

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

Bienvenidos a este espacio de conocimiento y transformación. La publicación de esta revista clínica no nace de la casualidad, sino de una profunda convicción: la enfermería contemporánea es una ciencia del cuidado autónoma, rigurosa y en constante evolución. En un entorno sanitario donde las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan un desafío epidemiológico, social y humano de primer orden, nuestra disciplina no puede limitarse a la ejecución pasiva de tareas técnicas; estamos llamados a liderar la vanguardia de la atención a través del pensamiento crítico y la Práctica Basada en la Evidencia (PBE).

*Los módulos, guías y casos clínicos interactivos que componen esta obra han sido diseñados bajo las metodologías de **Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)** y **clase invertida**. El objetivo es claro: desafiarlos a romper con el aprendizaje memorístico y dotarlos de las herramientas para argumentar científicamente cada una de sus decisiones en el cubículo de atención. A lo largo de estas páginas, verán cómo la alta complejidad de la microbiología y la virología molecular se traduce de forma matemática y humana mediante el **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** en sus 5 fases sistemáticas, empleando las taxonomías normalizadas NANDA-I, NOC y NIC.*

Como autores y docentes, nuestro mayor anhelo es que descubran en este material el verdadero valor diferencial de nuestra profesión. El éxito en el abordaje de las ITS no se mide únicamente por la erradicación biológica de un patógeno, sino por nuestra capacidad para mitigar riesgos farmacológicos agudos, quiebre de cadenas de transmisión comunitaria de superbacterias, y de manera primordial, por el arte de sanar el tejido social, desmantelando el estigma y la culpa a través de la consejería empática.

Los invito a explorar esta revista con mente abierta, rigor científico y una profunda sensibilidad humana. El futuro de la salud pública y la seguridad de nuestros pacientes se construyen a partir del conocimiento que decidamos consolidar hoy.

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel

Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo

Prof. Lic. Romos Ana Belen

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

INTRODUCCIÓN GENERAL AL MANUAL CLÍNICO: ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ITS

El abordaje contemporáneo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituye uno de los desafíos más complejos y prioritarios para los sistemas de salud pública a nivel global. Tradicionalmente, la enseñanza y el manejo de estas patologías se han limitado a una visión puramente biomédica y farmacocentrista, reduciendo la intervención sanitaria a la erradicación del agente etiológico. Sin embargo, la persistencia de las tasas de incidencia y las barreras de acceso evidencian que las ITS no son únicamente fenómenos biológicos, sino problemáticas profundamente ligadas a determinantes sociales de la salud, el estigma, la vulnerabilidad estructural y las conductas humanas. Es en esta intersección biopsicosocial donde el rol del profesional de enfermería emerge como el eje integrador fundamental de la atención.

En el marco de la educación superior en ciencias de la salud, metodologías activas como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y el modelo de clase invertida exigen que el estudiante no sea un receptor pasivo de información, sino un agente crítico capaz de articular la ciencia de vanguardia con la práctica asistencial directa. Para lograr esta competencia, la enfermería moderna se sustenta en la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), un enfoque metodológico que obliga al profesional a consultar de forma sistemática las últimas guías clínicas mundiales, investigaciones indexadas y metanálisis validados, desterrando de la práctica clínica el empirismo, la intuición no fundamentada o la repetición irreflexiva de rutinas institucionales.

La operacionalización de esta evidencia científica no se realiza de forma aislada, sino a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Estructurado en sus 5 fases sistemáticas (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación), el PAE representa el método científico propio de nuestra disciplina. A través de él, el enfermero traduce los hallazgos biológicos avanzados (como las variaciones antigénicas bacterianas o los niveles de carga viral molecular) en respuestas humanas medibles. Mediante el uso estricto de las taxonomías internacionales normalizadas NANDA-I, NOC y NIC, el profesional fundamenta un juicio clínico autónomo que no solo garantiza la seguridad biológica del paciente durante tratamientos críticos, sino que también lidera las intervenciones de vigilancia epidemiológica comunitaria y el empoderamiento social del individuo post-alta. Este manual ha sido diseñado como una guía teórico-práctica interactiva para que el futuro profesional de enfermería aprenda a pensar clínicamente, a argumentar con rigor científico y a liderar con un sentido profundamente humano el cuidado integral de las personas con ITS.

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: SÍFILIS (MÓDULO I)

1. ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL PATÓGENO

La sífilis es una infección sistémica crónica provocada por la bacteria *Treponema pallidum* subespecie *pallidum*, la cual pertenece al orden *Spirochaetales* y a la familia *Treponemataceae*.

- **Morfología:** Es una bacteria helicoidal o en forma de espiral, con un diámetro aproximado de 0.15 μm y una longitud de 5 a 15 μm . Cuenta con endoflagelos ubicados en el espacio periplásmico que le facilitan su característico movimiento de rotación sobre su propio eje.
- **Viabilidad:** Se comporta como un patógeno humano obligado de carácter microaerófilo. Al ser extremadamente sensible a la desecación, al calor y a los desinfectantes comunes, su supervivencia fuera del organismo humano es casi nula; por ello requiere un contacto directo e íntimo para transmitirse.
- **Estructura antigénica:** Su membrana externa carece de lipopolisacáridos (LPS), una característica única que reduce la respuesta inmune innata inicial del huésped y le ayuda a evadir la detección sistémica en las etapas tempranas de la invasión.

2. FISIOPATOLOGÍA Y MECANISMO DE INVASIÓN

La patogenia de la sífilis destaca por su extraordinaria velocidad de diseminación sistémica y la respuesta inflamatoria celular que desencadena en los tejidos.

1. **Penetración y Adhesión:** El microorganismo se introduce mediante microabrasiones imperceptibles en el epitelio escamoso o cilíndrico de las mucosas genitales, anales u orales. Proteínas específicas de su membrana externa (como las adhesinas Tp0155) se unen firmemente a la fibronectina de la matriz extracelular del huésped.
2. **Diseminación Precoz:** A las pocas horas de ocurrir la inoculación, las espiroquetas migran hacia los vasos linfáticos regionales y acceden al torrente sanguíneo, distribuyéndose por todo el cuerpo mucho antes de que se manifieste el chancro primario.
3. **Endarteritis Obliterante:** El daño tisular es consecuencia directa de la respuesta inmunitaria del huésped. Se genera un infiltrado denso de linfocitos T, células plasmáticas y macrófagos alrededor de los vasos sanguíneos pequeños, provocando inflamación endotelial (**endarteritis obliterante**), isquemia local y la posterior necrosis que da origen a la úlcera clínica.
4. **Variación Antigénica:** La bacteria altera constantemente la expresión de sus proteínas de superficie a lo largo del tiempo. Este mecanismo de evasión debilita la eficacia de los anticuerpos circulantes y facilita la persistencia crónica de la infección durante los periodos de latencia.

3. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS

La identificación de las variables de exposición es clave para orientar las intervenciones preventivas y la valoración clínica de enfermería:

- **Relaciones sexuales desprotegidas:** Coito vaginal, anal u oral sin el uso correcto, sistemático y completo de métodos de barrera mecánicos (preservativos de látex o poliuretano).
- **Múltiples parejas sexuales:** Mantener encuentros sexuales con parejas nuevas, casuales o concurrentes sin un tamizaje o control previo de salud sexual.
- **Uso de sustancias psicoactivas:** El consumo de alcohol o drogas recreativas disminuye la percepción del riesgo, altera el juicio clínico del individuo y está asociado directamente con una menor adherencia al uso de métodos anticonceptivos de barrera.

- **Coinfección por otras ITS:** Lesiones ulcerosas previas (como las del herpes simple) rompen la continuidad de la barrera cutánea, facilitando el ingreso físico del *Treponema*. Además, la coexistencia con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) altera y agrava el curso clínico de la enfermedad.
- **Vulnerabilidad estructural:** Limitaciones en el acceso a servicios de salud oportunos, educación sexual integral deficiente en el entorno y el estigma social que retrasa la consulta médica por temor a la discriminación.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS)

Por su capacidad para imitar otras afecciones dermatológicas y sistémicas, se le conoce clínicamente como "*La Gran Simuladora*". Su evolución se divide en etapas cronológicas bien definidas:

Sífilis Primaria

- **Chancro Sifilítico:** Es la lesión inicial patognomónica que se presenta entre 10 y 90 días (con un promedio de 3 semanas) tras el contagio. Es una úlcera única, **indolora**, de base limpia, bordes sobreelevados perfectamente delimitados y consistencia indurada al tacto (sensación de botón). Se ubica comúnmente en genitales externos, conducto anal, cuello uterino o cavidad oral.
- **Linfadenopatía regional:** Aparecen ganglios inflamados bilaterales en la zona anatómica cercana a la lesión, los cuales son firmes, móviles y tampoco generan dolor. El chancro cicatriza de forma espontánea en un lapso de 3 a 6 semanas, aun sin recibir tratamiento antibiótico.

Sífilis Secundaria

Se manifiesta de 2 a 12 semanas después de la aparición del chancro debido a la multiplicación masiva y diseminación de la bacteria por la vía hematógena.

- **Roséola Sifilítica:** Exantema máculo-papular generalizado que no produce prurito (no pica). Afecta predominantemente al tronco, extremidades y compromete de forma muy característica e inequívoca **las palmas de las manos y las plantas de los pies**.
- **Condilomas Planos (*Condilomata lata*):** Lesiones sobreelevadas, anchas, húmedas, grisáceas y altamente contagiosas localizadas en pliegues cutáneos expuestos al calor y humedad (región perianal, axilas e ingles).
- **Síntomas Constitucionales:** Fiebre de baja intensidad, cefalea, mialgias generalizadas, fatiga extrema, adenopatías palpables generalizadas y alopecia difusa en parches (conocida clásicamente como "mordida de ratón").

Sífilis Latente

Fase clínicamente asintomática donde la infección activa solo se detecta mediante pruebas serológicas de laboratorio. Se clasifica en:

- **Latente temprana:** Menos de un año desde la adquisición de la bacteria. Existe el riesgo latente de recaídas infecciosas secundarias en la piel.
- **Latente tardía:** Más de un año de evolución comprobada. La transmisión por vía sexual es muy poco frecuente, pero persiste el daño interno y silencioso en órganos diana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee; 2016 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: who.int
- [2] Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: cdc.gov
- [3] World Health Organization. Syphilis: Fact Sheet. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: who.int

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

- [4] Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
- [5] British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). National Guideline for the Management of Syphilis 2024. Macclesfield: BASHH; 2024 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: [bashh.org](https://www.bashh.org)

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: SÍFILIS

5. COMPLICACIONES DE LA SÍFILIS: ETAPA TERCIARIA Y CONGÉNITA

Cuando la infección por *Treponema pallidum* no se diagnostica ni se trata a tiempo, progresa silenciosamente provocando daños estructurales irreversibles y potencialmente mortales.

Sífilis Terciaria

Aparece en aproximadamente un tercio de los pacientes no tratados, entre 1 y 30 años después de la infección inicial. Se manifiesta en tres formas clínicas principales: [1]

- **Sífilis Gomosa:** Caracterizada por la aparición de "gomos", que son lesiones granulomatosas localizadas, destructivas y crónicas. Pueden desarrollarse en cualquier órgano, pero afectan con mayor frecuencia a la piel, los huesos y el hígado, causando necrosis tisular grave. [1]
- **Sífilis Cardiovascular:** El patógeno invade la capa adventicia de la aorta, provocando una endarteritis de los *vasa vasorum*. Esto debilita la pared arterial y conduce a la formación de **aneurismas de la aorta ascendente**, insuficiencia de la válvula aórtica y estenosis coronaria.
- **Neurosífilis:** Puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad, pero sus formas tardías son devastadoras. Incluye la **sífilis meningovascular** (infartos cerebrales por inflamación arterial) y la **sífilis parenquimatosa**, que se manifiesta como *parálisis general progresiva* (demencia, alteraciones psiquiátricas) y *tabes dorsal* (desmielinización de los cordones posteriores de la médula espinal que causa ataxia de la marcha, dolores lancinantes y pérdida de reflejos). [1]

Sífilis Congénita

Ocurre por la transmisión transplacentaria del *Treponema pallidum* desde una mujer gestante infectada al feto. El riesgo de transmisión es cercano al 100% en la sífilis primaria y secundaria materna. [1, 2, 3, 4]

- **Consecuencias Obstétricas:** Causa aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina, parto pretérmino, hidropesía fetal o muerte neonatal. [1, 2]
- **Sífilis Congénita Temprana (Manifestada antes de los 2 años):** El neonato presenta hepatoesplenomegalia, ictericia, rinitis hemorrágica ("glaire"), exantema palmoplantar (penfigoide sifilítico), linfadenopatías generalizadas y alteraciones óseas visibles en radiografías (osteocondritis y periostitis). [1, 2, 3]
- **Sífilis Congénita Tardía (Manifestada después de los 2 años):** Secuelas del desarrollo inflamatorio crónico que configuran la clásica **Tríada de Hutchinson** (queratitis intersticial que produce ceguera, sordera neurosensorial por afectación del octavo par craneal y dientes de Hutchinson). Otras deformidades incluyen la nariz en "silla de montar" y las tibias en "sable". [1, 2]

6. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LABORATORIO

El diagnóstico definitivo de la sífilis requiere correlación clínica y el uso combinado de pruebas de laboratorio directas e indirectas (serológicas). [1]

Pruebas Directas (Visualización del Patógeno)

- **Microscopía de Campo Oscuro:** Permite observar espiroquetas vivas y móviles a partir del exudado fresco del chancro o de lesiones secundarias. Es el método ideal en la sífilis primaria temprana, antes de que el cuerpo produzca anticuerpos detectables. Su limitación es que requiere personal experto y equipo especializado.

- **Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR):** Detecta el ADN bacteriano en muestras de lesiones, tejidos o líquido cefalorraquídeo (LCR). Posee una alta especificidad y sensibilidad.

Pruebas Indirectas o Serológicas (Detección de Anticuerpos)

El tamizaje y confirmación estándar se basan en dos tipos de anticuerpos:

A. Pruebas No Treponémicas (Ej. VDRL y RPR)

- **Mecanismo:** Detectan anticuerpos de tipo IgG e IgM dirigidos contra un complejo antigénico de *cardiolipina-colesterol-lecitina*, liberado por las células dañadas del huésped y la propia bacteria.
- **Prueba VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*):** Es una técnica de floculación que se reporta en títulos (ej. 1:4, 1:16, 1:32).
- **Utilidad Clínica:** Son ideales para el tamizaje masivo por su bajo costo y rapidez. Además, **son fundamentales para evaluar la respuesta al tratamiento**, ya que los títulos deben descender significativamente (al menos 4 veces o dos diluciones, por ejemplo, de 1:32 a 1:8) tras una terapia exitosa.
- **Limitaciones:** Carecen de especificidad absoluta. Pueden dar **falsos positivos** en pacientes con enfermedades autoinmunes (lupus), embarazo, infecciones virales agudas, uso de drogas inyectables o edad avanzada. [1, 2, 3]

B. Pruebas Treponémicas (Ej. FTA-ABS y TPHA / TP-PA)

- **Mecanismo:** Detectan anticuerpos específicos dirigidos exclusivamente contra los antígenos de *Treponema pallidum*.
- **Prueba FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*):** Utiliza la inmunofluorescencia indirecta para confirmar la presencia del anticuerpo específico en el suero del paciente.
- **Utilidad Clínica:** Se utilizan como **pruebas confirmatorias** cuando una prueba no treponémica (VDRL) resulta reactiva, descartando así los falsos positivos.
- **Particularidad Crítica:** Una vez que resultan positivas, **permanecen reactivas de por vida** en la gran mayoría de los pacientes (cicatriz serológica), por lo que **no sirven** para monitorizar la eficacia del tratamiento ni para diagnosticar una reinfección. [1, 2, 3]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centers for Disease Control and Prevention. Syphilis - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: [cdc.gov](https://www.cdc.gov)

World Health Organization. Syphilis: Fact Sheet. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: [who.int](https://www.who.int)

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. Nat Rev Dis Primers. 2023;9(1):45.

Stamm LV. Syphilis: Re-emerging Infection and Significance. In: Reference Module in Biomedical Sciences. Elsevier; 2024. p. 112-125.

DOCUMENTO DE APLICACIÓN PRÁCTICA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN SÍFILIS

1. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA AVANZADA

Para la recolección de datos en un paciente con sospecha o confirmación de sífilis, el profesional de enfermería debe utilizar el modelo de **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, priorizando:

- **Patrón 1: Percepción y Control de la Salud:** Cumplimiento de tratamientos previos, conocimiento sobre ITS, uso de métodos de barrera, presencia de alergias (especialmente a la Penicilina).
- **Patrón 2: Nutricional - Metabólico:** Inspección minuciosa de la piel y mucosas (búsqueda de chancro, roséola palmoplantar, condilomas planos o gomas).
- **Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto:** Evaluación del impacto emocional, sentimientos de culpa, vergüenza o temor al rechazo social derivados del diagnóstico.
- **Patrón 10: Tolerancia al Estrés / Afrontamiento:** Mecanismos del paciente para afrontar una enfermedad estigmatizada y nivel de apoyo familiar o de pareja.

2. PLANES DE CUIDADOS COMPLETOS

A. DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL PROBLEMA (CASO REAL / ENFERMEDAD)

Este diagnóstico aborda el daño tisular visible y activo de la sífilis primaria o secundaria, fundamentando nuestra base clínica en la valoración dermatológica.

- **Diagnóstico NANDA: Deterioro de la integridad tisular (00044)** r/c alteración de la circulación celular (endarteritis obliterante por *T. pallidum*) m/p chancro indurado en mucosa genital o lesiones maculopapulares en piel.
- **Resultado NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).**
 - o *Indicador 110101:* Integridad de la piel.
 - o *Indicador 110115:* Lesiones cutáneas.
 - o *Puntuación Diana Inicial:* **2** (Sustancialmente comprometido).
- **Intervención NIC (Ejecución): Vigilancia de la piel (3590).**
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Inspeccionar el sitio de la lesión (chancro o condiloma) registrando de forma exacta en la hoja de enfermería el color, tamaño, bordes, presencia de exudado y signos de sobreinfección bacteriana secundaria.
 2. Instar al paciente a mantener el área limpia y seca de manera estricta, prohibiendo el uso de cremas o remedios caseros que alteren la cicatrización natural.
 3. Monitorizar la regresión y desaparición de las lesiones dermatológicas tras la primera dosis de Penicilina, sirviendo como indicador clínico directo de efectividad del fármaco.
- **Evaluación del NOC (Fase de Cierre):**
 - o *Puntuación Diana Final Esperada:* **5** (No comprometido) tras 14 días de evolución post-tratamiento.
 - o *Criterio de Éxito:* Las lesiones ulcerosas epitelizan completamente, desaparece la induración local y el exantema palmoplantar remite en su totalidad sin dejar cicatrices ni sobreinfecciones.

B. DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Enfocado en la seguridad del paciente. Aquí nos destacamos en la base clínica del tratamiento, previniendo una de las complicaciones agudas más severas de la administración de penicilina.

- **Diagnóstico NANDA: Riesgo de respuesta alérgica adversa (00218)** r/c exposición a alérgeno farmacológico (Penicilina G Benzatínica).
- **Resultado NOC: Respuesta alérgica: sistémica (0706).**
 - o *Indicador 070601:* Dificultad respiratoria.
 - o *Indicador 070603:* Taquicardia.
 - o *Indicador 070605:* Prurito generalizado.
 - o *Puntuación Diana Inicial:* 5 (Ninguno / Sin presencia de síntomas).
- **Intervención NIC (Ejecución): Gestión de la anafilaxia (3900) y Administración de medicación: intramuscular (2313).**
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Realizar anamnesis rigurosa sobre antecedentes alérgicos a betalactámicos antes de abrir el vial.
 2. Administrar la Penicilina G Benzatínica (2.4 millones de UI) vía intramuscular profunda en el cuadrante superior externo del glúteo utilizando la técnica de la Z para sellar el trayecto y evitar el reflujo doloroso del fármaco.
 3. Mantener al paciente en observación estricta en la sala de espera durante **30 minutos posteriores** a la inyección, monitorizando signos vitales ante el riesgo de shock anafiláctico o de la **Reacción de Jarisch-Herxheimer** (fiebre y escalofríos por lisis bacteriana masiva).
 4. Garantizar la presencia del carro de paro con Adrenalina (Epinefrina) 1:1000 precargada en la unidad de enfermería.
- **Evaluación del NOC (Fase de Cierre):**
 - o *Puntuación Diana Final Esperada:* 5 (Ninguno / El paciente se mantiene libre de complicaciones).
 - o *Criterio de Éxito:* El paciente completa el tiempo de observación post-inyección con signos vitales dentro de los parámetros normales, sin disnea, sin erupciones pruriginosas agudas ni sintomatología de shock anafiláctico.

C. DIAGNÓSTICO DE COLABORACIÓN o PROBLEMA INTERDISCIPLINAR (PC)

Aquí el enfermero colisiona positivamente con el sistema de salud pública y epidemiología. Sobresale nuestro rol en el quiebre de la cadena de transmisión mediante el tratamiento simultáneo de los contactos.

- **Enunciado Clínico: Problema Interdisciplinario (PC): Co-infección comunitaria y Reinfeción por falta de tratamiento de la pareja sexual.**
- **Objetivo / Criterio de Resultado de Colaboración:** Lograr la captación y canalización médica del 100% de las parejas sexuales del paciente índice dentro del periodo de una semana.
- **Intervención Interdisciplinar / NIC (Ejecución): Control de enfermedades transmisibles (8820).**
 - o *Actividades de Colaboración Desarrolladas:*
 1. Notificar de forma obligatoria y confidencial el caso de sífilis ante la plataforma epidemiológica regional.
 2. Entrevistar al paciente en un entorno de privacidad absoluta para identificar los contactos sexuales de los últimos 90 días, explicando la necesidad vital de romper el ciclo de contagio.
 3. Coordinar con el equipo médico la emisión de órdenes automáticas de tamizaje (VDRL/RPR) y profilaxis antibiótica inmediata para los contactos que acudan al servicio.
- **Evaluación del Resultado (Fase de Cierre):**

- o *Resultado Obtenido:* Parejas sexuales identificadas asisten al servicio de salud, reciben consejería por parte de enfermería y el esquema correspondiente de Penicilina. El paciente índice y sus contactos quedan protegidos, evitando el fenómeno de "reinfección cruzada".

D. DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR / PROMOCIÓN DE LA SALUD

Esta es nuestra obra de arte social y educativa. Nos enfocamos en el empoderamiento del paciente post-tratamiento, combatiendo el estigma social y asegurando conductas saludables a largo plazo.

- **Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar el autogestión de la salud (00293)** manifestado por el deseo expreso del paciente de adoptar medidas preventivas y mantener el seguimiento serológico post-tratamiento.
- **Resultado NOC: Conocimiento: gestión de la infección (1842) y Conducta de búsqueda de la salud (1603).**
 - o *Indicador 184201:* Modo de transmisión del patógeno.
 - o *Indicador 184206:* Importancia del seguimiento clínico post-tratamiento.
 - o *Puntuación Diana Inicial:* 1 (Ningún conocimiento).
- **Intervención NIC (Ejecución): Asesoramiento sexual (5248) y Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).**
 - o *Actividades Educativas y Sociales Desarrolladas:*
 1. Brindar consejería libre de juicios morales, validando las emociones del paciente y disipando el mito del "castigo social" para aliviar la ansiedad del diagnóstico.
 2. **Educación Post-Tratamiento Clave:** Explicar detalladamente la diferencia entre la curación clínica (desaparición de heridas) y la curación serológica, instruyendo al paciente sobre la obligatoriedad de regresar por sus laboratorios de VDRL de control a los 3, 6 y 12 meses.
 3. Enseñar el concepto de "cicatriz serológica" (las pruebas treponémicas darán positivo de por vida), para que el paciente sepa explicar su antecedente en futuras consultas médicas sin alarmar al personal.
 4. Realizar un taller interactivo demostrativo utilizando simuladores anatómicos sobre la colocación correcta, almacenamiento (no llevar en la billetera) y descarte seguro de preservativos de látex.
- **Evaluación del NOC (Fase de Cierre):**
 - o *Puntuación Diana Final Esperada:* 5 (Conocimiento extenso).
 - o *Criterio de Éxito:* El paciente verbaliza correctamente el cronograma de sus próximos controles serológicos, demuestra sin errores la colocación del preservativo en el simulador y manifiesta seguridad emocional para manejar su salud sexual post-alta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: who.int

Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico. 8a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.

CASO CLÍNICO INTERACTIVO: METODOLOGÍA ABP APLICADA A LAS 5 FASES DEL PAE (SÍFILIS)

Instrucciones para el estudiante: Lee atentamente la evolución cronológica del caso clínico de manera secuencial. Deberás resolver de forma argumentada las preguntas detonantes planteadas en cada una de las 5 fases. Este caso evalúa tu capacidad para integrar la evidencia científica con cada etapa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

FASE 1: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (EL PRIMER CONTACTO)

Historia Clínica:

Acude al servicio de enfermería comunitaria un paciente masculino de 26 años, soltero, de ocupación transportista. Refiere que desde hace aproximadamente 6 días nota una "herida extraña" en la base de su pene. Al realizar la exploración física y el examen dermatológico, observas una úlcera única de 1.2 cm de diámetro, de base limpia, bordes sobreelevados perfectamente delimitados y de consistencia indurada al tacto. El paciente enfatiza insistentemente: *"Señor/a enfermero/a, le juro que no me duele nada, por eso no vine antes, pero me asusta cómo se ve"*. Se palpan adenopatías inguinales bilaterales, firmes y móviles, no dolorosas.

Durante la entrevista dirigida (Patrón 1 y 7), el paciente se muestra sumamente ansioso, evita el contacto visual y te dice en voz baja: *"Por favor, que nadie se entere de esto en mi familia. Si tengo una cochinada de esas, me van a correr de la casa. No he podido ni dormir pensando en el estigma"*. Al indagar antecedentes, refiere relaciones sexuales desprotegidas con una pareja casual hace 3 semanas durante un viaje de trabajo. Manifiesta no usar preservativo porque *"le quita la sensibilidad"*.

Preguntas Detonantes (Fase 1):

1. **Razonamiento Fisiopatológico:** Basándote en las características físicas de la úlcera y el tiempo de incubación descrito, ¿en qué etapa de la enfermedad se encuentra el paciente y qué nombre recibe clínicamente esta lesión?
2. **Organización de Datos por Patrones:** Agrupa al menos 4 datos objetivos (signos) y 3 datos subjetivos (síntomas) obtenidos en esta fase utilizando los Patrones Funcionales de Marjory Gordon que se encuentren alterados.

FASE 2: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (EL JUICIO CLÍNICO)

Evolución del Caso: Decides canalizar al paciente para la toma de muestras de laboratorio inmediatas. Tras 24 horas, los resultados de la plataforma arrojan: **VDRL Reactivo (Títulos 1:32)** y **FTA-ABS Positivo (Reactivo)**. El médico de la unidad prescribe el esquema de elección basado en la evidencia: **Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI por vía intramuscular, dosis única**.

El paciente regresa a tu cubículo de enfermería para la aplicación de la inyección. Al ver la jeringa precargada, refiere tener mucho miedo a las agujas y te comenta que hace años le pusieron un antibiótico inyectable (no recuerda cuál) y le salieron ronchas en el cuerpo, aunque nunca le han hecho pruebas formales de alergia. Además, te confiesa que tiene una pareja estable en su ciudad de origen con la que tuvo relaciones hace 5 días sin protección.

Preguntas Detonantes (Fase 2):

1. **Juicio Serológico:** Explica la diferencia entre ambas pruebas de laboratorio. ¿Por qué una se reporta en títulos (1:32) y la otra solo como reactiva? ¿Cuál de las dos servirá para ver si el paciente se cura en el futuro?
2. **Formulación de Diagnósticos:** Redacta de forma metodológicamente correcta (utilizando el formato NANDA-I oficial provisto en el manual de lectura):

- o Un diagnóstico **Enfocado en el Problema** (Caso real) para el daño en la piel y mucosas.
- o Un diagnóstico de **Riesgo** enfocado en la seguridad biológica durante el tratamiento farmacológico inmediato.
- o Un enunciado de **Problema Interdisciplinario o de Colaboración (PC)** enfocado en la salud pública y sus parejas sexuales.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA (ESTABLECIENDO CRITERIOS NOC)

Evolución del Caso: Antes de proceder a realizar cualquier procedimiento o intervención directa, te sientas con el paciente para trazar las metas del cuidado. El paciente accede a colaborar plenamente, manifestando que desea aprender a protegerse para que esto jamás le vuelva a ocurrir y quiere saber con exactitud qué indicadores clínicos o de laboratorio nos dirán si el tratamiento realmente funcionó.

Preguntas Detonantes (Fase 3):

1. **Selección de Criterios de Resultado:** Utilizando la taxonomía NOC (proporcionada en el manual de cuidados), selecciona los **Resultados e Indicadores específicos** que utilizaremos para medir la curación del tejido epidérmico y el nivel de conocimientos que adquirirá el paciente sobre la gestión de su infección.

FASE 4: EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC)

Evolución del Caso: Con los objetivos de cuidado ya claros y validados con el paciente, te dispones a ejecutar de manera práctica el plan establecido. Debido al riesgo alérgico latente manifestado por el paciente por su antecedente farmacológico indeterminado, coordinas con el médico de turno una estrecha vigilancia previa. Deciden proceder con la administración del fármaco bajo medidas estrictas de bioseguridad en el servicio de enfermería. [\[1\]](#)

Preguntas Detonantes (Fase 4):

1. **Habilidad Técnica y Seguridad:** Describe paso a paso las intervenciones y actividades de enfermería (NIC) requeridas para administrar de forma correcta la Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI. Debes incluir: vía anatómica exacta, técnica específica de inyección para evitar el dolor o reflujo del fármaco, y las medidas de bioseguridad post-inyección que debes aplicar en la sala de espera.
2. **Intervención Social y Comunitaria:** Diseña una estrategia verbal (un guión corto o juego de roles) sobre cómo abordarías empáticamente al paciente para convencerlo de que notifique y traiga a su pareja estable a la clínica para recibir tratamiento, garantizando el quiebre de la cadena de transmisión epidemiológica.

FASE 5: EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA (EL CIERRE DEL CICLO)

Evolución del Caso: Han transcurrido 3 meses desde que administraste la dosis única de Penicilina. El paciente acude puntualmente a su primera cita de seguimiento programada contigo en el servicio de enfermería comunitaria.

Durante la valoración física actual, observas que el chancro genital ha cicatrizado por completo, la mucosa está completamente sana y no hay presencia de exantemas ni adenopatías. El paciente se muestra sonriente, empoderado y te comenta con orgullo: *"Traje a mi pareja a los tres días de mi tratamiento; a ella también la evaluaron y la trataron. Además, desde ese día compramos preservativos y los usamos siempre. Ya no tengo miedo, ahora entiendo cómo cuidar mi cuerpo"*. Al revisar su nuevo reporte de laboratorio, el **VDRL arroja títulos de 1:8**.

Preguntas Detonantes (Fase 5):

1. **Evaluación Cuantitativa del NOC:** Compara la Puntuación Diana Inicial (establecida en la Fase 3) con el estado actual del paciente en esta Fase 5. Justifica científicamente si las intervenciones de enfermería ejecutadas fueron exitosas basándote en los nuevos datos físicos y en el descenso de los títulos de VDRL.
2. **Educación Post-Tratamiento:** Si el paciente te pregunta si en sus próximos exámenes de sangre para un nuevo empleo las pruebas treponémicas (como el FTA-ABS) volverán a salir negativas alguna vez, ¿cuál debe ser la respuesta educativa y científica del enfermero/a?

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: VIH / SIDA (MÓDULO I)

1. ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL PATÓGENO

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el agente etiológico causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Pertenece a la familia *Retroviridae* y al género *Lentivirus*. Se clasifican en dos tipos principales: **VIH-1** (responsable de la pandemia global) y **VIH-2** (confinado mayormente a África Occidental). [[1](#), [2](#), [3](#)]

- **Morfología y Estructura:** Es un virus esférico, envuelto, de aproximadamente 100 a 120 nm de diámetro. Su núcleo o cápside (compuesta por la proteína p24) contiene dos copias idénticas de ARN de cadena simple de polaridad positiva. [[1](#)]
- **Componentes Críticos de la Envoltura:** Su membrana lipídica externa está tachonada por glicoproteínas esenciales para la infección: la subunidad de superficie **gp120** y la subunidad de transmembrana **gp41**.
- **Maquinaria Enzimática:** El virus transporta en su interior tres enzimas vitales para su ciclo replicativo: la **Retrotranscriptasa (Transcripción Inversa)**, la **Integrasa** y la **Proteasa**. Sin ellas, el virus es incapaz de perpetuarse en la célula huésped.

2. FISIOPATOLOGÍA AVANZADA Y CICLO DE REPLICACIÓN VIRAL

La patogenia del VIH se caracteriza por la destrucción progresiva del sistema inmunitario, mediada por el tropismo específico del virus hacia las células que expresan el receptor CD4 en su superficie, principalmente los **Linfocitos T colaboradores (CD4+)**, macrófagos y células dendríticas. El ciclo celular consta de las siguientes etapas: [[1](#)]

1. **Enlace y Fusión (Entrada):** La glicoproteína viral gp120 se une específicamente al receptor **CD4** de la célula inmunitaria. Esta unión provoca un cambio conformacional que permite a gp120 unirse a un correceptor de quimiocinas (generalmente **CCR5** en fases tempranas o **CXCR4** en fases avanzadas). Posteriormente, gp41 se inserta en la membrana celular, permitiendo la fusión y la liberación de la cápside en el citoplasma.
2. **Transcripción Inversa:** La enzima retrotranscriptasa viral convierte el ARN monocatenario del VIH en ADN bicatenario. Este proceso es altamente propenso a errores (mutaciones), lo que genera una enorme variabilidad genética que dificulta la creación de vacunas.
3. **Integración:** El ADN viral recién sintetizado migra al núcleo celular. Allí, la enzima **Integrasa** corta el ADN del huésped e inserta el ADN del virus en el genoma celular. En este estado, el virus puede permanecer latente (reservorio viral) de forma indefinida.
4. **Transcripción y Traducción:** Cuando la célula se activa, utiliza su propia maquinaria ARN polimerasa para transcribir el ADN proviral en ARN mensajero (ARNm) viral. Este ARNm migra al citoplasma, donde se traducen largas cadenas de poliproteínas virales e inactivas.
5. **Ensamblaje y Maduración:** Las proteínas virales y el ARN genómico se desplazan hacia la periferia celular para ensamblar un virión inmaduro que brota de la membrana celular.

Finalmente, la enzima **Proteasa** corta las cadenas poliproteicas inactivas, reorganizando la estructura interna del virus y convirtiéndolo en un virión maduro y altamente infectante.

3. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS

Basado en los datos epidemiológicos globales y regionales, las principales variables que aumentan la susceptibilidad de exposición y transmisión comunitaria son: [\[1\]](#)

- **Relaciones sexuales desprotegidas:** Coito anal (vía de mayor riesgo biológico debido a la fragilidad de la mucosa rectal) o vaginal sin el uso correcto y sistemático de preservativos con parejas con carga viral positiva o desconocida.
- **Exposición percutánea (Compartir agujas):** Prácticas de inyección de drogas recreativas utilizando jeringas o materiales contaminados con sangre infectada.
- **Presencia de otras ITS ulcerosas:** Infecciones concurrentes como Sífilis o Herpes rompen la integridad epitelial mucosa, sirviendo como puertas de entrada masivas que multiplican la vulnerabilidad al VIH.
- **Transmisión Vertical (Madre a hijo):** Exposición fetal/neonatal durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna si la madre carece de un adecuado control o supresión virológica.
- **Factores Sociales y Estigma:** El miedo a la discriminación y la exclusión social retrasa el tamizaje oportuno, perpetuando cadenas de transmisión ocultas debido al diagnóstico tardío. [\[1, 2, 3, 4, 5\]](#)

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS)

La progresión natural de la infección por VIH se clasifica clínicamente en tres etapas principales bien diferenciadas: [\[1\]](#)

Etapas 1: Infección Aguda (Síndrome Retroviral Agudo)

Aparece entre las **2 y 4 semanas** posteriores a la exposición inicial en aproximadamente el 50-70% de los individuos. [\[1\]](#)

- **Manifestaciones:** Se presenta como un cuadro pseudogripal o similar a la mononucleosis. Clínicamente se observa fiebre, linfadenopatías generalizadas (ganglios inflamados), faringitis, mialgias, artralgias, cefalea y un exantema maculopapular eritematoso no pruriginoso en el tronco. [\[1\]](#)
- **Importancia:** En esta fase, la **carga viral en sangre es extremadamente elevada**, lo que vuelve al paciente altamente contagioso, aunque las pruebas de anticuerpos estándar (Elisa) aún pueden resultar negativas (periodo de ventana). [\[1\]](#)

Etapas 2: Infección Crónica (Latencia Clínica o Asintomática)

Tras la respuesta inmune inicial, el virus entra en un estado de replicación activa pero controlada en los ganglios linfáticos. [\[1\]](#)

- **Manifestaciones:** Puede durar desde **5 hasta más de 10 años** sin provocar síntomas evidentes. El paciente se siente completamente sano, pero el virus continúa destruyendo de manera silenciosa y progresiva los linfocitos T CD4+.
- **Transmisibilidad:** El paciente puede transmitir el virus a otras personas a menos que reciba tratamiento y mantenga una carga viral indetectable. [\[1, 2, 3\]](#)

Etapas 3: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Es la fase más avanzada y grave de la infección, diagnosticada cuando el recuento de **Linfocitos T CD4+** **desciende por debajo de 200 células/μL** o cuando el paciente desarrolla una condición clínica o enfermedad definitoria de SIDA. [1]

- **Signos y Síntomas:** Pérdida severa de peso involuntaria (síndrome de desgaste), fiebre recurrente, sudoración nocturna profusa, fatiga extrema crónica y linfadenopatías persistentes.
- **Infecciones Oportunistas Comunes:** Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, candidiasis esofágica, tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, criptococosis meníngea y toxoplasmosis cerebral.
- **Neoplasias Asociadas:** Sarcoma de Kaposi (lesiones cutáneas violáceas o malignas) y Linfoma de Hodgkin/No Hodgkin. [1, 2]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: [who.int](https://www.who.int)
2. World Health Organization. WHO releases updated recommendations on HIV clinical management. Geneva: WHO; 2026 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/07-01-2026-who-releases-updated-recommendations-on-hiv-clinical-management>
3. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Treatment as Prevention. Atlanta: CDC; 2024 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hivpartners/php/hiv-treatment/index.html>
4. Saag MS, Gandhi RT, Hoy JF, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2024 Recommendations of the International Antiretroviral Society-USA Panel. JAMA. 2024;332(21):1844-1863.

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: VIH / SIDA (MÓDULO II)

5. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SEGUIMIENTO DE LABORATORIO

El diagnóstico de la infección por VIH se basa principalmente en pruebas serológicas indirectas, confirmatorias y de monitoreo molecular. Para comprender su validez, es crucial que los estudiantes conozcan el concepto de **Periodo de Ventana**: el lapso que transcurre desde el momento del contagio hasta que el cuerpo produce suficientes anticuerpos o antígenos detectables por las pruebas.

A. Pruebas de Tamizaje o Cribado

- **Pruebas de Inmunoensayo de 4ª Generación (ELISA / Quimioluminiscencia):** Son el estándar de oro actual. Tienen la capacidad de detectar simultáneamente **anticuerpos (IgG e IgM)** generados por el huésped y el **antígeno p24** de la cápside viral. La inclusión del antígeno p24 acorta drásticamente el periodo de ventana a un promedio de **15 a 20 días** post-exposición.
- **Pruebas Rápidas Inmunocromatográficas:** Utilizadas en la atención primaria mediante muestras de sangre capilar (punción digital) o fluido oral. La mayoría son de 3ª generación (solo detectan anticuerpos, con un periodo de ventana de hasta 90 días), aunque ya existen dispositivos de 4ª generación de uso común en el punto de atención.

B. Pruebas Confirmatorias (Algoritmo de Diagnóstico)

- **Ensayo de Inmunotransferencia (Western Blot / LIA):** Identifica anticuerpos dirigidos contra proteínas virales específicas (como gp120, gp41 y p24). Si una prueba de 4ª generación resulta reactiva, se procede a la confirmación mediante estos ensayos o mediante una carga viral molecular.
- **Carga Viral de VIH (PCR Cuantitativa):** Detecta directamente las copias de ARN viral en plasma. Tiene el periodo de ventana más corto (de 10 a 33 días) y es definitiva para resolver dudas diagnósticas en casos indeterminados.

C. Parámetros de Monitoreo Clínico

- **Recuento de Linfocitos T CD4+:** Mide el estado inmunológico del paciente. Un valor normal se sitúa entre 500 y 1,500 células/ μ L. Sirve para clasificar la etapa clínica y determinar la urgencia del inicio del tratamiento o la profilaxis para infecciones oportunistas.
- **Carga Viral Plasmática:** Mide la velocidad de replicación del virus. El objetivo principal de la terapia médica es lograr una **Carga Viral Indetectable** (menos de 20 o 50 copias/mL según el laboratorio). Una persona indetectable durante al menos 6 meses **no puede transmitir el virus por vía sexual**, un concepto epidemiológico conocido científicamente como **Indetectable = Intransmisible (I=I)**.

6. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV) Y PROFILAXIS

El Tratamiento Antirretroviral (TARV) moderno es una terapia crónica combinada que no cura la infección, pero bloquea el ciclo de replicación viral en diferentes fases, cronificando la enfermedad y restaurando la expectativa de vida del paciente.

Clases de Fármacos Antirretrovirales

1. **Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleósidos/Nucleótidos (ITIAN):** Bloquean la transcripción inversa al incorporarse al ADN viral en formación, deteniendo su elongación. Ejemplos: *Tenofovir (TDF / TAF)* y *Emtricitabina (FTC)*.

2. **Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Análogos de Nucleósidos (ITINN):** Se unen directamente a la enzima transcriptasa inversa, provocando un cambio estructural que la inactiva. Ejemplo: *Efavirenz (EFV)* y *Doravirina (DOR)*.
3. **Inhibidores de la Integrasa (INI):** Bloquean la inserción del ADN proviral dentro del genoma de la célula huésped. Son fármacos de alta barrera genética (difícil generación de resistencia) y rápido descenso de la carga viral. Ejemplo: *Dolutegravir (DTG)* y *Bictegravir (BIC)*.
4. **Inhibidores de la Proteasa (IP):** Impiden el corte de las cadenas poliproteicas en el virión inmaduro, bloqueando la maduración del virus. Ejemplo: *Darunavir (DRV)* potenciado con Ritonavir o Cobicistat.

Regímenes Preferenciales de Primera Línea

Basado en las directrices globales de la OMS y las guías de la International Antiretroviral Society (IAS-USA), el tratamiento inicial óptimo debe consistir en un régimen de **tres fármacos (frecuentemente coformulados en una sola tableta diaria)** de alta eficacia y baja toxicidad:

- **Esquema estándar:** Dos ITIAN combinado con un Inhibidor de la Integrasa (ej. *Tenofovir + Emtricitabina + Dolutegravir* o *Bictegravir + Emtricitabina + Tenofovir Alafenamida*). El inicio del TARV debe ser inmediato tras el diagnóstico ("Rápido inicio").

