor: fisiopatología y tratamiento. En: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna* [Internet]. 20.ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2018 [consultado 22 abr 2025]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461&sectionid=199172418

22. Catalá E, Ferrándiz M, Genové M, eds. *Manual del tratamiento del dolor* [internet]. 3.ª ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2015 [consultado 22 abr 2025]. ISBN: 978-84-9926-842-2. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Eddy-Salvador/publication/290805183_Manual_del_tratamiento_del_dolor/links/569bb09808aea14769543ab6/Manual-del-tratamiento-del-dolor.pdf

23. López Álvarez, Servando; López Gutiérrez, Ana; Vázquez Lima, Ana. *Claves para optimizar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria* [internet]. Madrid: © 2017; 2017 [consultado 22 abr 2025]. 48 p. Disponible en: https://www.asecma.org/Documentos/Blog/Libro%20-%20Dolor%20agudo%20Postoperatorio_completo.pdf

24. Ackley B, Ladwig G, Makic M, Martinez-Kratz M. *Manual de diagnósticos de enfermería: Guía para la planificación de cuidados*. 13ª ed. St. Louis: Elsevier; 2023.

25. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall A. *Fundamentals of nursing* [Internet]. 9.ª ed. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2015 [consultado 22 abr 2025]. ISBN: 978-0-323-39991-3. Disponible en: https://shop.elsevier.com/books/fundamentals-of-nursing/potter/978-0-323-32740-4

26. Carpenito L. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 15ª ed. Madrid: Lippincott Williams & Wilkins; 2017. 226 p. https://www.academia.edu/44553593/Man%C3%BAal_de_diagn%C3%B3sticos_enferm%C3%A9ros_Carpenito

27. Wilkinson J, Ahern N. Manual de Diagnósticos de Enfermería [Internet]. 1.ª ed. Madrid: Prentice-Hall; 2008 [consultado 2025 Abr 22]. Disponible en: https://www.glifos.biblioteca.cunoc.edu.gt/library/images/4/40/1566-Manual-Diagnosticos-Enfermeria-Wilkinson_Judith_y_Ahern_Nacy.pdf

28. Lewis SL, Heitkemper LA. Medical-Surgical Nursing [Internet]. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2018

29. Gomella LG, Haist SA, eds. Líquidos y electrolitos. En: *Gomella y Haist. Manual de referencia clínica para estudiantes y residentes* [Internet]. 12.ª ed. Nueva York: McGraw Hill Education; 2023 [consultado 22 abr 2025]. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3358&sectionid=279129201

30. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; [citado 2025 abr 22]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html

31. Putruele S, Quiroga C, Sáenz Valiente A, Viltre IA, Dayan FA, Villada M, Motta G, Porra ML, Lamprópulos A, Infesta P, Peralta L, Di Pilla D, Comité de Seguridad del Paciente "Dra. Graciela Berenstein". *Manual de prevención y tratamiento de lesiones por presión*. Buenos Aires: Hospital Nacional Prof.

Alejandro Posadas; 2022. [Citado 2025 abr 22]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/manual_lpp_2022_v.3_final.pdf.

32. Abad García R, Aguirre Aranaz RM, Arizmendi Pérez M, Beaskoetxea Gómez P, Beistegui Alejandre I, Camiruaga Zalbidea I, et al. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Osakidetza; 2017 Oct. [Citado 2025 abr 22]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf

33. Consejo Internacional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras. ICN; 2021. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_DE-2021.pdf

# ANEXOS

## Anexo A. Formato de valoración por patrones funcionales

UMA
Universidad María Auxiliadora

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO**

**DATOS GENERALES**
Nombre del paciente....MSD.....Fecha de Nacimiento..01-09-96.. Edad..28.. Dirección.....
Fecha de ingreso al servicio..10-02-25..... Hora..8pm.. Persona de referencia..... Telf.....96203621 5
Procedencia: Admisión ( ) Emergencia (X) Otro hospital ( ) Otro ( )
Forma de llegada: ~~Ambulatorio~~ (X) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) Otro ( )
Peso: 50..... Estatura..1.70..... PA..90/60.. FC..120.. FR..18.... T°..39..
Fuente de información: Paciente (X) Familiar ( ) Otro.....