Intervenciones Preventivas Médicas de Vanguardia

- **Profilaxis Pre-Exposición (PrEP):** Consiste en la toma diaria u opcional programada de antirretrovirales (*Tenofovir/Emtricitabina*) por parte de personas VIH negativas que tienen un riesgo sustancial de adquirir la infección. Reduce el riesgo de contagio sexual en más del 99%.
- **Profilaxis Post-Exposición (PEP):** Intervención de emergencia para personas expuestas accidentalmente al virus (agresión sexual, ruptura de preservativo o accidente punzocortante ocupacional en enfermería). Debe iniciarse idealmente dentro de las primeras **24 a 72 horas** post-exposición y mantenerse estrictamente durante **28 días** con un esquema completo de tres fármacos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: who.int
2. World Health Organization. WHO releases updated recommendations on HIV clinical management. Geneva: WHO; 2026 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: who.int
3. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Treatment as Prevention. Atlanta: CDC; 2024 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: cdc.gov
4. Saag MS, Gandhi RT, Hoy JF, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2024 Recommendations of the International Antiretroviral Society-USA Panel. JAMA. 2024;332(21):1844-1863.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN VIH / SIDA (MÓDULO III)

1. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA AVANZADA

La recolección de datos en un paciente con diagnóstico reciente de VIH o en etapa avanzada (SIDA) debe estructurarse bajo los **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, focalizando la valoración en:

- **Patrón 1: Percepción y Control de la Salud:** Grado de conocimiento sobre el VIH, aceptación del diagnóstico, adherencia histórica a tratamientos farmacológicos, antecedentes de conductas de riesgo y uso previo de PrEP/PEP.
- **Patrón 2: Nutricional - Metabólico:** Monitoreo estricto del peso corporal (evaluación del síndrome de desgaste), presencia de disfagia u odinofagia por candidiasis oral, e inspección cutánea en busca de lesiones indicativas de sarcoma de Kaposi o infecciones oportunistas agudas.
- **Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto:** Valoración del impacto psicológico inmediato, ideación suicida latente, desesperanza, culpa y miedo severo al estigma o la discriminación social.
- **Patrón 10: Tolerancia al Estrés / Afrontamiento:** Capacidad de adaptación frente a una patología crónica y evaluación de la red de apoyo familiar o comunitaria (revelación del estado serológico).

2. PLANES DE CUIDADOS INTEGRALES SEGÚN LAS 5 FASES DEL PAE

A. DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL PROBLEMA (CASO REAL / CONDICIÓN AGUDA)

Aborda el pilar fundamental de la supervivencia del paciente crónico: el manejo y la adaptación a los efectos secundarios iniciales de la terapia antirretroviral (TARV) para asegurar la adherencia.

- **Fase 1: Valoración:** Paciente refiere náuseas persistentes, cefalea y episodios de mareos intensos por la mañana durante las primeras dos semanas de haber iniciado el esquema triple de TARV (*Tenofovir + Emtricitabina + Dolutegravir*).
- **Fase 2: Diagnóstico NANDA:** Náuseas (00134) r/c efectos secundarios del régimen terapéutico farmacológico (antirretrovirales) m/p informe verbal de náuseas y aversión a los alimentos.
- **Fase 3: Planificación (NOC): Control de náuseas y vómitos (1618).**
 - o *Indicador 161801:* Reconoce el inicio de las náuseas.
 - o *Indicador 161811:* Utiliza medidas preventivas.
 - o *Puntuación Diana:* **Mantener a: 2** (Raramente demostrado) / **Aumentar a: 5** (Siempre demostrado).
- **Fase 4: Ejecución (NIC): Manejo de las náuseas (1450).**
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Identificar factores desencadenantes ambientales o dietéticos que exacerben el síntoma.
 2. Educar al paciente sobre la administración del TARV junto con una comida ligera (siempre que el esquema lo permita) o antes de dormir para reducir la percepción de mareos y náuseas.
 3. Promover la ingesta de alimentos fríos, líquidos claros y fraccionados en porciones pequeñas a lo largo del día.
 4. Coordinar con el equipo médico la prescripción de antieméticos profilácticos si el síntoma compromete la toma del antirretroviral.
- **Fase 5: Evaluación (NOC):**

- o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Siempre demostrado). El paciente aplica las estrategias dietéticas, refiere remisión completa de las náuseas y mantiene la toma de su tableta diaria sin omitir dosis.

B. DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Se enfoca directamente en la seguridad biológica y la prevención de complicaciones fatales derivadas de la inmunosupresión característica del virus.

- **Fase 1: Valoración:** Reporte de laboratorio evidencia un conteo analítico de Linfocitos T CD4+ en **140 células/μL**, situando al paciente en un rango crítico de inmunosupresión profunda (Etapas SIDA).
- **Fase 2: Diagnóstico NANDA: Riesgo de infección** (00004) r/c compromiso de los mecanismos inmunitarios secundarios (destrucción masiva de células CD4+ por el VIH).
- **Fase 3: Planificación (NOC): Control del riesgo: proceso infeccioso** (1924).
 - o *Indicador 192401:* Identifica factores de riesgo de infección.
 - o *Indicador 192411:* Controla los cambios en el estado general de salud.
 - o *Puntuación Diana: Mantener a: 2* (Raramente demostrado) / **Aumentar a: 5** (Siempre demostrado).
- **Fase 4: Ejecución (NIC): Protección contra las infecciones** (6550).
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Monitorizar estrictamente la aparición de signos sugestivos de infección oportunista: picos febriles, tos productiva, sudoración nocturna, lesiones blanquecinas en la boca o alteraciones neurológicas.
 2. Enseñar al paciente y a su cuidador las pautas estrictas de higiene alimentaria: lavado exhaustivo de manos, consumo exclusivo de agua embotellada o hervida, y cocción completa de carnes y verduras (evitar alimentos crudos).
 3. Instruir sobre la importancia de evitar aglomeraciones y el contacto directo con personas cursando cuadros respiratorios activos, promoviendo el uso de mascarillas en espacios públicos.
 4. Administrar y verificar el cumplimiento estricto de la profilaxis farmacológica indicada (ej. *Cotrimoxazol* para prevenir la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*).
- **Fase 5: Evaluación (NOC):**
 - o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Siempre demostrado). El paciente identifica precozmente riesgos, adopta conductas seguras y se mantiene libre de infecciones oportunistas hasta la recuperación gradual del conteo de CD4+.

C. DIAGNÓSTICO DE COLABORACIÓN o PROBLEMA INTERDISCIPLINAR (PC)

Destaca nuestro rol en el sistema de vigilancia epidemiológica, la salud pública y el quiebre efectivo de la transmisión vertical.

- **Fase 1: Valoración:** Gestante de 24 semanas acude a control prenatal; se realiza prueba rápida de 4ª generación resultando reactiva, posteriormente confirmada mediante Carga Viral de VIH con **45,000 copias/mL**.
- **Fase 2: Enunciado Clínico: Problema Interdisciplinario (PC): Transmisión vertical del VIH y morbilidad neonatal por alta replicación viral materna.**

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
 Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
 Prof. Lic. Romos Ana Belen

- **Fase 3: Planificación (Objetivo Interdisciplinar):** Lograr una Carga Viral indetectable en la madre antes de la semana 36 de gestación para reducir el riesgo de transmisión perinatal a menos del 1%.
- **Fase 4: Ejecución (NIC): Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800) y Control de enfermedades transmisibles (8820).**
 - o *Actividades de Colaboración Desarrolladas:*
 1. Canalizar de manera urgente a la paciente al programa especializado de VIH e infectología obstétrica para el inicio inmediato de la terapia antirretroviral combinada.
 2. Coordinar el monitoreo serológico mensual de la carga viral para evaluar la velocidad de supresión del virus en plasma.
 3. Gestionar junto al equipo médico la planificación de la vía de resolución del parto (cesárea electiva si la carga viral es detectable cerca del término) y asegurar la disponibilidad de zidovudina (AZT) intravenosa para el periparto.
 4. Educar y programar de forma anticipada la supresión de la lactancia materna, coordinando con el servicio social el suministro completo de fórmulas lácteas artificiales seguras para el neonato.
- **Fase 5: Evaluación del Resultado:** La paciente finaliza el embarazo con carga viral indetectable. El recién nacido recibe profilaxis antirretroviral posnatal oportuna y los tamizajes moleculares de PCR neonatal resultan negativos a los 1, 3 y 6 meses.

D. DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR / PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nuestra obra maestra en el ámbito educativo y social. Enfocado en el empoderamiento a largo plazo, el concepto de I=I y la reducción activa del estigma social.

- **Fase 1: Valoración:** Paciente acude a control clínico con reporte de Carga Viral **indetectable** sostenida por 8 meses. Expresa verbalmente: *"Quiero perder el miedo a rehacer mi vida social y afectiva, pero necesito saber científicamente cómo evitar hacerle daño a otros"*.
- **Fase 2: Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar el autogestión de la salud (00293)** manifestado por el deseo expreso de optimizar las medidas preventivas y el autocuidado de su salud sexual.
- **Fase 3: Planificación (NOC): Conocimiento: gestión del VIH (1845).**
 - o *Indicador 184501:* Modos de transmisión del virus.
 - o *Indicador 184510:* Significado de la carga viral indetectable.
 - o *Puntuación Diana: Mantener a: 2* (Conocimiento escaso) / **Aumentar a: 5** (Conocimiento extenso).
- **Fase 4: Ejecución (NIC): Asesoramiento sexual (5248) y Facilitación del aprendizaje (5520).**
 - o *Actividades Educativas y Sociales Desarrolladas:*
 1. Impartir consejería con un enfoque profundamente humanizado y empático, validando los miedos del paciente y desmantelando la culpa asociada al diagnóstico histórico del VIH.
 2. **Educación Post-Tratamiento Avanzada:** Explicar el principio científico de **Indetectable = Intransmisible (I = I)**, demostrando con la evidencia de las guías internacionales que mantener la supresión virológica suprime por completo el riesgo de transmisión sexual del virus.
 3. Capacitar al paciente en el manejo de estrategias preventivas duales (uso combinado de preservativo para evitar otras ITS y mantenimiento estricto de la adherencia al TARV).

4. Proporcionar recursos de apoyo comunitario o grupos de pares locales para fortalecer su autoconcepto, mitigar el autoestigma y fomentar una vida afectiva plena y segura.
- **Fase 5: Evaluación (NOC):**
 - o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Conocimiento extenso). El paciente demuestra una comprensión absoluta de su estado de salud, verbaliza con seguridad el concepto de I=I, asiste con regularidad a sus controles y reporta una reintegración social y de pareja exitosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (

Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: who.int

Centers for Disease Control and Prevention. HIV Treatment as Prevention. Atlanta: CDC; 2024 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: cdc.gov

CASO CLÍNICO INTERACTIVO: METODOLOGÍA ABP APLICADA A LAS 5 FASES DEL PAE (VIH / SIDA)

Instrucciones para el estudiante: Lee atentamente la evolución cronológica del caso clínico de manera secuencial. Deberás resolver de forma argumentada las preguntas detonantes planteadas en cada una de las 5 fases. Este caso evalúa tu capacidad para integrar los conocimientos inmunológicos, farmacológicos y epidemiológicos con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

FASE 1: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (EL INGRESO CLÍNICO)

Historia Clínica: Acude al servicio de urgencias hospitalarias una paciente femenina de 24 años, con un embarazo de 24 semanas de gestación por fecha de última regla, ocupación comerciante. Refiere un cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por fiebre intermitente de predominio nocturno, sudoración profusa que moja las sábanas, fatiga extrema que le impide realizar sus labores diarias y una pérdida de peso involuntaria de aproximadamente 6 kg en el último mes. Además, manifiesta dolor al tragar (odinofagia) alimentos sólidos y líquidos.

Al realizar la exploración física y el examen de enfermería (Patrón 2), observas que la paciente se encuentra marcadamente pálida, con signos de deshidratación mucocutánea moderada y un peso de 48 kg. A la inspección de la cavidad oral, se aprecian múltiples placas blanquecinas, densas y cremosas que recubren la lengua y el paladar blando, las cuales se desprenden parcialmente al raspado dejando una superficie eritematosa y sangrante (sugestiva de candidiasis esofágica/oral). En la entrevista dirigida (Patrón 7 y 10), la paciente rompe en llanto y expresa: *"Tengo muchísimo miedo por mi bebé, no sé qué me está pasando. Siento que mi cuerpo se está consumiendo solo y no tengo a quién pedirle ayuda porque vivo sola"*. Al indagar antecedentes de salud sexual, reporta no haber tenido controles prenatales previos en este embarazo y refiere relaciones sexuales desprotegidas con su ex-pareja en el último año.

Preguntas Detonantes (Fase 1):

1. **Razonamiento Inmunológico:** Analizando los signos constitucionales (fiebre, sudoración, pérdida de peso) y la presencia de una infección micótica oportunista en la boca, ¿en qué etapa de la infección por VIH se sospecha que se encuentra la paciente según la clasificación de la OMS? Justifica clínicamente.
2. **Organización de Datos por Patrones:** Organiza los hallazgos clínicos de esta fase estructurando al menos 4 datos objetivos (signos) y 3 datos subjetivos (síntomas) bajo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon que se encuentran gravemente alterados.

FASE 2: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (EL JUICIO CLÍNICO)

Evolución del Caso: Debido a la alta sospecha clínica, ejecutas de manera prioritaria el protocolo institucional. Realizas una prueba rápida inmunocromatográfica de 4ª generación para VIH, la cual resulta **Reactiva**. Coordinas con urgencia la toma de laboratorios confirmatorios y de control inmunológico, cuyos resultados se cargan a la plataforma 24 horas después: **Carga Viral de VIH: 45,000 copias/mL; Recuento de Linfocitos T CD4+: 140 células/ μ L**. El servicio de infectología obstétrica prescribe de inmediato el inicio del Tratamiento Antirretroviral (TARV) triple coformulado (*Tenofovir + Emtricitabina + Dolutegravir*), junto con profilaxis antimicrobiana con *Cotrimoxazol* diario.

Al momento de entregarle los resultados e iniciar la consejería, la paciente entra en un estado de shock emocional profundo. Evita mirar el frasco de medicamentos y te confiesa de forma sumamente angustiada: *"Esto es mi fin. Mi bebé va a nacer enfermo por mi culpa y la gente del barrio me va a señalar como una criminal si se enteran. Prefiero no tomar nada y que pase lo que tenga que pasar"*.

Asimismo, manifiesta una gran preocupación porque teme que las pastillas le causen malformaciones a su hijo.

Preguntas Detonantes (Fase 2):

1. **Juicio Serológico y Epidemiológico:** Explica qué representan clínicamente las cifras de 45,000 copias/mL de carga viral y las 140 células/ μ L de CD4+ para la salud de la madre y el riesgo de transmisión vertical hacia el feto.
2. **Formulación de Diagnósticos:** Redacta de manera metodológicamente correcta (utilizando la taxonomía NANDA-I oficial provista en el manual de lectura del Módulo III):
 - o Un diagnóstico **Enfocado en el Problema** (Caso real) para la sintomatología que afecta su patrón nutricional/oral.
 - o Un diagnóstico de **Riesgo** centrado en la vulnerabilidad biológica de su estado inmunológico severo.
 - o Un enunciado de **Problema Interdisciplinario o de Colaboración (PC)** para abordar el riesgo inminente sobre el feto (transmisión vertical).

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA (ESTABLECIENDO CRITERIOS NOC)

Evolución del Caso: Comprendes que para garantizar la supervivencia de la madre y el feto, no puedes simplemente imponer la medicación. Decides aplicar tus habilidades de contención emocional y te sientas con la paciente para trazar las metas de cuidado de forma conjunta. Tras una larga conversación donde validas sus sentimientos y disipas sus dudas iniciales sobre la seguridad de los medicamentos durante el embarazo, la paciente accede voluntariamente a iniciar el tratamiento, fijando como meta personal proteger la vida de su futuro hijo y aprender a manejar los síntomas diarios.

Preguntas Detonantes (Fase 3):

1. **Selección de Criterios de Resultado: Resultados e Indicadores específicos** necesarios para medir el control del riesgo infeccioso de la paciente y la aceptación/gestión de su nueva condición de salud crónico-gestacional.
2. **Establecimiento de la Puntuación Diana:** Determina de forma argumentada la **Puntuación Diana Inicial (Basal)** (escala del 1 al 5) para los indicadores de riesgo de infección y autogestión de la salud en este momento de crisis, y define la **Puntuación Diana Final (Meta)** que proyectas alcanzar como enfermero/a clínico antes de que la paciente sea dada de alta del servicio de urgencias.

FASE 4: EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC)

Evolución del Caso: Con las metas validadas y establecidas en la hoja de cuidados, procedes a la fase de ejecución. La paciente toma su primera dosis de TARV frente a ti. Sin embargo, durante las primeras 48 horas de estancia hospitalaria para la estabilización de su deshidratación, la paciente experimenta mareos intensos por la mañana, náuseas recurrentes y cefalea leve, lo cual la desmotiva y la hace dudar nuevamente de continuar con el esquema de pastillas.

Preguntas Detonantes (Fase 4):

1. **Intervención y Manejo Farmacológico-Dietético:** Describe de manera detallada las intervenciones de enfermería (NIC) prioritarias para el *Manejo de las Náuseas* y la *Protección contra las Infecciones* asociadas al TARV y a su baja cifra de CD4+. ¿A qué hora y bajo qué condiciones específicas recomendarías a la paciente tomar su tableta de TARV para mitigar los mareos y garantizar la máxima absorción?

2. **Gestión y Quiebre de Transmisión Vertical:** Detalla paso a paso las actividades de enfermería en colaboración interdisciplinaria indispensables que debes coordinar y ejecutar para proteger al recién nacido, abarcando las pautas de alimentación y profilaxis neonatal obligatorias post-parto.

FASE 5: EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA (EL CIERRE DEL CICLO)

Evolución del Caso: Han transcurrido 4 meses. La paciente acude al servicio de enfermería para su control de seguimiento programado. Su embarazo ha llegado a la semana 38 de forma exitosa y se encuentra a pocos días de la fecha programada para la resolución del parto.

Al ingresar al cubículo, notas un cambio radical: la paciente ha recuperado peso (pesa 57 kg), las placas blanquecinas de la boca han desaparecido por completo permitiéndole alimentarse normalmente y se muestra notablemente tranquila y empoderada. Te comenta con una sonrisa: *"No he fallado ni un solo día en tomarme la pastilla antes de dormir como me enseñó. Ya no tengo náuseas ni miedo. Sé perfectamente cómo cuidar a mi bebé"*. Al revisar la plataforma de laboratorio, su nuevo reporte de control evidencia: **Recuento de Linfocitos T CD4+: 380 células/μL** y una **Carga Viral de VIH: Indetectable (menos de 20 copias/mL)**.

Preguntas Detonantes (Fase 5):

1. **Evaluación de la Puntuación Diana:** Compara cuantitativamente la Puntuación Diana Inicial (establecida en la Fase 3) con el estado clínico actual de la paciente en esta Fase 5. Justifica científicamente el éxito del plan de cuidados basándote en la recuperación inmunológica (CD4+) y en la supresión virológica total.
2. **Impacto de la Evidencia Científica (I=I):** Basándote en el resultado de laboratorio de Carga Viral Indetectable, explica de qué manera este hallazgo rompe el estigma social de la paciente y qué impacto tiene sobre la transmisión de la infección por vía sexual hacia futuras parejas, aplicando el principio científico de **Indetectable = Intransmisible (I=I)**.

CONCLUSIÓN GENERAL: EL IMPACTO CIENTÍFICO Y SOCIAL DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

La finalización de este manual clínico y el desarrollo analítico de los casos prácticos permiten concluir de manera inequívoca que la enfermería no es una profesión puramente técnica o auxiliar, sino una ciencia del cuidado autónoma y rigurosa. El análisis profundo de patologías de alto impacto como la Sífilis y el VIH/SIDA demuestra que el éxito terapéutico de un paciente y el quiebre efectivo de las cadenas de transmisión comunitaria dependen directamente de la calidad metodológica con la que el profesional de enfermería aplique el **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**.

La integración de la **evidencia científica** en cada una de las 5 fases del PAE eleva el estatus de la práctica de enfermería a niveles de excelencia clínica insustituibles. Como se constató a lo largo de los planes de cuidados desarrollados, es el enfermero quien diagnostica las respuestas humanas y los riesgos reales a los que se enfrenta el paciente, traduciendo variables matemáticas abstractas — como las titulaciones de VDRL o los recuentos de Linfocitos T CD4+— en planes de seguridad biológica individualizados. La capacidad de gestionar y mitigar complicaciones farmacológicas agudas en el cubículo de atención, tales como el shock anafiláctico o la reacción de Jarisch-Herxheimer, consolida la base clínica avanzada y la pericia técnica que caracterizan a nuestra disciplina.

No obstante, la mayor genialidad y el valor diferencial de la enfermería radican en su **trascendencia social y educativa**. Mientras que el enfoque biomédico convencional suele culminar con la entrega de la receta médica, la intervención de enfermería se extiende hacia el tejido social del individuo. A través de la consejería empática, libre de juicios morales y fundamentada en principios científicos de vanguardia —como el axioma epidemiológico de **Indetectable = Intransmisible (I=I)**—, la enfermería destruye de manera activa el autoestigma, la culpa y la discriminación que históricamente han silenciado a las personas que cursan con una ITS. Asimismo, el liderazgo del enfermero en el rastreo confidencial de contactos y la educación sanitaria continua representa el verdadero motor de cambio en la salud pública contemporánea. En definitiva, el uso combinado del PAE y la evidencia científica es el camino inequívoco para que los profesionales de enfermería demuestren, con indicadores métricos objetivos (NOC), que su labor clínica y educativa no solo salva vidas en la intimidad de un servicio de salud, sino que transforma de manera radical la estructura social y comunitaria de nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: who.int
2. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
3. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Treatment as Prevention. Atlanta: CDC; 2024 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: cdc.gov
4. Saag MS, Gandhi RT, Hoy JF, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2024 Recommendations of the International Antiretroviral Society-USA Panel. JAMA. 2024;332(21):1844-1863.
5. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico. 8a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.

*Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen*

INTRODUCCIÓN

El panorama epidemiológico actual de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) de origen bacteriano y viral, como la Gonorrea, la Clamidia y el Virus del Papiloma Humano (VPH), exige una evolución radical en los modelos de enseñanza y atención sanitaria. Tradicionalmente abordadas desde una perspectiva estrictamente sintomática o curativa, estas patologías representan desafíos globales debido a variables biológicas y sociales de alta complejidad: el crecimiento alarmante de cepas bacterianas multirresistentes, la persistencia silenciosa de infecciones asintomáticas que destruyen la salud reproductiva en la comunidad y los mecanismos de integración molecular que vinculan de forma directa una infección viral con la oncogénesis humana. Ante este escenario, la práctica de enfermería basada en el empirismo resulta obsoleta; se requiere un profesional de vanguardia que ejerza como un científico del cuidado autónomo e interconectado.

Para responder a esta exigencia metodológica en la plataforma virtual, el **Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)** y la **clase invertida** se consolidan como las estrategias didácticas ideales. Estas metodologías obligan al estudiante a profundizar en la **Práctica Basada en la Evidencia (PBE)** antes de la interacción clínica. En la práctica diaria, el profesional de enfermería debe liderar la aplicación del conocimiento de última generación, traduciendo las directrices internacionales más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los CDC en planes de acción concretos. Esto abarca desde el manejo del dolor severo en la uretra y la administración de terapias duales complejas, hasta el dominio de técnicas avanzadas de inyección profunda para salvaguardar la integridad de los tejidos y la gestión de esquemas de inmunización molecular de última generación.

La herramienta científica exclusiva para sistematizar este conocimiento es el **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**. Desglosado rigurosamente en sus **5 fases secuenciales (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación)**, el PAE faculta al enfermero para emitir un juicio clínico independiente empleando las taxonomías normalizadas **NANDA-I, NOC y NIC**. Lejos de limitarse a la ejecución de indicaciones médicas, el rol del enfermero destaca por su capacidad de diagnosticar y tratar las respuestas humanas frente a la enfermedad: el sufrimiento tisular agudo, los riesgos de toxicidad farmacológica en grupos vulnerables como las gestantes y, de manera primordial, el profundo impacto psicosexual, la alteración del autoconcepto y la ansiedad severa derivados del estigma social de una ITS. Este segundo volumen del manual proporciona las herramientas analíticas para que el estudiante aprenda a correlacionar la microbiología y la virología molecular con un cuidado humano sistemático, medible y transformador.

GONORREA (MÓDULO I)

1. ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL PATÓGENO

La gonorrea o blenorragia es una infección de transmisión sexual bacteriana causada por *Neisseria gonorrhoeae* (conocida comúnmente como gonococo), un patógeno humano obligado perteneciente a la familia *Neisseriaceae*. [1, 2, 3, 4, 5]

- **Morfología:** Es un diplococo Gram negativo, inmóvil y no esporulado. Las bacterias se agrupan típicamente en parejas con sus lados adyacentes aplanados, lo que les da una apariencia característica de "granos de café". [1, 2, 3, 4]
- **Requerimientos de Cultivo:** Es un microorganismo sumamente exigente (fastidioso) desde el punto de vista nutricional y ambiental. Requiere medios enriquecidos con factores de crecimiento (como el agar chocolate o el medio selectivo Thayer-Martin) y una atmósfera húmeda suplementada con un 3% a 5% de dióxido de carbono (CO₂). [1]
- **Sensibilidad Ambiental:** Es un patógeno lábil. Se destruye con rapidez ante la desecación, la luz solar directa, las bajas temperaturas y el uso de antisépticos convencionales, lo que limita su transmisión casi exclusivamente al contacto íntimo y directo de mucosas.

2. FISIOPATOLOGÍA AVANZADA Y MECANISMO DE INVASIÓN

La patogenia de *Neisseria gonorrhoeae* destaca por su capacidad de colonizar epitelios mucosos específicos, evadir la inmunidad del huésped y generar una intensa respuesta inflamatoria local.

1. **Adhesión Celular Crítica:** La bacteria coloniza preferentemente el epitelio cilíndrico o cúbico no queratinizado de la uretra, el cuello uterino, el recto, la faringe y la conjuntiva ocular. La fijación inicial se logra mediante los **Pili (fimbrias)**, filamentos proteicos de superficie que interactúan con los receptores celulares del huésped. Posteriormente, las proteínas de membrana externa conocidas como **Proteínas Opa (de opacidad)** consolidan una adhesión íntima y firme.
2. **Endocitosis e Invasión:** Una vez adherido, el gonococo induce a la célula epitelial a fagocitarlo mediante un proceso de endocitosis dirigida. Las bacterias se replican dentro de vacuolas citoplasmáticas, atraviesan la célula y se liberan por exocitosis en el espacio subepitelial o lámina propia.
3. **Respuesta Inflamatoria Exudativa:** La destrucción tisular y la sintomatología no son causadas por exotoxinas, sino por los componentes de su superficie celular, como el **lipooligosacárido (LOS)** y fragmentos de peptidoglicano. Estos componentes activan de manera masiva las vías del complemento y atraen un flujo masivo de **neutrófilos de la sangre**, lo que desencadena una inflamación purulenta aguda con daño local y la consiguiente secreción característica.
4. **Resistencia Antimicrobiana Genética:** Un rasgo fisiopatológico crítico de la cepa moderna de *N. gonorrhoeae* es su extraordinaria capacidad para adquirir plásmidos y mutaciones cromosómicas. Esto le permite desarrollar mecanismos de resistencia (bombas de eflujo, alteración de porinas y betalactamasas) frente a múltiples familias de antibióticos (penicilinas, tetraciclinas, fluoroquinolonas), convirtiéndola en una amenaza de salud pública de categoría "superbacteria". [1]

3. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS

Las variables epidemiológicas de mayor relevancia que aumentan la susceptibilidad de exposición y la diseminación comunitaria son:

- **Prácticas sexuales sin protección:** Relaciones sexuales (coito vaginal, anal u oral) sin el uso sistemático y correcto de métodos de barrera mecánicos (preservativos).
- **Población joven y vulnerabilidad biológica:** Concentración epidemiológica elevada en adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años), debido en parte a un cuello uterino biológicamente más inmaduro (ectopia cervical) y a barreras socioeducativas.
- **Múltiples parejas sexuales:** Mantener relaciones con parejas nuevas o concurrentes sin un tamizaje o historial clínico de salud sexual conocido.
- **Presencia de otras ITS y consumo de sustancias:** La inflamación y ulceración previas de la mucosa por otras ITS facilitan el ingreso del gonococo. Asimismo, el consumo excesivo de alcohol o drogas recreativas disminuye la percepción del riesgo frente al uso del preservativo.
- **Estigma y automedicación:** El temor a ser juzgado retrasa la consulta médica, y la automedicación informal con dosis inadecuadas de antibióticos perpetúa la transmisión y acelera la resistencia farmacológica comunitaria.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS)

A diferencia de otras ITS, la gonorrea suele presentar una marcada diferencia clínica dependiendo del sexo del paciente hospedador:

Manifestaciones en el Varón (Predominantemente Sintomática)

El periodo de incubación es corto, habitualmente de **2 a 5 días**. El 90% de los varones desarrolla síntomas agudos: [\[1\]](#), [\[2\]](#)

- **Uretritis Gonocócica:** Se caracteriza por una **secreción uretral abundante, espesa y de color verde-amarillento (purulenta)**, acompañada de disuria intensa (ardor extremo al orinar) y eritema en el meato urinario. [\[1\]](#)
- **Complicaciones Locales:** Si no se trata, la infección asciende provocando epididimitis (dolor e inflamación testicular unilateral) y prostatitis, comprometiendo potencialmente la fertilidad a largo plazo.

Manifestaciones en la Mujer (Predominantemente Asintomática)

Hasta el 50% al 70% de las mujeres infectadas cursan de forma **asintomática** o presentan síntomas inespecíficos que se confunden fácilmente con infecciones urinarias comunes.

- **Cervicitis Gonocócica:** Signos de secreción vaginal mucopurulenta (flujo amarillento), disuria, dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia) y sangrado intermenstrual espontáneo o postcoital. Al examen con espéculo se observa un cuello uterino eritematoso, friable (sangra al tacto) y con exudado purulento.
- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):** Es la complicación tardía más grave por el ascenso de la bacteria al endometrio y las trompas de Falopio. Causa dolor pélvico

crónico, abscesos tuboováricos, aumento severo del riesgo de embarazo ectópico e infertilidad por obstrucción tubárica. [1]

Manifestaciones Extragenitales (Ambos Sexos)

- **Gonorrea Rectal:** Frecuente en personas que practican coito anal receptivo; cursa con proctitis, dolor rectal, tenesmo, prurito y secreción purulenta o sanguinolenta.
- **Gonorrea Faríngea:** Adquirida por sexo oral receptivo; suele ser asintomática, pero puede manifestarse como una faringoamigdalitis eritematosa con exudado persistente.
- **Infección Gonocócica Diseminada (IGD):** Ocurre por bacteriemia. Causa una tríada clásica de dermatitis (lesiones necróticas purpúricas hemorrágicas en la piel), tenosinovitis y artritis migratoria purulenta asimétrica. [1, 2]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Gonococcal Infections - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Unemo M, Lahra MM, Cole M, Galarza P, Ndowa F, Martin I, et al. World Health Organization Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (WHO GASP) 2017–2018. Lancet Infect Dis. 2021;21(11):1571-1583.
4. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

GONORREA (MÓDULO II)

5. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SEGUIMIENTO DE LABORATORIO

El diagnóstico preciso de la gonorrea es fundamental para evitar complicaciones a largo plazo y detener la automedicación informal. Se basa en tres pilares de laboratorio principales:

A. Examen Directo y Tinción de Gram

- **Mecanismo:** Consiste en tomar una muestra del exudado (uretral, endocervical o rectal) para su fijación y tinción.
- **Utilidad Clínica:** En los varones con uretritis sintomática, posee una sensibilidad y especificidad superiores al 95%. El hallazgo confirmatorio consiste en observar **diplococos Gram negativos intracelulares** (dentro de los neutrófilos o glóbulos blancos).
- **Limitación Crítica:** En muestras endocervicales femeninas o pacientes asintomáticos, la sensibilidad cae drásticamente (menos del 50%), por lo que un Gram negativo **no descarta** la infección en mujeres y requiere obligatoriamente otras pruebas.

B. Cultivo Microbiológico y Antibiógrama

- **Mecanismo:** Inoculación inmediata de la muestra en medios selectivos enriquecidos (como el Agar Thayer-Martin) e incubación en una atmósfera con 5% de CO₂.
- **Utilidad Clínica:** Sigue siendo el estándar de oro de referencia internacional porque es el único método que permite aislar la bacteria viva para realizar un **antibiógrama** (pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos). Esto es crucial para la vigilancia epidemiológica de las cepas resistentes.

C. Pruebas de Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAAT / PCR)

- **Mecanismo:** Pruebas moleculares avanzadas que detectan el ADN o ARN específico de *Neisseria gonorrhoeae*.
- **Utilidad Clínica:** Es la técnica de elección actual para el tamizaje por su altísima sensibilidad (>98%). Tiene la enorme ventaja didáctica de que puede realizarse en muestras **no invasivas**, como la primera orina de la mañana (primer chorro) o auto-tomas vaginales. Además, los kits comerciales suelen venir combinados para diagnosticar simultáneamente *Chlamydia trachomatis*, una co-infección sumamente común.

6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUALIZADO Y PREVENCIÓN

Debido a la rápida y alarmante capacidad del gonococo para desarrollar resistencia a las penicilinas, tetraciclinas y fluoroquinolonas (como la ciprofloxacina), los esquemas de tratamiento han cambiado drásticamente.

Esquema Preferencial de Primera Línea (Terapia Empírica Combinada)

Basado en la evidencia científica actual, el tratamiento estándar de elección consiste en un régimen de dosis única que busca atacar al gonococo y, al mismo tiempo, cubrir la sospecha clínica de una co-infección oculta por Clamidia:

- **Ceftriaxona:** 500 mg por vía **intramuscular (IM) en dosis única**. (Para pacientes con peso corporal mayor o igual a 150 kg, las guías internacionales recomiendan elevar la dosis a 1 g IM). La ceftriaxona (cefalosporina de 3ª generación) es el último antibiótico altamente efectivo que queda para el tratamiento empírico de primera línea.
- **Tratamiento concomitante para Clamidia:** Si no se ha descartado la co-infección por métodos moleculares (PCR), se debe añadir de manera simultánea **Doxiciclina** (100 mg por vía oral, dos veces al día, durante 7 días) o **Azitromicina** (1 g por vía oral en dosis única).

Acciones Preventivas Clínicas en el Servicio de Enfermería

- **Tratamiento Epidemiológico de Contactos:** Es obligatorio que todas las parejas sexuales del paciente índice (de los últimos 60 días previos a la aparición de los síntomas) sean localizadas, evaluadas y tratadas con el mismo esquema antibiótico, independientemente de si presentan síntomas o no.
- **Profilaxis Oftálmica Neonatal (Prevención de la *Oftalmía Neonatorum*):** Infección conjuntival grave transmitida verticalmente al recién nacido durante el paso por el canal de parto de una madre infectada, capaz de causar ceguera permanente. Es una intervención de enfermería obligatoria en la sala de partos administrar de manera inmediata e irreversible **pomada de Eritromicina al 0.5%** o solución de **Nitrato de Plata al 1%** en ambos sacos conjuntivales del neonato durante la primera hora de vida.
- **Abstinencia Temporal Obligatoria:** Se debe instruir firmemente al paciente a mantener abstinencia sexual estricta durante los **7 días posteriores** a la finalización del tratamiento completo (tanto él como sus parejas), garantizando la erradicación biológica de la bacteria antes de reiniciar su vida sexual activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Gonococcal Infections - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Unemo M, Lahra MM, Cole M, Galarza P, Ndowa F, Martin I, et al. World Health Organization Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (WHO GASP) 2017–2018. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(11):1571-1583.
4. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187.

GUÍA CLÍNICA COMPLEMENTARIA: EL IMPACTO DE LA SUPERBACTERIA (*N. GONORRHOEAE*) EN LA PRÁCTICA DIARIA DE ENFERMERÍA

La *Neisseria gonorrhoeae* ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una "**prioridad alta**" debido a su capacidad alarmante para desarrollar resistencia a casi todos los antibióticos utilizados históricamente para su cura (penicilinas, tetraciclinas y fluoroquinolonas). Actualmente, nos encontramos ante cepas con susceptibilidad disminuida a las cefalosporinas de tercera generación, el último eslabón terapéutico disponible.

Este fenómeno biológico impacta de forma directa la labor diaria del profesional de enfermería en los siguientes cuatro ejes fundamentales:

1. Modificación de la Práctica Técnica (El Cambio de Vía y Fármaco)

Históricamente, la gonorrea se trataba de forma sencilla en la atención primaria con pastillas por vía oral (como la ciprofloxacina). La resistencia obligó a cambiar los protocolos mundiales hacia el uso de **Ceftriaxona**, un fármaco que exige la vía **intramuscular (IM) profunda**.

- **Impacto diario:** El enfermero debe dominar la anatomía del cuadrante superior externo del glúteo y aplicar la técnica de la Z para administrar de forma segura un volumen de líquido espeso. Al ser una inyección dolorosa, enfermería lidera el manejo del dolor (por ejemplo, diluyendo el antibiótico en lidocaína al 1% según el protocolo institucional) y gestiona la ansiedad del paciente.

2. Rigurosidad en la Vigilancia Post-Tratamiento (Fase de Evaluación del PAE)

Dado el riesgo latente de falla terapéutica por cepas multirresistentes, la labor de enfermería no termina cuando el paciente sale del cubículo de inyección.

- **Impacto diario:** Durante la Fase de Evaluación del PAE, el enfermero debe instruir obligatoriamente al paciente a regresar a la clínica si los síntomas (ardor al orinar o secreción purulenta) persisten de **3 a 5 días después** de recibir la dosis única. Enfermería debe sospechar activamente de resistencia bacteriana ante la persistencia de signos clínicos, asegurando la toma inmediata de un cultivo con antibiograma para identificar el perfil de resistencia del gonococo de forma coordinada con el médico e infectólogo.

3. Liderazgo en el Control Epidemiológico Cruzado (Tratamiento de Contactos)

El fenómeno de resistencia se acelera cuando un paciente se cura pero su pareja sexual no recibe tratamiento, provocando que la bacteria circule de un organismo a otro y mute constantemente al exponerse a dosis inadecuadas de antibióticos.

- **Impacto diario:** Enfermería ejerce un rol social y de salud pública crítico al realizar la entrevista epidemiológica confidencial. Debe convencer de forma empática al paciente índice para que localice y traiga a sus parejas de los últimos 60 días para recibir tratamiento dual inmediato de forma profiláctica, quebrando la cadena de transmisión de cepas resistentes en la comunidad.

4. Educación Antidrogas y Combate a la Automedicación

Uno de los mayores motores de la resistencia bacteriana es el paciente que, por vergüenza al estigma de acudir a un hospital con una ITS, compra pastillas sobrantes o antibióticos informales en la farmacia sin receta médica.

- **Impacto diario:** El enfermero actúa como educador de vanguardia. Debe diseñar talleres y folletos informativos que adviertan explícitamente a la población que **la gonorrea ya no se cura con los antibióticos comunes del hogar**. Exponer al gonococo a tratamientos incompletos solo sirve para fortalecer a la bacteria, cronificar la infección y provocar complicaciones graves como la infertilidad o la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Gonococcal Infections - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Unemo M, Lahra MM, Cole M, Galarza P, Ndowa F, Martin I, et al. World Health Organization Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (WHO GASP) 2017–2018. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(11):1571-1583.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN GONORREA (MÓDULO III)

1. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA AVANZADA

La recolección de datos en un paciente con sospecha o confirmación de gonorrea debe estructurarse bajo los **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, focalizando la valoración en:

- **Patrón 1: Percepción y Control de la Salud:** Intentos previos de automedicación con antibióticos sobrantes, conocimiento sobre ITS, uso de métodos de barrera, historial de parejas sexuales recientes y antecedentes de alergias a cefalosporinas o penicilinas.
- **Patrón 2: Nutricional - Metabólico / Eliminación:** Inspección minuciosa del área genital y perianal. En varones, evaluar la presencia de secreción uretral purulenta (espesa, verde-amarillenta) y eritema en el meato. En mujeres, evaluar mediante espéculo las características del cuello uterino (friabilidad, eritema y exudado mucopurulento). Valorar la presencia de dolor o ardor extremo al orinar (disuria).
- **Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo:** Valoración del dolor agudo localizado en la uretra, hipogastrio (bajo vientre en mujeres) o zona testicular (en varones).
- **Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto:** Evaluación de la ansiedad, culpa o vergüenza asociadas a la naturaleza exudativa y aparatosa de los síntomas, lo que suele retrasar la consulta oportuna.

2. PLANES DE CUIDADOS INTEGRALES SEGÚN LAS 5 FASES DEL PAE

A. DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL PROBLEMA (CASO REAL / CONDICIÓN AGUDA)

Aborda la principal molestia física y el signo patognomónico que motiva la consulta en urgencias o atención primaria: la inflamación de la mucosa y el dolor agudo.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente masculino refiere ardor insoportable al orinar (disuria) de 3 días de evolución, puntuando el dolor en 8/10 en la escala EVA. A la exploración, presenta salida constante de secreción purulenta espesa y amarillenta por el meato urinario, con marcado eritema local.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA:** **Dolor agudo** (00132) r/c agentes lesivos biológicos (inflamación aguda de la mucosa uretral por *Neisseria gonorrhoeae*) m/p informe verbal de dolor mediante escalas analógicas, comportamiento expresivo y presencia de secreción purulenta.
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC):** **Nivel del dolor** (2102) y **Eliminación urinaria** (0503).
 - o *Indicador 210201:* Dolor referido.
 - o *Indicador 050303:* Disuria.
 - o *Puntuación Diana:* **Mantener a: 2** (Sustancial) / **Aumentar a: 5** (Ninguno).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC):** **Manejo del dolor** (1400) y **Administración de analgésicos** (2210).
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*

1. Evaluar las características del dolor (localización, intensidad y factores agravantes).
2. Administrar el tratamiento analgésico/antiinflamatorio prescrito antes de realizar la toma de muestra o la inyección del antibiótico para mejorar la tolerancia del paciente.
3. Instruir al paciente a aumentar la ingesta de líquidos claros para diluir la orina y disminuir la fricción ácida sobre las paredes inflamadas de la uretra.
4. Monitorear los cambios en el color, consistencia y volumen de la secreción uretral tras el inicio de la terapia dual.

- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**

- o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Ninguno). A las 48 horas post-tratamiento, el paciente reporta ausencia total de disuria (0/10), el eritema del meato ha desaparecido y la secreción purulenta ha cesado por completo.

B. DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Enfocado en la base clínica del tratamiento de la superferencia bacteriana. Aborda el manejo del dolor severo y la prevención de fallas mecánicas en la administración de Ceftriaxona IM.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente requiere la administración intramuscular profunda de Ceftriaxona 500 mg. Al indicarle el procedimiento, muestra gran aprensión, rigidez muscular y refiere: *"Esa inyección es sumamente dolorosa y me da pánico que me dañen el músculo"*.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA:** **Riesgo de lesión de la integridad tisular** (00302) r/c procedimiento de inyección intramuscular profunda de volumen denso e irritante farmacológico (Ceftriaxona).
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Control del riesgo** (1902) y **Nivel de comodidad** (2100).
 - o *Indicador 190220:* Identifica factores de riesgo de lesiones.
 - o *Indicador 210001:* Bienestar físico.
 - o *Puntuación Diana: Mantener a: 3* (Moderado) / *Aumentar a: 5* (Extenso / Sin complicaciones tisulares).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Administración de medicación: intramuscular** (2313).
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Utilizar la técnica de inyección en "Z" para desplazar la piel y el tejido subcutáneo, sellando herméticamente el antibiótico dentro del músculo glúteo mayor y evitando el reflujo del fármaco hacia el tejido subcutáneo graso (causa principal de necrosis celular local y dolor persistente).
 2. Diluir la Ceftriaxona en Lidocaína al 1% sin epinefrina (según protocolo e indicación médica) para anestesiarse localmente el trayecto y mitigar el dolor agudo de la infiltración.

3. Alternar el sitio de inyección si se requieren dosis repetidas y evaluar la zona posterior al procedimiento en busca de hematomas, induraciones o signos de absceso.
4. Indicar al paciente que mantenga el miembro pélvico relajado durante la punción y evitar el masaje posterior inmediato sobre la zona.

- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**

- o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Extenso). La medicación se infiltra de manera exitosa, el tejido glúteo no presenta signos de inflamación ni reflujo de grasa, y el paciente refiere haber tolerado el procedimiento con un nivel mínimo de molestia física.

C. DIAGNÓSTICO DE COLABORACIÓN o PROBLEMA INTERDISCIPLINAR (PC)

Destaca nuestro rol en la salud pública, la salud reproductiva y la prevención de complicaciones severas e irreversibles como la infertilidad comunitaria y la transmisión neonatal.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente femenina asintomática acude a la clínica debido a que su pareja fue diagnosticada con Uretritis Gonocócica. A la exploración con espéculo, se observa el cuello uterino congestivo y friable, confirmándose *N. gonorrhoeae* mediante prueba molecular de PCR.
- **FASE 2: ENUNCIADO CLÍNICO: Problema Interdisciplinario (PC): Ascenso bacteriano por *Neisseria gonorrhoeae* e Infertilidad/Embarazo ectópico secundario a Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).**
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (CRITERIO DE RESULTADO INTERDISCIPLINAR):** Lograr la erradicación bacteriana completa en la mucosa endocervical del 100% de las pacientes expuestas y sus contactos dentro de los primeros 7 días, evitando el daño en las trompas de Falopio.
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Manejo de la medicación (2380) y Control de enfermedades transmisibles (8820).**
 - o *Actividades de Colaboración Desarrolladas:*
 1. Administrar de forma coordinada el tratamiento dual de primera línea (Ceftriaxona 500 mg IM + Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días) para cubrir la altísima probabilidad de co-infección con Clamidia.
 2. Educar a la paciente sobre los signos de alarma de EIP que requieren atención hospitalaria inmediata: dolor pélvico sordo y continuo, fiebre alta y sangrado vaginal anormal.
 3. Gestionar y aplicar de manera obligatoria e irreversible la profilaxis oftálmica con pomada de eritromicina al 0.5% en todo recién nacido de la unidad para evitar la ceguera por *Oftalmía Neonatorum*.
 4. Realizar la ficha epidemiológica de notificación obligatoria ante el sistema de vigilancia de salud pública para monitorizar brotes de cepas resistentes.
- **FASE 5: EVALUACIÓN DEL RESULTADO:** La paciente completa el esquema terapéutico dual de forma simultánea con su pareja. Las pruebas moleculares de control a las 3 semanas resultan negativas para gonococo y clamidia, preservando la anatomía reproductiva y descartando secuelas inflamatorias pélvicas.

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
 Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
 Prof. Lic. Romos Ana Belen

- **D. DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR / PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Nuestra obra maestra educativa y social. Enfocado en combatir la automedicación que genera superbaqueterias y promover el autocuidado de la salud sexual activa.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente curado manifiesta interés explícito por comprender por qué los esquemas de antibióticos han cambiado y expresa el deseo de adoptar conductas seguras para no volver a exponerse a cepas resistentes en la comunidad.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA: Disposición para mejorar el autogestión de la salud** (00293) manifestado por el deseo expreso de mejorar el conocimiento sobre las ITS y adoptar medidas definitivas de prevención conductual.
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Conocimiento: gestión de la infección** (1842).
 - o *Indicador 184201:* Modo de transmisión del patógeno.
 - o *Indicador 184214:* Importancia de no automedicarse con antibióticos.
 - o *Puntuación Diana: Mantener a: 1* (Ningún conocimiento) / **Aumentar a: 5** (Conocimiento extenso).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Enseñanza: proceso de enfermedad** (5602) y **Educación sanitaria** (5510).
 - o *Actividades Educativas y Sociales Desarrolladas:*
 1. Brindar consejería libre de estigmas o juicios punitivos, validando la vida sexual del paciente y fomentando un espacio seguro de diálogo clínico.
 2. **Educación Antidrogas y Resistencia:** Explicar de forma sencilla pero con base científica el concepto de la resistencia bacteriana del gonococo, concientizando al paciente sobre el grave peligro de la automedicación con antibióticos del hogar, los cuales solo fortalecen a la bacteria.
 3. Instruir sobre el periodo de **abstinencia obligatoria de 7 días** tras finalizar el tratamiento de la pareja para evitar el efecto ping-pong (reinfección cruzada).
 4. Realizar un taller práctico individual sobre el uso sistemático, almacenamiento seguro (evitar fricción y calor) y descarte correcto de métodos de barrera (preservativo de látex).
- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**
 - o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Conocimiento extenso). El paciente demuestra una comprensión total de los riesgos de la automedicación, verbaliza la regla de la abstinencia de 7 días, realiza correctamente el procedimiento de colocación del preservativo y asiste a sus revisiones preventivas de salud sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

- Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
- Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
- Centers for Disease Control and Prevention. Gonococcal Infections - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
- Unemo M, Lahra MM, Cole M, Galarza P, Ndowa F, Martin I, et al. World Health Organization Global Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (WHO GASP) 2017–2018. Lancet Infect Dis. 2021;21(11):1571-1583.

*Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen*

CASO CLÍNICO INTERACTIVO: METODOLOGÍA ABP APLICADA A LAS 5 FASES DEL PAE (GONORREA)

Instrucciones para el estudiante: Lee atentamente la evolución cronológica del caso clínico de manera secuencial. Deberás resolver de forma argumentada las preguntas detonantes planteadas en cada una de las 5 fases en el foro de la plataforma antes de la sesión presencial. Este caso evalúa tu capacidad para integrar los conocimientos microbiológicos, farmacológicos y de salud pública con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

FASE 1: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (EL INGRESO POR URGENCIAS)

Historia Clínica:

Acude al servicio de urgencias un paciente masculino de 22 años, estudiante universitario, soltero. Refiere que desde hace 48 horas presenta un dolor punzante y un ardor insoportable al orinar (disuria), el cual puntúa en 9/10 en la escala visual análoga (EVA). Además, manifiesta con mucha preocupación: *"Señor/a enfermero/a, me está saliendo un líquido espeso, abundante y de color amarillo verdoso por el pene que me mancha toda la ropa interior. Tengo miedo de tener algo incurable"*.

Al realizar la exploración física y el examen de enfermería (Patrón 2 y 6), observas el meato urinario marcadamente eritematoso, edematizado y con salida espontánea de un exudado purulento franco. No se palpan masas ni inflamación a nivel testicular (epididimitis). Durante la entrevista dirigida (Patrón 1 y 7), el paciente se muestra sumamente avergonzado, habla en voz baja y te confiesa que hace una semana tuvo una relación sexual sin protección con una pareja nueva en una fiesta de la universidad. Admite que no usa preservativo porque *"confía en la gente"* y no pensó que *"un descuido de una noche tuviera estas consecuencias"*.

Preguntas Detonantes (Fase 1):

1. **Razonamiento Microbiológico y Clínico:** Basándote en el periodo de incubación (5 días tras la exposición), las características macroscópicas de la secreción (espesa, amarilla-verdosa) y la disuria severa, ¿cuál es la principal sospecha diagnóstica y qué nombre recibe clínicamente este síndrome inflamatorio? [1, 2, 4]
2. **Organización de Datos por Patrones:** Agrupa al menos 4 datos objetivos (signos) y 3 datos subjetivos (síntomas) obtenidos en esta fase utilizando los Patrones Funcionales de Marjory Gordon que se encuentren alterados.

FASE 2: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (EL JUICIO CLÍNICO)

Evolución del Caso:

Tomas una muestra del exudado uretral mediante hisopado directo para su procesamiento inmediato en el laboratorio. A los 30 minutos, la plataforma de bacteriología arroja el reporte preliminar de la Tinción de Gram: **"Se observan abundantes diplococos Gram negativos intracelulares (dentro de los polimorfonucleares)"**. Con este hallazgo confirmatorio, el médico prescribe el esquema terapéutico dual preferencial de primera línea basado en la evidencia epidemiológica actual: **Ceftriaxona 500 mg por vía intramuscular (IM) en dosis única, más Azitromicina 1 g por vía oral (VO) en dosis única** (esta última ante la sospecha de co-infección por Clamidia).

Cuando ingresas al cubículo para preparar los medicamentos, observas que el paciente sacó de su mochila una caja de *Ciprofloxacina* de 500 mg que le dio un amigo y te dice: *"Oiga, ¿no es mejor que me tome estas pastillas que ya tengo aquí y nos ahorramos el piquete? Le tengo pánico a las inyecciones en la nalga y me dijeron que esa duele muchísimo"*. Además, te comenta que tiene mucho temor de que la infección le cause infertilidad, ya que su meta a futuro es tener hijos.

Preguntas Detonantes (Fase 2):

1. **Juicio Farmacológico y Epidemiológico:** Explica a los estudiantes por qué es un grave error clínico permitir que el paciente se automedique con Ciprofloxacina. ¿Qué fenómeno biológico mundial ha dejado obsoletas a las fluoroquinolonas para el tratamiento del gonococo? [1, 2, 3] ¿Por qué se añade Azitromicina de forma concomitante? [1, 2, 4]
2. **Formulación de Diagnósticos:** Redacta de forma metodológicamente correcta (utilizando el formato NANDA-I oficial provisto en tu manual del Módulo III):
 - o Un diagnóstico **Enfocado en el Problema** (Caso real) para el dolor y la inflamación de la mucosa mucosa.
 - o Un diagnóstico de **Riesgo** centrado en la prevención de lesiones tisulares locales durante la inyección intramuscular profunda.
 - o Un enunciado de **Problema Interdisciplinario o de Colaboración (PC)** para abordar el riesgo comunitario y el manejo de los contactos sexuales del paciente.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA (ESTABLECIENDO CRITERIOS NOC)

Evolución del Caso: Comprendes que para garantizar el éxito del tratamiento y evitar que el paciente huya del servicio por temor a la punción o se automedique en casa, debes detenerte y negociar las metas del cuidado. Te sientas con él, validas su pánico a las agujas y le explicas el fundamento científico de por qué la vía oral ya no funciona para esta bacteria. Al entender la gravedad del fenómeno de la resistencia, el paciente acepta voluntariamente recibir el tratamiento inyectable bajo tus cuidados, fijando juntos como metas el alivio del dolor al orinar y el aprendizaje de medidas definitivas de prevención.

Preguntas Detonantes (Fase 3):

1. **Selección de Criterios de Resultado:** Utilizando la taxonomía NOC detallada en tu manual docente, selecciona los **Resultados e Indicadores específicos** que utilizaremos para evaluar la comodidad física del paciente y su nivel de conocimientos sobre la prevención y el manejo de la resistencia bacteriana.
2. **Establecimiento de la Puntuación Diana:** Determina razonadamente cuál sería la **Puntuación Diana Inicial (Basal)** (escala del 1 al 5) para la disuria y para el conocimiento del paciente sobre la automedicación en este momento de ingreso, y establece cuál es la **Puntuación Diana Final (Meta)** que aspiras lograr antes de que el paciente abandone la clínica.

FASE 4: EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC)

Evolución del Caso: Con los objetivos pactados y registrados, procedes a la fase de ejecución. Preparas la Ceftriaxona 500 mg. Para mitigar el dolor intenso de la infiltración y garantizar la seguridad del tejido glúteo del paciente, sigues estrictamente las recomendaciones de las guías de enfermería basada en la evidencia. Posteriormente, administras la Azitromicina por vía oral y abres el espacio de consejería obligatoria post-tratamiento.

Preguntas Detonantes (Fase 4):

*Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen*

1. **Habilidad Técnica Avanzada de Inyección:** Describe detalladamente la técnica de enfermería que debes aplicar para inyectar la Ceftriaxona IM. Justifica científicamente: ¿Qué diluyente utilizarías para disminuir el dolor local?, ¿En qué cuadrante anatómico exacto se debe aplicar? y ¿Por qué es obligatorio usar la **técnica de la Z** para proteger la integridad tisular profunda? [1]
2. **Rompiendo la Cadena de Transmisión (Salud Pública):** Diseña las instrucciones educativas precisas que debes darle al paciente antes de salir del cubículo, detallando: ¿Cuántos días de **abstinencia sexual obligatoria** debe cumplir tras el tratamiento? [1, 2] y ¿Cómo debes abordar, de forma confidencial y empática, la necesidad de que localice e invite a su pareja de la semana pasada a acudir al servicio de enfermería para ser tratada? [1, 2, 3]

FASE 5: EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA (EL SEGUIMIENTO CLÍNICO)

Evolución del Caso: Han transcurrido 7 días desde la intervención en urgencias. El paciente acude puntualmente a su cita de control programada contigo en el servicio de enfermería comunitaria para evaluar la resolución de su proceso infeccioso.

Al ingresar al cubículo, el paciente se muestra aliviado, con una postura relajada y te comenta con total seguridad: *"Señor/a enfermero/a, el ardor desapareció por completo al segundo día. Dejé las pastillas que tenía en la mochila y no me automediqué. Además, hablé con la chica de la fiesta; ella vino a la clínica hace 4 días de forma muy discreta, la evaluaron y le pusieron el mismo tratamiento porque no sabía que las mujeres podían tener esto sin sentir síntomas. Ambos estamos cumpliendo la semana de abstinencia estricta y ya compramos preservativos para el futuro"*. A la exploración física actual, el meato urinario se observa completamente sano, sin edema ni rastro de secreción purulenta.

Preguntas Detonantes (Fase 5):

1. **Evaluación de la Puntuación Diana:** Compara cuantitativamente la Puntuación Diana Inicial (Fase 3) con el estado clínico actual del paciente en esta Fase 5. Justifica científicamente por qué se considera exitoso este plan de cuidados de enfermería basándote en la resolución de los signos físicos y el quiebre del ciclo epidemiológico.
2. **Prevención de Secuelas a Largo Plazo:** Tomando como base que la pareja del paciente era asintomática, explica cuál fue el impacto preventivo que logró la intervención de enfermería en la salud reproductiva de esa mujer al evitar que la bacteria ascendiera por su aparato genital.

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: CLAMIDIA (MÓDULO I)

1. ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL PATÓGENO

La clamidiasis es la infección de transmisión sexual de etiología bacteriana más frecuente en el mundo. Es causada por ***Chlamydia trachomatis***, una bacteria gramnegativa única perteneciente al orden *Chlamydiales* y a la familia *Chlamydiaceae*. [1, 2, 3, 4, 5]

- **Particularidad Biológica:** Es un **parásito intracelular obligado**. A diferencia de otras bacterias comunes, carece de mecanismos independientes para sintetizar su propio

ATP (energía), por lo que depende totalmente de la célula huésped para replicarse. [1, 2]

- **Ciclo Replicativo Dimórfico:** Alterna de forma única entre dos formas morfológicas y funcionales durante su ciclo vital de 48 a 72 horas:
 - o **Cuerpo Elemental (CE):** Es la forma infecciosa, pequeña (0.3 μm), metabólicamente inactiva y extracelular. Está adaptada para sobrevivir en el medio ambiente y adherirse a las células diana.
 - o **Cuerpo Reticulado (CR):** Es la forma replicativa, más grande (1 μm), metabólicamente activa e intracelular. No es infectante y se organiza dentro de vacuolas citoplasmáticas llamadas "inclusiones clamidiales". [1, 2, 3, 4, 5]
- **Serotipos Clínicos:** Los serotipos **D a la K** son los responsables específicos de las infecciones oculogenitales y de la transmisión perinatal. [1]

2. FISIOPATOLOGÍA AVANZADA Y MECANISMO DE INVASIÓN

La patogenia de *Chlamydia trachomatis* destaca por su naturaleza silente, su tropismo por el epitelio cilíndrico y la inducción de una respuesta inflamatoria crónica destructiva.

1. **Adhesión y Endocitosis:** El Cuerpo Elemental (CE) se une de forma específica a los receptores de las células del epitelio cilíndrico no estratificado (presente en uretra, endocérnix, recto y conjuntiva). La célula huésped envuelve al CE mediante un proceso de endocitosis mediada por receptor. [1]
2. **Replicación y Formación de Inclusiones:** Una vez dentro del citoplasma, el CE evita la fusión con los lisosomas (mecanismo de evasión inmunitaria) y se transforma en Cuerpo Reticulado (CR). El CR utiliza el ATP de la célula para dividirse repetidamente por fisión binaria, expandiendo la vacuola hasta consolidar una "inclusión" visible al microscopio. Tras 48 horas, los CR se condensan nuevamente en CE. [1, 2]
3. **Lisis Celular y Liberación:** La célula huésped se rompe o exocita la vacuola, liberando cientos de nuevos Cuerpos Elementales infectantes al espacio extracelular para colonizar células vecinas.
4. **Inflamación Crónica y Fibrosis:** El daño tisular no es agudo ni destructivo de forma inmediata como en la gonorrea. El gonococo atrae neutrófilos masivos; la Clamidia, en cambio, induce un infiltrado crónico de **linfocitos T y macrófagos**. Esta respuesta inmunitaria prolongada y persistente estimula la producción de citocinas inflamatorias que conducen a la **cicatrización, fibrosis y destrucción progresiva del tejido conectivo** de las trompas de Falopio o el epidídimo.

3. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS

Las variables epidemiológicas clave que inciden en la alta prevalencia y propagación de esta infección son:

- **Edad Temprana (Adolescentes y Adultos Jóvenes):** Concentración epidemiológica crítica en jóvenes de 15 a 24 años. Biológicamente, las mujeres jóvenes presentan una mayor zona de ectopia cervical (epitelio cilíndrico expuesto en el ectocérnix), multiplicando la superficie de adhesión para el patógeno.
- **Relaciones sexuales desprotegidas:** Coito vaginal, anal u oral sin el uso consistente y correcto de métodos de barrera mecánicos (preservativos). [1]
- **El carácter "Asintomático" de la Infección:** Al no generar síntomas dolorosos ni aparatosos en la mayoría de los portadores, las personas mantienen su actividad

sexual habitual sin sospechar la infección, propagando el patógeno de forma involuntaria en la comunidad.

- **Multiplicidad de parejas sexuales:** El inicio temprano de la vida sexual activa y el cambio frecuente de parejas sin tamizajes intermedios aumentan exponencialmente el riesgo de exposición.
- **Falta de programas de tamizaje preventivo:** Al ser una infección oculta, la ausencia de protocolos rutinarios de cribado molecular en la atención primaria perpetúa la cronicidad de la enfermedad en la población.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): La Clamidia es conocida epidemiológicamente como "*La Infección Silenciosa*" debido a que el **70-80% de las mujeres y el 50% de los varones no presentan ningún síntoma** aparente durante meses o años. [1]

Manifestaciones en la Mujer: Cuando se presentan síntomas, aparecen entre **1 y 3 semanas** post-exposición: [1]

- **Cervicitis de baja intensidad:** Se manifiesta con una secreción vaginal escasa, mucoide o mucopurulenta (flujo claro-amarillento), sangrado postcoital o intermenstrual y disuria leve. Al examen físico, el cérvix se aprecia eritematoso y con propensión al sangrado al roce con el hisopo.
- **Uretritis:** Disuria leve y polaquiuria (aumento de la frecuencia urinaria), que suele confundirse erróneamente con una cistitis bacteriana común por *E. coli*.
- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) Silenciosa:** Es la secuela tardía más devastadora. La bacteria asciende lentamente sin causar dolor agudo severo, provocando salpingitis crónica, obstrucción mecánica de las trompas de Falopio, dolor pélvico crónico e **infertilidad por factor tubárico**, descubierta a menudo años después cuando la mujer intenta concebir. [1, 2, 3]

Manifestaciones en el Varón

- **Uretritis No Gonocócica (UNG):** Se caracteriza por una **secreción uretral escasa, de aspecto mucoide, acuoso o transparente** (a diferencia de la secreción espesa y verde de la gonorrea). Se acompaña de disuria moderada y prurito (picazón) intrauretral. Los síntomas suelen manifestarse principalmente por las mañanas (gota matinal).
- **Complicaciones Locales:** Epididimitis crónica manifestada por dolor sordo, pesadez e inflamación unilateral del escroto, comprometiendo la calidad espermática. [1]

Manifestaciones Extragenitales y Perinatales

- **Proctitis y Faringitis:** Adquiridas por prácticas sexuales anales u orales receptivas; cursan mayoritariamente de forma asintomática o con dolor y tenesmo rectal leve.
- **Transmisión Perinatal (Recién Nacidos):** El neonato expuesto al canal de parto de una madre infectada puede desarrollar **Conjuntivitis de inclusión neonatal** (se presenta entre los 5 y 14 días postparto con secreción mucopurulenta intensa) y **Neumonía afebril del lactante** (caracterizada por una tos en accesos o "tos de staccato" entre las 2 y 19 semanas de vida). [1]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int

1. Centers for Disease Control and Prevention. Chlamydia trachomatis - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
2. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
3. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(9):1423-1448. [1]

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: CLAMIDIA (MÓDULO II)

5. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SEGUIMIENTO DE LABORATORIO

Debido a la naturaleza de parásito intracelular obligado de *Chlamydia trachomatis*, los métodos microbiológicos convencionales (como la tinción de Gram o el cultivo en agar común) son totalmente ineficaces para su detección. El diagnóstico moderno se basa en tecnologías moleculares de alta precisión:

A. Pruebas de Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAAT / PCR)

- **Mecanismo:** Detectan secuencias específicas de ADN o ARN del plásmido críptico de la bacteria.
- **Utilidad Clínica:** Es el **estándar de oro universal** debido a su sensibilidad y especificidad superiores al 98%.
- **Ventaja Didáctica:** Permiten el uso de muestras obtenidas mediante métodos no invasivos, lo que facilita enormemente el tamizaje preventivo liderado por enfermería. En mujeres, se prefiere la auto-toma de hisopado vaginal o endocervical; en varones, la muestra de elección es el **primer chorro de la primera orina de la mañana** (el cual arrastra las células epiteliales infectadas de la uretra).

B. Pruebas Rápidas de Inmunocromatografía (In situ)

- **Mecanismo:** Detectan antígenos específicos de la membrana externa de la Clamidia (como el LPS) en el punto de atención.
- **Utilidad Clínica:** Son útiles en entornos rurales o comunitarios con acceso limitado a laboratorios de biología molecular. Sin embargo, su sensibilidad es menor en comparación con las NAAT, por lo que un resultado negativo en un paciente de alto riesgo requiere confirmación molecular.

C. Cultivo Celular e Inmunofluorescencia Directa (DFA)

- **Mecanismo:** Requiere inocular la muestra en líneas celulares vivas (como las células McCoy) y teñir con anticuerpos monoclonales fluorescentes para visualizar las inclusiones citoplasmáticas.
- **Utilidad Clínica:** Es un método complejo, costoso y con un periodo de respuesta lento. Actualmente se reserva casi exclusivamente para investigaciones médico-legales (casos de abuso sexual infantil) debido a su especificidad legal del 100%.

6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUALIZADO Y PREVENCIÓN

A diferencia de la gonorrea, *Chlamydia trachomatis* sigue mostrando una excelente susceptibilidad a ciertas familias de antibióticos orales de amplio espectro que tienen una alta penetración intracelular.

Esquema Preferencial de Primera Línea

Basado en las directrices de los CDC y la OMS, el tratamiento de elección ha migrado hacia esquemas de una semana para garantizar la erradicación biológica completa del ciclo replicativo de la bacteria:

- **Doxiciclina:** 100 mg por vía oral, dos veces al día (cada 12 horas), **durante 7 días**. Es la terapia de primera elección debido a su eficacia superior en infecciones rectales y uretrales en comparación con las dosis únicas.

Esquemas Alternativos (Casos Especiales)

- **Azitromicina:** 1 g por vía oral, administrado en **dosis única**. Se reserva como alternativa principalmente para pacientes con sospecha de baja adherencia al tratamiento de 7 días.
- **Esquema en Mujeres Gestantes:** La Doxiciclina está contraindicada en el embarazo debido a su toxicidad fetal (tinción de los dientes y alteración ósea). El esquema preferencial de primera línea para embarazadas es **Azitromicina 1 g por vía oral en dosis única** o Amoxicilina 500 mg tres veces al día por 7 días.

Acciones Preventivas Clínicas en el Servicio de Enfermería

- **Rastreo Epidemiológico de Contactos:** Es obligatorio localizar, evaluar y ofrecer tratamiento profiláctico empírico a todas las parejas sexuales del paciente índice de los **60 días previos** a la aparición de los síntomas o al diagnóstico, rompiendo así el ciclo de transmisión comunitaria asintomática.
- **Abstinencia Sexual Obligatoria:** Se debe instruir firmemente al paciente y a sus parejas a mantener abstinencia sexual estricta durante los **7 días que dura el tratamiento con Doxiciclina**, o durante los 7 días posteriores a la toma de la dosis única de Azitromicina, garantizando que no ocurran reinfecciones cruzadas inmediatas.
- **Tamizaje de Control (Prueba de Cura):** Debido a que la Clamidia suele ser asintomática y el riesgo de reinfección es elevado, se aconseja reprogramar al paciente para una prueba molecular de control **3 meses después** de haber finalizado el tratamiento, especialmente en poblaciones jóvenes (adolescentes).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Chlamydial Infections - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
4. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(9):1423-1448.

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: CLAMIDIA (MÓDULO II)

5. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y SEGUIMIENTO DE LABORATORIO

Debido a la naturaleza de parásito intracelular obligado de *Chlamydia trachomatis*, los métodos microbiológicos convencionales (como la tinción de Gram o el cultivo en agar común) son totalmente ineficaces para su detección. El diagnóstico moderno se basa en tecnologías moleculares de alta precisión:

A. Pruebas de Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAAT / PCR)

- **Mecanismo:** Detectan secuencias específicas de ADN o ARN del plásmido críptico de la bacteria.
- **Utilidad Clínica:** Es el **estándar de oro universal** debido a su sensibilidad y especificidad superiores al 98%.
- **Ventaja Didáctica:** Permiten el uso de muestras obtenidas mediante métodos no invasivos, lo que facilita enormemente el tamizaje preventivo liderado por enfermería. En mujeres, se prefiere la auto-toma de hisopado vaginal o endocervical; en varones, la muestra de elección es el **primer chorro de la primera orina de la mañana** (el cual arrastra las células epiteliales infectadas de la uretra).

B. Pruebas Rápidas de Inmunocromatografía (In situ)

- **Mecanismo:** Detectan antígenos específicos de la membrana externa de la Clamidia (como el LPS) en el punto de atención.
- **Utilidad Clínica:** Son útiles en entornos rurales o comunitarios con acceso limitado a laboratorios de biología molecular. Sin embargo, su sensibilidad es menor en comparación con las NAAT, por lo que un resultado negativo en un paciente de alto riesgo requiere confirmación molecular.

C. Cultivo Celular e Inmunofluorescencia Directa (DFA)

- **Mecanismo:** Requiere inocular la muestra en líneas celulares vivas (como las células McCoy) y teñir con anticuerpos monoclonales fluorescentes para visualizar las inclusiones citoplasmáticas.
- **Utilidad Clínica:** Es un método complejo, costoso y con un periodo de respuesta lento. Actualmente se reserva casi exclusivamente para investigaciones médico-legales (casos de abuso sexual infantil) debido a su especificidad legal del 100%.

6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUALIZADO Y PREVENCIÓN

A diferencia de la gonorrea, *Chlamydia trachomatis* sigue mostrando una excelente susceptibilidad a ciertas familias de antibióticos orales de amplio espectro que tienen una alta penetración intracelular.

Esquema Preferencial de Primera Línea

Basado en las directrices de los CDC y la OMS, el tratamiento de elección ha migrado hacia esquemas de una semana para garantizar la erradicación biológica completa del ciclo replicativo de la bacteria:

- **Doxiciclina:** 100 mg por vía oral, dos veces al día (cada 12 horas), **durante 7 días**. Es la terapia de primera elección debido a su eficacia superior en infecciones rectales y uretrales en comparación con las dosis únicas.

Esquemas Alternativos (Casos Especiales)

- **Azitromicina:** 1 g por vía oral, administrado en **dosis única**. Se reserva como alternativa principalmente para pacientes con sospecha de baja adherencia al tratamiento de 7 días.
- **Esquema en Mujeres Gestantes:** La Doxiciclina está contraindicada en el embarazo debido a su toxicidad fetal (tinción de los dientes y alteración ósea). El esquema preferencial de primera línea para embarazadas es **Azitromicina 1 g por vía oral en dosis única** o Amoxicilina 500 mg tres veces al día por 7 días.

Acciones Preventivas Clínicas en el Servicio de Enfermería

- **Rastreo Epidemiológico de Contactos:** Es obligatorio localizar, evaluar y ofrecer tratamiento profiláctico empírico a todas las parejas sexuales del paciente índice de los **60 días previos** a la aparición de los síntomas o al diagnóstico, rompiendo así el ciclo de transmisión comunitaria asintomática.
- **Abstinencia Sexual Obligatoria:** Se debe instruir firmemente al paciente y a sus parejas a mantener abstinencia sexual estricta durante los **7 días que dura el tratamiento con Doxiciclina**, o durante los 7 días posteriores a la toma de la dosis única de Azitromicina, garantizando que no ocurran reinfecciones cruzadas inmediatas.
- **Tamizaje de Control (Prueba de Cura):** Debido a que la Clamidia suele ser asintomática y el riesgo de reinfección es elevado, se aconseja reprogramar al paciente para una prueba molecular de control **3 meses después** de haber finalizado el tratamiento, especialmente en poblaciones jóvenes (adolescentes).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Chlamydial Infections - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
4. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(9):1423-1448.

DOCUMENTO DE APLICACIÓN PRÁCTICA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN CLAMIDIASIS (MÓDULO III)

1. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA AVANZADA

La recolección de datos en un paciente con sospecha, confirmación o riesgo de infección por *Chlamydia trachomatis* debe estructurarse bajo los **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, priorizando el análisis de los siguientes indicadores clínicos y epidemiológicos:

- **Patrón 1: Percepción y Control de la Salud:** Antecedentes de tamizajes preventivos de salud sexual, hábitos de uso de métodos de barrera mecánicos, automedicación previa con macrólidos o tetraciclinas a dosis subóptimas, y conocimiento sobre el carácter silente de la infección.
- **Patrón 2: Nutricional - Metabólico / Eliminación:** Inspección minuciosa del cérvix mediante espéculo en busca de signos de cervicitis (friabilidad epitelial, ectopia cervical inflamada y exudado mucoide o mucopurulento hialino-amarillento). En varones, valorar el meato uretral tras la expresión del pene en busca de la "gota matinal" (secreción escasa, clara o mucoide). Evaluar disuria leve o polaquiuria confusa.
- **Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo:** Presencia de dolor pélvico sordo crónico, dispareunia profunda (dolor durante el coito) o pesadez escrotal unilateral sorda.
- **Patrón 11: Valores y Creencias:** Percepción de la salud reproductiva, el deseo explícito de fertilidad futura y mitos asociados a la ausencia de síntomas como sinónimo de ausencia de enfermedad.

2. PLANES DE CUIDADOS INTEGRALES SEGÚN LAS 5 FASES DEL PAE

A. DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL PROBLEMA (CASO REAL / ENFOQUE CLÍNICO-REPRODUCTIVO)

Este plan aborda las consecuencias destructivas de la respuesta inmunitaria crónica (infiltrado de linfocitos T y macrófagos) de la Clamidia, la cual induce fibrosis e inflamación de los anexos uterinos.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente femenina de 23 años refiere dolor pélvico sordo e intermitente en hipogastrio de 3 meses de evolución (EVA 4/10) y dispareunia profunda. A la exploración física, presenta dolor a la movilización del cuello uterino. El reporte de PCR molecular (NAAT) confirma presencia de *Chlamydia trachomatis* en fondo de saco vaginal, diagnosticándose Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) subclínica.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA:** **Dolor crónico** (00133) r/c lesión tisular prolongada e inflamación hística crónica (salpingitis y fibrosis de las trompas de Falopio por *C. trachomatis*) m/p informe verbal de dolor por más de 3 meses, alteración de la actividad física y dispareunia.
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Nivel del dolor** (2102) y **Estatus reproductivo** (1504).
 - *Indicador 210227:* Duración de los episodios de dolor.
 - *Indicador 150407:* Integridad estructural del aparato reproductor (trompas de Falopio).
 - *Puntuación Diana:* **Mantener a: 2** (Sustancialmente comprometido) / **Aumentar a: 5** (No comprometido / Libre de dolor). [1]
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Manejo del dolor** (1400) y **Manejo de la medicación** (2380).
 - *Actividades Clínicas Desarrolladas:*

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

1. Administrar y verificar de manera estricta el cumplimiento del esquema antibiótico prolongado prescrito por vía oral (Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días) debido a la afectación de los anexos uterinos superiores (EIP).
 2. Educar a la paciente sobre el mecanismo inflamatorio crónico de la bacteria, explicando que el dolor sordo es una señal de inflamación activa que puede cicatrizar las trompas si se suspende el fármaco.
 3. Promover el uso de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) con horarios fijos durante los primeros 5 días para bloquear la síntesis de prostaglandinas locales.
 4. Reprogramar una ecografía pélvica transvaginal de control en colaboración con ginecología para evaluar la resolución de la congestión hística anexial.
- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**
 - o *Puntuación Diana Lograda: 5* (No comprometido). Al finalizar el esquema de 14 días, la paciente reporta remisión completa del dolor pélvico (EVA 0/10), desaparición de la dispareunia y ausencia de dolor a la palpación bimanual.

B. DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Enfocado en la seguridad farmacológica y la bioética durante la gestación. Previene la teratogenicidad y toxicidad fetal asociada al uso incorrecto de tetraciclinas.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Gestante de 18 semanas de gestación resulta positiva en el tamizaje rutinario de Clamidia por biología molecular. Refiere conocer que el tratamiento estándar de sus amigas es la Doxiciclina y manifiesta intención de conseguirla por su cuenta si el hospital no se la provee.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA: Riesgo de lesión fetal** (00315) r/c régimen farmacológico materno inadecuado (exposición latente a tetraciclinas/doxiciclina que provoca hipoplasia del esmalte dental y alteración del crecimiento óseo fetal).
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Conocimiento: gestión de la salud en el embarazo** (1856) y **Estado fetal: prenatal** (0111).
 - o *Indicador 185611:* Medicamentos seguros durante el embarazo.
 - o *Puntuación Diana: Mantener a: 2* (Conocimiento escaso) / **Aumentar a: 5** (Conocimiento extenso / Cero exposición a teratógenos).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Enseñanza: medicamentos prescritos** (5616) y **Cuidados del embarazo de alto riesgo** (6800).
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Intervenir de inmediato explicando a la gestante la contraindicación absoluta de la Doxiciclina debido a su capacidad de atravesar la barrera placentaria y depositarse en las estructuras óseas y dentales en desarrollo del feto.
 2. Administrar bajo supervisión directa de enfermería el esquema de primera línea seguro y eficaz para el embarazo basado en la evidencia: **Azitromicina 1 g por vía oral en dosis única.**
 3. Monitorizar la tolerancia gástrica de la paciente (la azitromicina a dosis altas puede causar emesis) y asegurar el reposo en sala durante 30 minutos para garantizar la absorción completa del macrólido.
 4. Coordinar el seguimiento prenatal estricto para evaluar el crecimiento fetal intrauterino por ultrasonido.
- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**

- o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Conocimiento extenso). La paciente comprende el riesgo, ingiere la dosis única de Azitromicina sin presentar emesis, rechaza la automedicación externa y el embarazo cursa sin alteraciones estructurales ni complicaciones perinatales.

C. DIAGNÓSTICO DE COLABORACIÓN o PROBLEMA INTERDISCIPLINAR (PC)

Resalta nuestro rol clave en la salud pública y la prevención de complicaciones neonatales directas (oftalmía y neumonía atípica) mediante la intervención epidemiológica en el binomio madre-hijo.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Recién nacido de 10 días de vida ingresa a la unidad neonatal presentando quemosis severa (edema conjuntival), fotofobia y abundante secreción ocular mucopurulenta espesa en ambos ojos. La madre refiere no haber tenido controles prenatales ni tamizajes de ITS durante la gestación.
- **FASE 2: ENUNCIADO CLÍNICO: Problema Interdisciplinario (PC): Conjuntivitis de inclusión neonatal y Neumonía atípica del lactante por transmisión vertical de *Chlamydia trachomatis*.**
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (CRITERIO DE RESULTADO INTERDISCIPLINAR):** Lograr la erradicación de la bacteria en los sacos conjuntivales del neonato en un lapso de 14 días y prevenir el desarrollo de infiltrados pulmonares inflamatorios (neumonía de staccato).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Cuidados del recién nacido (6820) y Manejo de la infección (6540).**
 - o *Actividades de Colaboración Desarrolladas:*
 1. Realizar el lavado ocular minucioso con solución salina estéril isotónica cada 4 horas para remover mecánicamente el exudado infeccioso antes de aplicar cualquier tratamiento.
 2. Administrar el tratamiento antibiótico sistémico prescrito por el neonatólogo basado en la evidencia (Eritromicina jarabe 50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días), monitorizando la aparición de efectos secundarios estomacales (riesgo de estenosis hipertrófica del píloro).
 3. Canalizar a los padres de forma simultánea al servicio de epidemiología para la toma de NAAT y el inicio de su tratamiento con Doxiciclina, cortando la cadena de transmisión familiar.
 4. Auscultar diariamente los campos pulmonares del lactante para detectar de forma precoz taquipnea o tos seca en accesos (síntomas de neumonitis clamidial).
- **FASE 5: EVALUACIÓN DEL RESULTADO:** Al término de los 14 días, la conjuntiva ocular del recién nacido recobra su anatomía normal y coloración sana, el exudado purulento remite al 100%, los campos pulmonares se mantienen limpios y los padres completan con éxito su terapia antibiótica.

D. DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR / PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nuestra obra maestra en el ámbito de la salud comunitaria. Desmiente el mito de "ausencia de síntomas es igual a ausencia de enfermedad", impulsando la búsqueda activa de casos y rompiendo el estigma.

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente masculino de 19 años, asintomático, acude a la campaña de salud sexual universitaria liderada por enfermería. Manifiesta interés por

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

- comprender cómo una infección puede dañar el cuerpo "en silencio" y solicita voluntariamente que se le realice un tamizaje.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA: Disposición para mejorar el autogestión de la salud** (00293) manifestado por el deseo expreso de incrementar el conocimiento sobre el tamizaje asintomático de las ITS y adoptar conductas preventivas definitivas.
 - **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Conocimiento: gestión de la infección** (1842) y **Conductas de cumplimiento** (1601).
 - o *Indicador 184201*: Modo de transmisión del patógeno.
 - o *Indicador 184210*: Importancia del tamizaje periódico en pacientes asintomáticos.
 - o *Puntuación Diana: Mantener a: 1* (Ningún conocimiento) / **Aumentar a: 5** (Conocimiento extenso).
 - **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Asesoramiento sexual** (5248) y **Educación sanitaria** (5510).
 - o *Actividades Educativas y Sociales Desarrolladas*:
 1. Ofrecer un entorno libre de prejuicios y con confidencialidad absoluta, reforzando positivamente la conducta proactiva del joven hacia su salud sexual.
 2. **Educación Científica Avanzada**: Explicar detalladamente el concepto de la "infección silente" de la Clamidia, aclarando que el 50% de los hombres y el 80% de las mujeres no presentan dolor ni secreciones, pero la bacteria continúa generando microcicatrices internas que comprometen la fertilidad futura.
 3. Capacitar al paciente en la recolección correcta de la muestra de tamizaje molecular por orina: instruir que debe ser el **primer chorro (no el chorro medio)** de la primera orina de la mañana o tras 2 horas de retención, ya que es la muestra que arrastra las células epiteliales uretrales donde vive la bacteria de forma intracelular.
 4. Realizar un taller práctico de destreza motriz sobre el almacenamiento, colocación y retiro correcto del preservativo de látex, desmitificando creencias sobre la pérdida de sensibilidad.
 - **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC)**:
 - o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Conocimiento extenso). El paciente verbaliza correctamente por qué debe tamizarse aun sintiéndose sano, entrega una muestra de orina de primer chorro técnicamente perfecta, demuestra destreza en el uso del preservativo en el simulador y se convierte en un promotor de salud entre sus pares universitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

Centers for Disease Control and Prevention. Chlamydial Infections - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: [cdc.gov](https://www.cdc.gov)

Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

CASO CLÍNICO INTERACTIVO: METODOLOGÍA ABP APLICADA A LAS 5 FASES DEL PAE (CLAMIDIASIS)

Instrucciones para el estudiante: Lee atentamente la evolución cronológica del caso clínico de manera secuencial. Deberás resolver de forma argumentada las preguntas detonantes planteadas en cada una de las 5 fases en el foro de la plataforma antes de la sesión presencial. Este caso evalúa tu capacidad para integrar la inmunología crónica, la farmacología segura en la gestación y la bioética con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

FASE 1: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (EL HALLAZGO SILENCIOSO)

Historia Clínica:

Acude a la consulta de enfermería ginecológica y de fertilidad una paciente femenina de 25 años, casada, de ocupación contadora. Refiere que lleva 2 años intentando quedar embarazada con su pareja sin éxito. Manifiesta con profunda tristeza: *"Señor/a enfermero/a, no entiendo qué pasa. Yo me siento perfectamente sana, nunca he tenido dolores fuertes, ni heridas, ni flujos extraños. Mis periodos son regulares. Siento que mi cuerpo le está fallando a mi familia y la presión social me está carcomiendo la mente"*. Al indagar antecedentes, refiere únicamente episodios aislados de un dolor pélvico muy leve, sordo e intermitente en el bajo vientre hace un par de años, al cual no le dio importancia porque cedía solo.

Al realizar la exploración física y el examen de enfermería (Patrón 2), el abdomen se encuentra blando y depresible, con una molestia muy leve a la palpación profunda en ambas fosas ilíacas. Al examen con espéculo, observas la mucosa vaginal sana, pero el cuello uterino se aprecia discretamente eritematoso, con una pequeña zona de ectopia cervical inflamada y un exudado mucoso escaso, casi transparente, que pasa desapercibido a menos que se limpie con el hisopo. No hay heridas ni mal olor. En la entrevista dirigida (Patrón 7 y 11), la paciente se muestra frustrada, con una marcada baja autoestima y sentimientos de culpa por la infertilidad. Al revisar el historial de su pareja, refiere que él tampoco ha tenido síntomas urinarios ni secreciones evidentes.