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

**VALORACIÓN DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES**

**PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD**
¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad?...ou el paciente tiene VIH.....
¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?.....—.....
Estado de enfermedad: Controlada: Si ( ) No (X)
Herida Quirúrgica.....
Estilos de vida/Hábitos
USO DE TABACO
SI ( ) NO (X)
Cant/Frec. _____
USO DE ALCOHOL
SI ( ) NO (X)
Cant/Frec. _____
Comentarios.....
Consumo de medicamentos con o sin indicación:

| ¿Qué toma actualmente? | Dosis/Frec. | Ultima dosis |
|---|---|---|
| tratamiento para VIH | | |
| | | |
| | | |

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad....El paciente no tomaba su medicamento
Estado de higiene:
Corporal....Paciente está flaco.....
Hogar.....
Comunidad.....
Estilo de alimentación.....
Termorregulación: Inefectiva ( ) Motivo.....
Hipertermia (X) Hipotermia ( ) Temperatura.....39.....
Vías aéreas permeables Si (X) 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?

**PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO**
Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si (X) No ( )
Apetito: Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )
Dific. Para deglutir: No ( ) Si (X) Motivo.....
Nauseas (X) Pirosis ( ) Vómitos (X) Cant.....
SNG: No ( ) Si ( ) Especificar.....
Abdomen: Normal ( ) Distendido (X) Doloroso ( )
Ruidos hidroaéreos: Aumentado ( ) Disminuido ( ) Ausente ( )
Drenaje: No ( ) Si ( ) Especificar.....
Hidratación piel: Seca (X) Turgente ( ) Otro.....
Estado de piel y mucosas.....
Edema: No (X) Si ( ) Tipo y localización.....
Comentarios adicionales.....
Aliment. Niño: Lactancia No (X) 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 ( ) Ceguera ( ) Pobreza ( )
Lesión cerebral ( ) Enfermedad mental ( )
ADULTO: NUTRICIÓN: IMC.....
Normal ( ) Delgadez (X) Obesidad ( )
DESARROLLO:
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
Anorexia ( ) Fatiga ( ) Deshidratación (X) Enfermedad ( )
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

**PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**
Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día.....5.....

UMA
Universidad María Auxiliadora

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

**Escala de Norton:**

| Estado Físico General | Estado Mental | Actividad | Movilidad | Incontinencia | Puntos |
|---|---|---|---|---|---|
| Bueno | ~~Alerta~~ | Deambula | total | ninguna | 4 |
| Mediano | Apático | ~~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 | CARACTERISTICAS |
|---|---|---|
| 0 | Ninguna, pie de riesgo | Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea |
| I | Ulceras superficiales | Destrucción del espesor total de la piel |
| II | Ulceras profundas | Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada |
| III | Ulceras 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 venioso, lipo–dermato –esclerosis)
Clase 5 : Cambios cutáneos, con ulcera cicatrizada
Clase 6 : Ulcera 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?

**PATRÓN 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<br>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<br>DEPENDIENTE : No se viste solo |
| Usar Retrete | INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la baño. Usa el baño<br>DEPENDIENTE :incluye usar el orinal o la chata |
| Movilidad | INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama<br>DEPENDIENTE :Requiere de ayuda |
| Continencia | INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación<br>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<br>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 la seis funciones

Aparatos de ayuda: Ninguno (X) Muletas ( ) Andador ( )
S. de Ruedas ( ) Bastón ( ) otros ( )
Movilidad de miembros:
Contracturas ( ) Flacidez (X) Parálisis ( )
Fuerza Muscular: Conservada ( ) Disminuida (X)
Fatiga Si ( ) No ( ) Otros motivos de déficit de autocuidado
.....
ACTIVIDAD CIRCULATORIA
Pulso ( ) Irregular ( )
Pulso periférico : Pedio ( ) ( ).....( ) ( )
Poplíteo ( ) ( ).....( ) ( )

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 ( ) Fría ( )
Extremidades Inferiores: Normal ( ) Cianosis ( ) Fría ( )
Presencia de líneas Invasivas .....
ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Respiración: Regular ( ) Irregular (X)
Disnea ( ) Cianosis ( ) Fatiga ( ) Otro ( )
Gasometría..... Comentarios Adicionales.....
Traqueostomía No ( ) Si ( ).....
Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico..... $SatO_2$.....