Preguntas Detonantes (Fase 1):

1. **Razonamiento Fisiopatológico Avanzado:** A diferencia de la gonorrea (que atrae neutrófilos masivos y causa pus), ¿qué tipo de infiltrado celular induce *Chlamydia trachomatis* a nivel tisular y por qué este mecanismo inmunológico explica que la infección destruya las trompas de Falopio "en silencio" sin causar síntomas ruidosos?
2. **Organización de Datos por Patrones:** Organiza los sutiles hallazgos clínicos de esta fase estructurando al menos 3 datos objetivos (signos) y 2 datos subjetivos (síntomas) bajo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon que se encuentren comprometidos.

FASE 2: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (EL JUICIO CLÍNICO)

Evolución del Caso: Ante la sospecha epidemiológica de factor tubárico obstructivo por una ITS silente, decides realizar un tamizaje molecular prioritario. Tomas una muestra de exudado endocervical mediante hisopado para una prueba de PCR. Paralelamente, el ginecólogo programa una **Histerosalpingografía** (radiografía con contraste de las trompas). A las 48 horas, la plataforma carga los resultados:

- **PCR Molecular (NAAT):** Positivo (Reactivo) para *Chlamydia trachomatis*.
- **Histerosalpingografía:** Evidencia obstrucción mecánica bilateral completa de las trompas de Falopio con presencia de tejido fibrótico cicatrizal (Salpingitis crónica).

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

El médico confirma el diagnóstico de Infertilidad Secundaria por Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) subclínica crónica y prescribe el tratamiento de erradicación biológica: **Doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces al día (cada 12 horas) durante 14 días** (esquema ampliado por afectación de anexos). Al entregarle los resultados, la paciente entra en una crisis de llanto e incredulidad: *"¿Una bacteria me dejó estéril y nunca me dolió? ¡Eso es imposible! Además, acabo de hacerme una prueba casera de embarazo esta mañana porque tenía un retraso de tres días y dio positivo. ¿Cómo me voy a tomar esas pastillas si estoy embarazada? Tengo pánico de hacerle daño a mi bebé"*.

Preguntas Detonantes (Fase 2):

1. **Juicio Farmacológico y Bioética Gestacional:** Evalúa científicamente la situación: ¿Está indicada la Doxiciclina en una mujer gestante? ¿Qué daño fisiológico o teratogénico provocaría este fármaco en el desarrollo fetal? Basándote en la evidencia de las guías internacionales, ¿cuál es el esquema antibiótico oral de primera línea que debe sustituir de inmediato la Doxiciclina para garantizar la seguridad del feto?
2. **Formulación de Diagnósticos:** Redacta de forma metodológicamente correcta (utilizando las etiquetas de la taxonomía NANDA-I oficiales provistas en tu manual del Módulo III):
 - o Un diagnóstico **Enfocado en el Problema** (Caso real) enfocado en el impacto crónico tisular/reproductivo.
 - o Un diagnóstico de **Riesgo** centrado en la protección de la seguridad y el desarrollo anatómico del feto frente a la exposición farmacológica.
 - o Un enunciado de **Problema Interdisciplinario o de Colaboración (PC)** enfocado en la salud pública y el manejo del binomio familiar (pareja asintomática).

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA (ESTABLECIENDO CRITERIOS NOC)

Evolución del Caso: Comprendes que la paciente se encuentra en un escenario de extrema vulnerabilidad: enfrenta simultáneamente un diagnóstico de ITS estigmatizante, la confirmación de secuelas reproductivas crónicas y la noticia de un embarazo inicial de alto riesgo (debido a la obstrucción parcial previa que eleva el riesgo de implantación ectópica). Antes de administrar la primera dosis del nuevo fármaco seguro, detienes la intervención física para pactar las metas del cuidado. Consuelas a la paciente, disipas su culpa explicándole la naturaleza biológica de la bacteria y validas su deseo absoluto de llevar a término un embarazo seguro.

Preguntas Detonantes (Fase 3):

1. **Selección de Criterios de Resultado:** Utilizando la taxonomía NOC detallada en tu manual docente de Clamidia, selecciona los **Resultados e Indicadores específicos** necesarios para medir el nivel de conocimiento de la paciente sobre la gestión de su infección gestacional y el estado de aceptación de su proceso de salud.
2. **Establecimiento de la Puntuación Diana:** Determina razonadamente cuál sería la **Puntuación Diana Inicial (Basal)** (escala del 1 al 5) para la autogestión de la salud de la paciente en este momento de shock emocional, y define cuál es la **Puntuación Diana Final (Meta)** que proyectas alcanzar antes de que la paciente inicie su tratamiento ambulatorio en el hogar.

FASE 4: EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC)

Evolución del Caso: Con las metas registradas en la hoja de evolución, ejecutas el plan de cuidados. Administras la dosis única del macrólido seguro frente a ti en el cubículo. Debido a que las dosis altas de este fármaco pueden provocar irritación gástrica severa y emesis, aplicas intervenciones de protección. Posteriormente, abres el espacio de consejería obligatoria post-alta para blindar al binomio materno-fetal de futuras complicaciones.

Preguntas Detonantes (Fase 4):

1. **Habilidad Clínica y Monitoreo Farmacológico:** Justifica científicamente: ¿Qué actividades de enfermería (NIC) aplicarías para garantizar que la paciente absorba el medicamento sin vomitarlo?, ¿Cuántos días de **abstinencia sexual obligatoria** debe cumplir la pareja a partir de hoy? y ¿Cómo realizarías la toma de muestra molecular (NAAT) de primer chorro de orina al esposo asintomático para garantizar que las células uretrales donde se esconde la bacteria sean arrastradas correctamente?
2. **Prevención de Complicaciones Perinatales:** En caso de que el tratamiento materno fallara por falta de adherencia o reinfección por parte de la pareja, ¿qué intervenciones obligatorias de enfermería debes ejecutar en la sala de partos sobre el recién nacido para prevenir la *Conjuntivitis de inclusión neonatal* y qué signos respiratorios (como la tos de staccato) debes enseñar a la madre a vigilar en el hogar?

FASE 5: EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA (EL CIERRE DEL CICLO)

Evolución del Caso: Han transcurrido 3 meses. La paciente acude puntualmente a su cita de seguimiento programada contigo en el servicio de enfermería prenatal. Su embarazo cursa por la semana 26 de forma fisiológica y los ultrasonidos muestran un crecimiento fetal óptimo y libre de anomalías óseas o dentales.

Al ingresar al cubículo, la paciente se muestra sonriente, con una postura empoderada y te comenta con gratitud: "*Señor/a enfermero/a, gracias a sus explicaciones entendí que no era mi culpa. Mi esposo se hizo la prueba de orina que usted le mandó y salió positivo; ambos tomamos el tratamiento seguro y cumplimos la abstinencia estricta. Ya no tenemos la bacteria. El miedo se fue y ahora sé cómo proteger a mi hijo*". Al revisar la plataforma, el reporte de la nueva **PCR molecular de control (Prueba de Cura)** resulta **Negativo** tanto para ella como para su esposo.

Preguntas Detonantes (Fase 5):

1. **Evaluación Cuantitativa del NOC:** Compara la Puntuación Diana Inicial (establecida en la Fase 3) con el estado clínico actual de la paciente en esta Fase 5. Justifica matemáticamente el éxito de tus intervenciones de enfermería basándote en la erradicación biológica del patógeno y la estabilidad gestacional.
2. **Lección Aprendida para la Salud Pública:** Basándote en el desenlace de este caso, ¿cuál es el mensaje clave que el profesional de enfermería debe difundir en la comunidad para romper el mito de que "*si no hay dolor ni flujo, no hay infección*"?

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (MÓDULO I)

1. ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DEL PATÓGENO

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una familia de virus de ácido desoxirribonucleico (ADN) bicatenario que pertenecen a la familia *Papillomaviridae*. No poseen envoltura lipídica (son virus desnudos) y su cápside es de simetría icosaédrica, compuesta principalmente por la

proteína estructural mayor **L1** (blanco biológico de las vacunas actuales) y la proteína menor L2. [\[1, 2, 3, 4, 5\]](#)

Existen más de 200 genotipos de VPH identificados, de los cuales aproximadamente 40 infectan de forma específica las mucosas del tracto anogenital. Epidemiológicamente, estos genotipos se clasifican según su potencial oncogénico: [\[1, 2, 3, 4, 5\]](#)

- **Genotipos de Bajo Riesgo Oncogénico (No oncogénicos):** Los tipos **6 y 11** son los más prevalentes. No causan cáncer, pero son los agentes etiológicos responsables del 90% de las verrugas anogenitales (condilomas acuminados) y de la papilomatosis respiratoria recurrente. [\[1, 2, 3, 4, 5\]](#)
- **Genotipos de Alto Riesgo Oncogénico (Oncogénicos):** Existen cerca de 14 tipos de alto riesgo. Los genotipos **16 y 18** son los de mayor impacto clínico global, siendo los causantes directos del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino, además de estar fuertemente vinculados al cáncer de ano, vulva, vagina, pene y orofaringe. [\[1, 2, 3, 4\]](#)

2. FISIOPATOLOGÍA AVANZADA Y MECANISMO DE ONCOGÉNESIS

La patogenia del VPH destaca por su ciclo de vida estrictamente ligado a la diferenciación del epitelio escamoso del huésped y su capacidad para alterar el ciclo celular normal. [\[1\]](#)

1. **Microabrasión e Infección Basal:** El virus ingresa a través de microlesiones imperceptibles en la piel o mucosas. Infecta exclusivamente a las células madre de la **capa basal** del epitelio escamoso estratificado, particularmente en la **zona de transformación** del cuello uterino (unión escamocilíndrica), donde las células están en constante división. [\[1, 2, 3\]](#)
2. **Ciclo de Vida Dependiente de la Diferenciación:** El virus se introduce en la célula y mantiene su ADN de forma extracromosómica (episoma) en las capas profundas. A medida que las células basales se diferencian y migran hacia la superficie epitelial, el virus activa la replicación masiva de su ADN y el ensamblaje de la cápside, liberando los nuevos viriones cuando las células superficiales descamadas se rompen de forma natural. Al no causar lisis celular inmediata, **evita activar una respuesta inflamatoria sistémica**, evadiendo al sistema inmunitario durante meses o años. [\[1, 2, 3, 4, 5\]](#)
3. **Integración Genómica y Oncogenes E6 y E7 (Mecanismo del Cáncer):** En la mayoría de las personas, el sistema inmune aclara la infección en un lapso de 12 a 24 meses. Sin embargo, en casos de infección persistente por genotipos de alto riesgo (como VPH 16 o 18), el ADN viral accidentalmente se **integra en el genoma de la célula huésped**. Esta integración provoca la sobreexpresión descontrolada de dos proteínas virales tempranas esenciales o mutágenas:
 - o **Oncogén E6:** Se une a la proteína supresora de tumores celular **p53** y promueve su destrucción. Sin p53, la célula pierde la capacidad de inducir la apoptosis (muerte celular programada) ante daños en el ADN.
 - o **Oncogén E7:** Se une e inactiva a la proteína supresora de tumores del **Retinoblastoma (pRb)**. Esto libera el factor de transcripción E2F, obligando a la célula a entrar continuamente en la fase de división (fase S) del ciclo celular sin control. [\[1, 2, 3, 4, 5\]](#)
4. **Inestabilidad Genética y Progresión Neoplásica:** La acción conjunta de E6 y E7 inmortaliza a la célula, acumulando mutaciones genéticas genómicas que derivan progresivamente en Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC 1, NIC 2, NIC 3) y, finalmente, tras un periodo latente de 10 a 20 años, en **Carcinoma epidermoide invasor**.

3. FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS

Las variables de exposición de mayor relevancia científica asociadas a la persistencia del virus y la progresión a lesiones malignas son:

- **Inicio temprano de relaciones sexuales y multiplicidad de parejas:** Aumenta exponencialmente la probabilidad de exposición al virus en edades donde el cuello uterino está biológicamente más inmaduro.
- **Tabaquismo Activo:** Los metabolitos del tabaco se concentran en el moco cervical, actuando como co-carcinógenos químicos que dañan directamente el ADN celular local y disminuyen la respuesta inmunitaria local de las células de Langerhans, duplicando el riesgo de que la infección por VPH se vuelva persistente. [1]
- **Inmunosupresión crónica (Coinfección por VIH):** Los pacientes con VIH presentan un aclaramiento viral drásticamente reducido, lo que multiplica las tasas de persistencia del VPH y acelera el tiempo de progresión de las lesiones preneoplásicas a cáncer invasor.
- **Multiparidad y uso prolongado de anticonceptivos orales:** El estímulo hormonal prolongado (estrógenos y progesterona) modula la expresión de los oncogenes E6 y E7, favoreciendo la persistencia del virus en la zona de transformación cervical.
- **Barreras de Salud y Estigma:** El miedo al dolor del tamizaje, el pudor y el estigma social de una infección viral transmitida por vía sexual retrasan la detección oportuna de lesiones curables en la atención primaria.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS)

La gran mayoría de las infecciones por VPH son completamente **asintomáticas y subclínicas**, resolviéndose de manera espontánea sin que la persona sepa que portaba el virus. Las manifestaciones clínicas se dividen claramente según el genotipo: [1, 2, 3, 4]

Infección por Genotipos de Bajo Riesgo (6 y 11)

- **Condilomas Acuminados (Verrugas Genitales):** Lesiones exofíticas, blandas, de color rosado o grisáceo, con una superficie irregular que asemeja a una "coliflor". Se localizan comúnmente en la vulva, el pene, el escroto, el periné y la región perianal. Aunque son benignas, causan prurito, ardor, dolor local, sangrado por fricción y un **profundo impacto psicológico, alterando el autoconcepto y la salud psicosexual del paciente**. [1, 2, 3, 4, 5]

Infección por Genotipos de Alto Riesgo (16, 18 y otros)

- **Lesiones Preneoplásicas Subclínicas:** Las neoplasias intraepiteliales (NIC) son completamente invisibles a simple vista y no generan dolor, flujos vaginales ni sangrados. Solo son detectables mediante tamizajes citológicos o moleculares de rutina.
- **Cáncer de Cuello Uterino Avanzado:** Cuando el tumor invade los tejidos profundos, rompe su silencio clínico manifestándose con **sangrado vaginal anormal** (metrorragia intermenstrual, postcoital o posmenopáusica), flujo vaginal fétido con estrías de sangre y dolor pélvico sordo persistente debido a la compresión nerviosa local. [1, 2, 3]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV) - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjosé S, Frayle C, Ozbun MA, et al. Carcinoma of the cervix uteri. Nat Rev Dis Primers. 2016;2(1):16086.
4. Crosbie EJ, Einstein MH, Franceschi S, Kitchener HC. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet. 2013;382(9895):889-899. [1, 2, 3]

*Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen*

DOCUMENTO DE LECTURA PREVIA: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (MÓDULO II)

5. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS AVANZADOS Y TAMIZAJE DE VANGUARDIA

El tamizaje oportuno es la herramienta más poderosa de la salud pública para erradicar el cáncer de cuello uterino. Las estrategias de laboratorio han evolucionado desde la morfología celular clásica hasta la detección molecular directa del ADN viral:

A. Citología Cervicovaginal (Papanicolaou o Pap)

- **Mecanismo:** Consiste en la toma de una muestra exfoliativa de células del ectocérvix y endocérvix utilizando una espátula de Ayre y un citocepillo. Las células se fijan en una laminilla (Pap convencional) o se suspenden en un vial líquido (Citología en base líquida) para su posterior tinción y análisis microscópico.
- **Utilidad Clínica:** Identifica los cambios morfológicos secundarios inducidos por la replicación viral en las células epiteliales (como la presencia de **koilocitos**, que son células con halo perinuclear y núcleo atípico) y estadifica las lesiones según el sistema Bethesda (LEIBG, LEIAG).
- **Limitación:** La citología convencional posee una sensibilidad moderada (cerca al 50-60%), lo que significa que un resultado negativo aislado no descarta por completo una lesión preneoplásica profunda, requiriendo su repetición periódica.

B. Pruebas de Biología Molecular (Estándar de Oro Actual)

La evidencia científica actual ha desplazado el Pap como tamizaje primario prioritario en mujeres mayores de 30 años, sustituyéndolo por pruebas moleculares debido a su altísima sensibilidad (>95%): [\[1, 2\]](#)

- **Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) para VPH:** Detecta y amplifica secuencias del ADN genómico viral. Permite la **genotipificación específica**, logrando identificar con precisión absoluta si la paciente porta los tipos de alto riesgo 16 y 18 de forma individual, o un grupo de otros 12 genotipos oncogénicos de alto riesgo. [\[1, 2\]](#)
- **Captura de Híbridos (HC2):** Prueba de hibridación molecular con ARN que detecta de manera cualitativa la presencia de carga viral correspondiente a dos grupos de genotipos (bajo y alto riesgo). Sirve para estratificar el nivel de riesgo de progresión neoplásica. [\[1, 2\]](#)

C. Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)

- **Mecanismo:** Consiste en aplicar ácido acético al 3% o 5% sobre el cuello uterino durante un examen con espéculo. Las proteínas celulares anormales con alto contenido de ADN (lesiones preneoplásicas o cancerosas) se desnaturalizan de forma transitoria, tiñéndose de color blanco (**zonas acetoblancas**). [\[1, 2\]](#)
- **Utilidad:** Es una técnica de bajo costo y respuesta inmediata ideal para entornos rurales o de bajos recursos donde no existen laboratorios de patología o biología molecular, permitiendo la estrategia de "ver y tratar" en la misma consulta.

6. ESQUEMAS DE VACUNACIÓN DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y TRATAMIENTO

La vacunación profiláctica contra el VPH representa una de las intervenciones preventivas más coste-efectivas en la historia de la medicina, diseñada para bloquear la infección antes de que ocurra el primer contacto sexual.

Tipos de Vacunas Disponibles

1. **Vacuna Bivalente (Cervarix):** Protege exclusivamente contra los genotipos de alto riesgo **16 y 18**.
2. **Vacuna Quadrivalente (Gardasil):** Ofrece protección frente a los genotipos **6, 11, 16 y 18** (previniendo tanto las verrugas genitales como el cáncer cervicovaginal). [1]
3. **Vacuna Nonavalente (Gardasil 9):** Es la vacuna de última generación más avanzada. Amplía la cobertura protegiendo contra 9 genotipos simultáneamente: **6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58**. Cubre prácticamente el 90% de los genotipos causantes de cáncer de cuello uterino a nivel global. [1, 2]

Esquemas de Dosificación Actualizados (Directrices OMS / CDC)

La evidencia científica acumulada ha permitido simplificar los esquemas de vacunación para optimizar la cobertura poblacional en la plataforma de salud pública: [1]

- **Población Objetivo Primaria (Niñas y Niños de 9 a 14 años):** La OMS y los CDC recomiendan de manera preferencial un **Esquema de DOS DOSIS** (la segunda dosis se administra entre 6 y 12 meses después de la primera). *Nota crítica de evidencia:* La OMS ha validado de forma alternativa un **Esquema de DOSIS ÚNICA** para este grupo de edad en países con dificultades de cobertura, demostrando una eficacia inmunológica robusta a largo plazo.
- **Población de Puesta al Día / "Catch-up" (Personas de 15 a 26 años o inmunocomprometidas):** Se requiere obligatoriamente un **Esquema de TRES DOSIS** administradas de forma cronológica en los meses **0, 2 y 6**. Este esquema de tres dosis es inamovible para personas que viven con VIH o condiciones de inmunosupresión severa, independientemente de su edad de inicio. [1, 2]

Abordaje de las Manifestaciones Clínicas (Tratamiento de Verrugas)

El virus como tal no tiene cura farmacológica una vez integrado en la célula; el tratamiento médico se limita a destruir el tejido afectado o las lesiones visibles:

- **Tratamientos Aplicados por el Paciente (Educación de Enfermería):** Autoaplicación tópica domiciliar de **Podofilox al 0.5%** o crema de **Imiquimod al 5%** (modulador inmunitario local). Requiere una rigurosa consejería de enfermería sobre la protección de la piel sana circundante.
- **Tratamientos Clínicos de Destrucción Física:** Ejecutados en el servicio de salud, incluyendo la **Crioterapia** (congelación con nitrógeno líquido), la aplicación de **Ácido Tricloroacético (ATA)** al 80-90% o la ablación quirúrgica por asa electroquirúrgica (LEEP) para lesiones preneoplásicas cervicales profundas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV) - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97(50):645-672.
4. Saavedra-Leos MZ, Alcocer-Gómez A, Carrillo-Cervantes AL. Avances en el tamizaje molecular del virus del papiloma humano y su impacto en la práctica clínica. Rev Enferm Vanguardia. 2024;12(2):85-94. [1]

DOCUMENTO DE APLICACIÓN PRÁCTICA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) EN VPH (MÓDULO III)

1. VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA AVANZADA

La recolección de datos en un paciente con sospecha, confirmación o riesgo de infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) debe estructurarse bajo los **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, focalizando la valoración clínica en:

- **Patrón 1: Percepción y Control de la Salud:** Historial de vacunación contra el VPH (número de dosis y edad de aplicación), adherencia a tamizajes periódicos (Papanicolaou o pruebas de PCR), antecedentes de tabaquismo activo y conocimientos sobre el virus.
- **Patrón 2: Nutricional - Metabólico / Eliminación:** Inspección minuciosa del área anogenital y perianal. Identificar presencia de lesiones exofíticas, blandas, rosadas o grisáceas con aspecto de "coliflor" (condilomas acuminados). Inspección del cuello uterino mediante espéculo para evaluar zonas friables, sospechosas o sangrado al roce.
- **Patrón 7: Auto percepción - Autoconcepto:** Evaluación del impacto psicológico y emocional. El VPH suele generar sentimientos severos de culpa, vergüenza, alteración de la imagen corporal y miedo extremo a la muerte por cáncer.
- **Patrón 10: Tolerancia al Estrés / Afrontamiento:** Mecanismos de adaptación del paciente frente a una infección crónica y el nivel de apoyo de la pareja o red familiar.

2. PLANES DE CUIDADOS INTEGRALES SEGÚN LAS 5 FASES DEL PAE

A. DIAGNÓSTICO ENFOCADO EN EL PROBLEMA (CASO REAL / IMPACTO PSICOSEXUAL)

Aborda una de las manifestaciones más comunes y destructivas a nivel emocional provocadas por los genotipos 6 y 11: la alteración de la autoimagen debido a las verrugas visibles [2].

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente femenina de 21 años presenta múltiples lesiones papulares exofíticas agrupadas en forma de "coliflor" en labios mayores y periné. Refiere prurito leve y sangrado ocasional por fricción. Lloro durante la entrevista, evita mirar al enfermero y expresa: *"Me doy asco a mí misma, siento que mi cuerpo está sucio y deforme. No quiero que nadie me vuelva a tocar"*.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA:** Trastorno de la imagen corporal (00118) r/c alteración de la estructura corporal por proceso patológico m/p informe verbal de cambios en el estilo de vida, sentimientos negativos sobre el propio cuerpo y presencia de lesiones condilomatosas visibles.
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Imagen corporal (1200) y Autoestima (1205).**
 - o *Indicador 120005:* Satisfacción con el aspecto corporal.
 - o *Indicador 120014:* Adaptación a cambios en el aspecto físico.
 - o *Puntuación Diana:* **Mantener a: 2** (Sustancialmente comprometido) / **Aumentar a: 5** (No comprometido).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Mejora de la imagen corporal (5220) y Asesoramiento sexual (5248).**
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Brindar consejería en un entorno de estricta privacidad y empatía, disipando de inmediato el mito de que el VPH está ligado a la "falta de higiene" para reducir la culpa y el estigma.

2. Educar a la paciente sobre la naturaleza benigna de los genotipos 6 y 11, explicándole con base científica que estas lesiones se pueden tratar y remover sin que representen un riesgo inminente de cáncer.
 3. Monitorear y coordinar la remisión de la paciente para el tratamiento ablativo local de las verrugas (ej. Crioterapia o ácido tricloroacético) para acelerar la recuperación física y la autoconfianza.
 4. Ayudar a la paciente a separar su identidad personal y su valor humano del estado transitorio de su piel genital.
- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**
 - o *Puntuación Diana Lograda: 5* (No comprometido). Tras la eliminación física de los condilomas y las sesiones de consejería, la paciente verbaliza la aceptación de su cuerpo, reporta una notable disminución de la ansiedad y recupera su estabilidad psicosexual.

B. DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Enfocado en la base clínica del tratamiento tópico domiciliario administrado por el propio paciente, previniendo quemaduras químicas o necrosis del tejido sano circundante [2].

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente masculino de 24 años con condilomas en la base del pene recibe prescripción médica para aplicarse de forma ambulatoria Podofilox al 0.5% en solución dos veces al día por 3 días consecutivos en el hogar. Manifiesta no saber cómo aplicarlo con exactitud en una zona tan sensible.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA: Riesgo de lesión de la integridad tisular (00302)** r/c procedimiento de autoaplicación de agente cáustico citotóxico (Podofilox) sobre mucosas y piel sana perilesional.
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Control del riesgo (1902) y Conocimiento: medicación (1808).**
 - o *Indicador 190201:* Identifica factores de riesgo.
 - o *Indicador 180802:* Descripción de las acciones de la medicación.
 - o *Puntuación Diana: Mantener a: 2* (Conocimiento escaso) / **Aumentar a: 5** (Conocimiento extenso).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) y Vigilancia de la piel (3590).**
 - o *Actividades Clínicas Desarrolladas:*
 1. Instruir de manera práctica al paciente sobre la técnica exacta de aplicación: utilizar un aplicador de algodón (hisopo) para colocar la dosis mínima estrictamente sobre la verruga, evitando que escurra hacia los tejidos sanos.
 2. Enseñar al paciente a aplicar una barrera protectora (como vaselina sólida o pasta de zinc) en la piel sana alrededor de la verruga antes de colocar el Podofilox para blindar el tejido de quemaduras accidentales.
 3. Explicar el cronograma estricto de aplicación (ciclos de 3 días de tratamiento seguidos de 4 días de descanso) y advertir sobre los signos de alarma que requieren suspender el fármaco (ulceración profunda, dolor intenso o sangrado).
 4. Indicar el lavado minucioso de manos antes y después de cada procedimiento.
- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**
 - o *Puntuación Diana Lograda: 5* (Conocimiento extenso). El paciente demuestra una técnica de aplicación impecable en la clínica, cumple el esquema domiciliario sin incidentes y logra la remisión de las verrugas manteniendo la piel sana libre de quemaduras o cicatrices químicas.

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

C. DIAGNÓSTICO DE COLABORACIÓN o PROBLEMA INTERDISCIPLINAR (PC)

Resalta nuestro rol directo en la prevención y control del cáncer de cuello uterino mediante el seguimiento epidemiológico y el tamizaje molecular de vanguardia [1].

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Paciente femenina de 32 años asiste a su control de tamizaje. El reporte de la prueba de biología molecular (PCR para VPH) resulta **Positivo para genotipo de alto riesgo VPH-16**. La citología (Papanicolaou) reporta una Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LEIBG).
- **FASE 2: ENUNCIADO CLÍNICO: Problema Interdisciplinario (PC): Progresión oncológica a Carcinoma Epidermoide Invasor de cuello uterino secundario a infección persistente por VPH-16 [2].**
- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (CRITERIO DE RESULTADO INTERDISCIPLINAR):** Garantizar que el 100% de las pacientes detectadas con genotipos de alto riesgo ingresen al protocolo de colposcopia y biopsia dirigida dentro de los primeros 15 días del diagnóstico para detener la replicación de los oncogenes E6 y E7.
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Manejo de la infección (6540) y Control de enfermedades transmisibles (8820).**
 - o *Actividades de Colaboración Desarrolladas:*
 1. Canalizar de forma prioritaria a la paciente a la clínica de displasias para la realización de una **Colposcopia** con toma de biopsia dirigida bajo ácido acético y solución de Lugol.
 2. Educar a la paciente sobre el significado del resultado: explicar detalladamente que dar positivo a VPH-16 **no es sinónimo de tener cáncer hoy**, sino una alerta científica para vigilar y tratar la célula antes de que se transforme en un tumor a largo plazo.
 3. Investigar y desmitificar co-factores de riesgo oncogénico, brindando consejería obligatoria para la **cesación del tabaquismo**, debido a que los metabolitos del tabaco potencian la persistencia de los oncogenes virales.
 4. Registrar el caso en el sistema epidemiológico de prevención del cáncer cervicovaginal para asegurar el seguimiento estricto post-colposcopia.
- **FASE 5: EVALUACIÓN DEL RESULTADO:** La paciente es evaluada mediante colposcopia, se detecta y trata a tiempo un NIC-2 mediante un procedimiento ablativo menor. Se logra el control absoluto de la lesión preneoplásica, interrumpiendo la progresión oncológica y salvando la vida de la paciente.

D. DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR / PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nuestra obra maestra en inmunización y salud comunitaria. Enfocado en el empoderamiento familiar y la adopción de esquemas de vacunación de última generación según las directrices más recientes [2].

- **FASE 1: VALORACIÓN:** Madre de familia acude con su hija de 11 años al servicio de enfermería preventiva y vacunación. Manifiesta interés explícito por proteger a su hija del cáncer de cuello uterino y solicita información veraz basada en la evidencia científica actual sobre la vacuna del VPH.
- **FASE 2: DIAGNÓSTICO NANDA: Disposición para mejorar el autogestión de la salud (00293)** manifestado por el deseo expreso de optimizar las medidas preventivas mediante la inmunización y el autocuidado de la salud familiar.

*Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen*

- **FASE 3: PLANIFICACIÓN (NOC): Conocimiento: promoción de la salud (1823) y Inmunización: gestión (1641).**
 - o *Indicador 182306:* Efectos de los programas de inmunización.
 - o *Indicador 164101:* Obtiene las inmunizaciones recomendadas.
 - o *Puntuación Diana:* **Mantener a: 1** (Ningún conocimiento) / **Aumentar a: 5** (Conocimiento extenso).
- **FASE 4: EJECUCIÓN (NIC): Manejo de la inmunización / vacunación (6530) y Educación sanitaria (5510).**
 - o *Actividades Educativas y Sociales Desarrolladas:*
 1. Ofrecer consejería científica detallada explicando que la vacuna nonavalente protege contra 9 genotipos virales, bloqueando prácticamente el 90% de los virus causantes de cáncer uterino.
 2. **Educación Basada en la Evidencia de Vanguardia:** Explicar a la madre que, de acuerdo con las directrices actualizadas de la OMS y los CDC para el rango de 9 a 14 años, se aplicará un **esquema preferencial de DOS DOSIS** (con un intervalo de 6 a 12 meses), el cual garantiza una memoria inmunitaria óptima para toda la vida.
 3. Desmantelar mitos falsos sobre la vacuna, aclarando con absoluta seguridad que la inmunización no promueve el inicio temprano de la actividad sexual, sino que blinda el cuerpo de manera anticipada antes del primer contacto biológico con el virus.
 4. Administrar la primera dosis de la vacuna por vía intramuscular en el músculo deltoides, registrando de forma exacta el lote en la cartilla de salud y agendando la cita exacta para la segunda dosis.
- **FASE 5: EVALUACIÓN (NOC):**
 - o *Puntuación Diana Lograda:* **5** (Conocimiento extenso). La menor recibe de forma exitosa su dosis de inmunización, la madre demuestra una comprensión absoluta del cronograma y asiste puntualmente a la cita de control para completar el esquema preventivo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ESTILO VANCOUVER)

Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Butcher H, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int

Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV) - STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov

FASE 1: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (EL IMPACTO VISIBLE)

Historia Clínica: Acude al servicio de enfermería preventiva y salud sexual una paciente femenina de 21 años, soltera, estudiante universitaria. Solicita atención manifestando una profunda angustia. Durante la valoración física externa (Patrón 2), se observan múltiples lesiones papulares exofíticas, blandas, de color rosado-grisáceo, agrupadas en forma de "coliflor" localizadas en los labios mayores de la vulva, el periné y la región perianal. La paciente refiere prurito leve y sangrado ocasional tras la fricción con la ropa interior.

Durante la entrevista dirigida en un entorno privado (Patrón 7 y 10), la paciente rompe en llanto, evita el contacto visual y se confiesa de forma sumamente afectada: *"Me doy asco a mí misma. Siento que mi cuerpo está sucio, maldito y deforme. No he podido volver a dormir y he pensado en dejar la universidad por la vergüenza de que alguien se entere. Siento que mi vida íntima se destruyó para siempre"*. Refiere haber iniciado su vida sexual a los 17 años, reporta un historial de 3 parejas sexuales y admite fumar aproximadamente 10 cigarrillos al día desde hace 3 años. Al indagar sobre su historial preventivo, manifiesta no haberse vacunado nunca contra el VPH porque en su entorno familiar consideraban que *"eso era para niñas promiscuas"*.

Preguntas Detonantes (Fase 1):

1. **Razonamiento Viroológico Inicial:** Basándote en las características morfológicas macroscópicas de las lesiones (aspecto de coliflor), ¿qué genotipos específicos de VPH son los causantes más probables de esta manifestación clínica? ¿Pertenecen al grupo de bajo o alto riesgo oncogénico?
2. **Organización de Datos por Patrones:** Organiza los hallazgos de esta fase estructurando al menos 4 datos objetivos (signos) y 3 datos subjetivos (síntomas) bajo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon que se encuentren críticamente alterados.

FASE 2: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (EL JUICIO CLÍNICO)

Evolución del Caso: Decides realizar un abordaje integral. Además de programar la eliminación local de los condilomas visibles, ejecutas un protocolo de tamizaje cervical completo aprovechando el examen con espéculo. Tomas una citología convencional (Papanicolaou) y una muestra endocervical para biología molecular. A los 5 días, los resultados se cargan a la plataforma hospitalaria evidenciando un escenario de alta complejidad:

- **Citología (Pap):** Reporta Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LEIBG) / NIC-1.
- **PCR Molecular para VPH:** Resultado **Positivo (Reactivo) para Genotipo de Alto Riesgo VPH-16**. (Negativo para VPH-18).

Al entregarle los resultados, el shock emocional de la paciente se duplica. Lee la palabra "alto riesgo" y asume inmediatamente que va a morir a corto plazo: *"Sabía que mi cuerpo estaba podrido. Tengo VPH-16 y me va a dar cáncer de inmediato. No me voy a curar nunca"*. Adicionalmente, el médico prescribe ácido tricloroacético (ATA) al 85% para la destrucción de las verrugas externas en la clínica y le indica un folleto con pautas de autoaplicación domiciliar de Imiquimod al 5% en crema para los ciclos posteriores.

Preguntas Detonantes (Fase 2):

1. **Juicio Clínico y Oncogénesis Celular:** Explica de forma detallada a la paciente (y argumenta científicamente en el foro): ¿Qué significa dar positivo a VPH-16 y tener un reporte de NIC-1? ¿Cómo actúan los oncogenes virales **E6 y E7** sobre las proteínas

Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen

celulares **p53 y pRb** para iniciar la inestabilidad genética? ¿Tener VPH-16 significa tener cáncer de cuello uterino hoy?

2. **Formulación de Diagnósticos:** Redacta de forma metodológicamente correcta (utilizando la taxonomía NANDA-I oficial provista en tu manual del Módulo III):
 - o Un diagnóstico **Enfocado en el Problema** (Caso real) para el impacto psicológico y la alteración del autoconcepto por las verrugas vulvares.
 - o Un diagnóstico de **Riesgo** centrado en la seguridad biológica y la prevención de lesiones en la piel sana durante el uso domiciliario del agente inmunomodulador cáustico.
 - o Un enunciado de **Problema Interdisciplinario o de Colaboración (PC)** para abordar la prevención secundaria de la progresión oncológica cervical.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA (ESTABLECIENDO CRITERIOS NOC)

Evolución del Caso: Comprendes que para garantizar que la paciente no abandone el seguimiento clínico por miedo o negación, debes intervenir de forma prioritaria en sus metas de cuidado. Te sientas con ella en el cubículo, realizas contención emocional y desmantelas el estigma punitivo asociado a la transmisión sexual. Al entender la diferencia entre portar el virus y desarrollar la enfermedad a largo plazo, la paciente acepta cooperar activamente, fijando juntos como metas la eliminación segura de las verrugas vulvares, la adopción de hábitos que favorezcan el aclaramiento viral sistémico y la asistencia estricta a los controles especializados de colposcopia.

Preguntas Detonantes (Fase 3):

1. **Selección de Criterios de Resultado:** Utilizando la taxonomía NOC detallada en tu manual de VPH, selecciona los **Resultados e Indicadores específicos** necesarios para medir la adaptación de la paciente a su imagen corporal y su nivel de conocimiento respecto a los co-factores que promueven la persistencia del virus.
2. **Establecimiento de la Puntuación Diana:** Determina razonadamente cuál sería la **Puntuación Diana Inicial (Basal)** (escala del 1 al 5) para la imagen corporal y el conocimiento de la salud de la paciente en este momento de crisis, y define cuál es la **Puntuación Diana Final (Meta)** que proyectas alcanzar como profesional de enfermería antes de que inicie su protocolo ambulatorio.

FASE 4: EJECUCIÓN DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC)

Evolución del Caso: Con las metas trazadas, procedes a la fase de ejecución práctica. Aplicas la primera sesión de Ácido Tricloroacético (ATA) al 85% sobre las verrugas de los labios mayores, protegiendo meticulosamente la piel sana perilesional. Posteriormente, abres el espacio educativo fundamental para incidir directamente sobre los co-factores conductuales modificables de la paciente y blindar su entorno reproductivo futuro.

Preguntas Detonantes (Fase 4):

1. **Intervención Clínica y Protección Tisular:** Describe las actividades de enfermería (NIC) indispensables para educar al paciente sobre el uso seguro del Imiquimod al 5% en el hogar. ¿Qué barrera protectora debe usar en el tejido sano y qué pauta de lavado debe seguir para evitar ulceraciones químicas severas en la mucosa?
2. **Intervención Antitabáquica y de Salud Pública basada en la Evidencia:** Justifica científicamente: ¿Por qué es una intervención prioritaria de enfermería implementar

un plan de **cesación del tabaquismo** en esta paciente? ¿De qué manera los metabolitos del tabaco concentrados en el moco cervical sabotean el aclaramiento inmunológico del virus y aceleran la persistencia de los oncogenes E6 y E7?

FASE 5: EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA (EL SEGUIMIENTO Y EL ALTA)

Evolución del Caso: Han transcurrido 12 meses desde la intervención inicial. La paciente acude puntualmente a su cita de seguimiento anual programada contigo en el servicio de enfermería y control de displasias.

Al ingresar al cubículo, notas un cambio rotundo en su expresión y postura: se muestra tranquila, sonriente y con un caluroso trato. A la exploración física anogenital, las verrugas vulvares y perianales han desaparecido al 100%, la piel se observa completamente sana, sin cicatrices ni hiperpigmentaciones. Te comenta con orgullo: *"Cumplí cada ciclo del tratamiento en casa sin lastimarme la piel. Lo más difícil fue dejar el cigarrillo, pero llevo 10 meses sin fumar una sola bocanada gracias al grupo de apoyo que me recomendó. Recuperé mi vida, mi autoestima y entiendo que mi cuerpo está ganando la batalla"*. Al revisar la plataforma de control interdisciplinario, observas que la paciente asistió a su Colposcopia, donde se evidenció una regresión espontánea del NIC-1 a epitelio sano, y el nuevo reporte de **PCR molecular para VPH-16 resulta Negativo (Aclaramiento viral exitoso)**.

Preguntas Detonantes (Fase 5):

1. **Evaluación Cuantitativa del NOC:** Compara de forma numérica la Puntuación Diana Inicial (Fase 3) con el estado clínico actual de la paciente en esta Fase 5. Justifica científicamente el éxito rotundo de tus intervenciones independientes de enfermería basándote en la eliminación de los condilomas, la cesación del tabaquismo y el aclaramiento molecular del VPH-16.
2. **Educación y Pauta de Vacunación Futura:** La paciente te pregunta si, habiendo aclarado ya el VPH-16, vale la pena aplicarse la **Vacuna Nonavalente** a sus 22 años o si ya no tiene sentido. Basándote en la evidencia científica de las directrices vigentes de la OMS/CDC para el esquema de puesta al día ("Catch-up"), ¿cuál debe ser la respuesta educativa del enfermero/a y cuántas dosis le programarías cronológicamente?

CONCLUSIÓN:

*Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen*

EL ENFERMERO COMO LÍDER ASISTENCIAL, EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL: La consolidación metodológica de los módulos y casos clínicos desarrollados en este volumen demuestra de forma contundente que el profesional de enfermería es el pilar insustituible para el control efectivo de las ITS en la salud pública contemporánea. A través de la aplicación estricta de las 5 fases del PAE, la disciplina demuestra que el cuidado científico posee una estructura medible, auditable y de un valor clínico incalculable. En la dimensión clínica y asistencial, la enfermería sobresale al posicionarse en la primera línea de defensa contra la crisis mundial de la resistencia antimicrobiana. Al ejecutar con rigor técnico la inyección intramuscular profunda de Ceftriaxona mediante la técnica en "Z", minimizar el dolor tisular local y educar con base científica contra el peligro de la automedicación informal con antibióticos obsoletos, el enfermero protege la seguridad biológica del paciente y frena la mutación de superbacterias en la comunidad. Asimismo, su intervención oportuna al resguardar la seguridad fetal frente a fármacos teratogénicos y aplicar la profilaxis oftálmica neonatal obligatoria ratifica la trascendencia de su juicio clínico en el binomio madre-hijo.

Sin embargo, el verdadero broche de oro y la cúspide de la profesión se manifiestan en su **impacto epidemiológico y social**. Mientras la medicina convencional detecta y prescribe, enfermería educa, rastrea y sana el tejido social. La destreza del enfermero para conducir entrevistas epidemiológicas confidenciales y empáticas permite captar a parejas sexuales asintomáticas (especialmente en infecciones silentes como la Clamidia), rompiendo cadenas de transmisión que de otro modo culminarían en secuelas trágicas como la infertilidad por factor tubárico o embarazos ectópicos.

En el ámbito del VPH, el enfermero se erige como el gran educador comunitario e inmunizador de vanguardia; al dismantelar el estigma social de los condilomas visibles, gestionar esquemas de vacunación nonavalente actualizados y erradicar co-factores de persistencia tumoral como el tabaquismo, la enfermería interrumpe de forma activa la progresión oncológica hacia el cáncer de cuello uterino. En conclusión, mediante el uso integrado de la evidencia científica y el PAE, la enfermería demuestra cuantitativamente a través de indicadores métricos (NOC) que su labor autónoma no solo restaura la salud física en la intimidad del consultorio, sino que derriba el prejuicio social, empodera al paciente en su salud sexual y salva vidas a gran escala en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: who.int
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2026. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 Jul 10]. Disponible en: cdc.gov
3. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
5. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fundamento del razonamiento clínico. 8a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2014.

*Prof. Lic. Sanabria Maximiliano Exequiel
Prof. Mg. Silva Claudio Marcelo
Prof. Lic. Romos Ana Belen*