**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

UMA
Universidad María Auxiliadora

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

**DATOS GENERALES**
Nombre del paciente: MSD Fecha de Nacimiento: 01-09-96 Edad: 28 Dirección:
Fecha de ingreso al servicio: 10-02-25 Hora: 8pm Persona de referencia: Telf: 96203 6215
Procedencia: Admisión ( ) Emergencia (X) Otro hospital ( ) Otro ( )
Forma de llegada: ~~Ambulatorio~~ (X) Silla de ruedas ( ) Camilla ( ) Otro ( )
Peso: 50 Estatura: 1.70 PA: 90/50 FC: 120 FR: 18 T°: 39
Fuente de información: Paciente (X) Familiar ( ) Otro

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

## VALORACIÓN DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

**PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD**
¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad? Que el paciente tiene VIH
¿Qué necesita saber sobre su enfermedad? ——
Estado de enfermedad: Controlada: Si ( ) No (X)
Herida Quirúrgica
Estilos de vida/Hábitos
USO DE TABACO: SI ( ) NO (X) Cant/Frec.
USO DE ALCOHOL: SI ( ) NO (X) Cant/Frec.
Comentarios
Consumo de medicamentos con o sin indicación:

| ¿Qué toma actualmente? | Dosis/Frec. | Ultima dosis |
|---|---|---|
| Tratamiento para VIH | | |
| | | |
| | | |

Motivo de incumplimiento de indicaciones médicas en la familia y comunidad: El paciente no tomado su medicamento
Estado de higiene:
Corporal: Paciente está flaco
Hogar
Comunidad
Estilo de alimentación
Termorregulación: Inefectiva ( ) Motivo
Hipertermia (X) Hipotermia ( ) Temperatura: 39
Vías aéreas permeables Si (X) 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?

**PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO**
Cambios de peso durante los últimos 6 meses: Si (X) No ( )
Apetito: Normal ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( )
Dific. Para deglutir: No ( ) Si (X) Motivo
Nauseas (X) Pirosis ( ) Vómitos (X) Cant
SNG: No ( ) Si ( ) Especificar
Abdomen: Normal ( ) Distendido (X) Doloroso ( )
Ruidos hidroaéreos: Aumentado ( ) Disminuido ( ) Ausente ( )
Drenaje: No ( ) Si ( ) Especificar
Hidratación piel: Seca (X) Turgente ( ) Otro
Estado de piel y mucosas
Edema: No (X) Si ( ) Tipo y localización
Comentarios adicionales
Aliment. Niño: Lactancia No (X) 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 ( ) Ceguera ( ) Pobreza ( )
Lesión cerebral ( ) Enfermedad mental ( )
ADULTO: NUTRICIÓN: IMC
Normal ( ) Delgadez (X) Obesidad ( )
DESARROLLO:
Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
Anorexia ( ) Fatiga ( ) Deshidratación (X) Enfermedad ( )
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

**PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**
Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día: 5

**Anexo B. Escala de medición**

## Anexo C. Consentimiento informado.

**Consentimiento informado**

**Propósito y procedimientos**

Se me informado sobre el trabajo académico proceso del cuidado enfermero.

Cuyo objetivo es aplicar el proceso de enfermería.

Este caso clínico está siendo ejecutado por la estudiante:

Marita Leyddi Muñico Marquiño

Bajo la consulta del Mg: Espinoza Carmones, Eloy Lucio.

Los datos obtenidos por medio de la guía de valoración, entrevista y examen físico serán de carácter confidencial y se usarán solo para fines del estudio.

**Riesgo del estudio:**

Se me ha comunicado que no hay ningún peligro físico, químico, biológico y psicológico; agregado con este trabajo académico. Pero como se conseguirá algunos datos personales, está la probabilidad de que mi identidad pueda ser reconocida por la información brindada. Sin embargo, se tendrá prudencia, como la identificación por números para disminuir dicha posibilidad.

**Beneficios del estudio**

No hay pago alguno por la participación en este estudio.

**Participación voluntaria:**

Se me ha comunicado que mi colaboración en el estudio es totalmente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté terminado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este trabajo.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del estuante, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellidos: MSD

DNI: 80772634 FECHA 10-03-25 FIRMA

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