

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Cuidado enfermero aplicado a paciente con fractura de cadera derecha del servicio de traumatología de un hospital de Lima, 2021

Trabajo Académico

Para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería:

Cuidados Quirúrgicos con mención en Traumatología y Ortopedia

Por:

Alina Esther Edith Maldonado Huaccho

Milagros del Pilar Valdiviezo Odar

Asesora:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, noviembre del 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

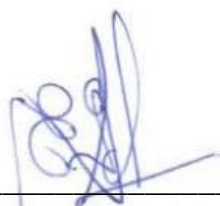
Yo, Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: **“Cuidado enfermero aplicado a paciente con fractura de cadera derecha, del Servicio de Traumatología de un hospital de Lima, 2021”** constituye la memoria que presentan las licenciadas: Alina Esther Edith Maldonado Huacho y Milagros del Pilar Valdiviezo Odar para optar por el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Quirúrgicos con mención en Traumatología y Ortopedia, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veinticuatro días del mes de noviembre de 2021.

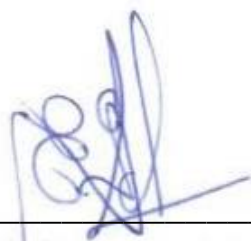


Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

**Cuidado enfermero aplicado a paciente con fractura de
cadera derecha del Servicio de Traumatología de un hospital
de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados Quirúrgicos con mención en
Traumatología y Ortopedia



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, 24 de noviembre de 2021

Cuidado enfermero aplicado a paciente con fractura de cadera derecha, del Servicio de Traumatología de un hospital de Lima, 2021

Lic. Alina Esther Edith Maldonado Huaccho^a y Lic. Milagros del Pilar Valdiviezo Odar^b Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas^c

^{a,b} Autores del trabajo Académico Unidad de posgrado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú.

^c Asesora del Trabajo Académico Universidad Peruana Unión. Escuela de Posgrado. Lima, Perú.

Resumen

La fractura de cadera es un traumatismo grave que puede comprometer la vida, tornándose en mayor riesgo a medida que incrementa la edad. El objetivo es desarrollar un proceso de enfermería a una persona con fractura de fémur, utilizando los modelos funcionales de Marjory Gordon. Este trabajo es de enfoque cualitativo, tipo estudio de caso único; se usó como método el proceso de atención de enfermería: el instrumento fue el marco de valoración. Se identificaron once diagnósticos de enfermería; priorizándose tres: primero, el dolor agudo relacionado con lesión por agente físico m/p, segundo, la información verbal y tercero y último la expresión facial de dolor y escala numérica de EVA=7. Gestión ineficaz para la salud relacionado con dificultad con el régimen de tratamiento prescrito m/p PA=150/90 mm Hg, hipertensión no controlada; complicación potencial. Se realizó la evaluación de los resultados de acuerdo a la diferencia de puntuaciones final y basal. Los resultados evidenciaron una puntuación cambio de +2, +1 y +1. Concluyendo que, de acuerdo a los problemas identificados en la paciente, se gestionó el cuidado de enfermería en sus cinco fases, mejorando así el estado de salud de la paciente.

Palabras clave: adulto mayor, cuidado de enfermería, ruptura de fémur derecho.

Abstract

The hip fracture is the solution of continuity of the femur, it is a serious trauma that can compromise life, becoming more at risk as age increases. The objective is to develop a nursing process for a person with a femur fracture, using the functional models of Marjory Gordon. This work has a qualitative approach, a single case study type, the nursing care process was used as a method: the instrument was the assessment framework. Eleven nursing diagnoses were identified; Prioritizing three: Acute pain related to injury by physical agent m / p verbal information and facial expression of pain and numerical scale of VAS = 7. Ineffective health management related to difficulty with prescribed treatment regimen m / p PA = 150/90 mm Hg, uncontrolled hypertension. Potential complication. The results were evaluated according to the difference in final and baseline scores. The results showed a change score of +2, +1 and +1. Concluding that according to the problems identified in the patient, nursing care was managed in its five phases, thus improving the patient's health status.

Key words: Elderly, nursing care, femur rupture.

Introducción

Entre las principales patologías traumáticas prevalentes en adultos mayores, está considerada la fractura de cadera, La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) ha proyectado que para el 2050 se presentaran aproximadamente 6 millones de esta patología en el mundo, cuyo efecto incrementará la hospitalización (Palomino et al., 2016). En el Perú esta patología provocada por accidentes que suceden en adultos mayores, algunos factores son la edad, la diabetes, osteoporosis y la hipertensión. La mayoría de casos se presenta en mujeres adultas mayores y esto se atribuye al desgaste de la médula ósea de sus huesos (Torres Orellana, 2017).

La fractura proximal de fémur, se presenta con mayor incidencia en la población adulta mayor, aumentando así la dependencia, por esto, el profesional de Enfermería debe estar adecuadamente capacitado para poder brindar una adecuada atención en el pre y post operatorio, y evitar que merme su autonomía y autocuidado; exige también una labor en equipo que comprometa a sus familiares, ya que el ambiente familiar es un aliado indispensable para la pronta recuperación y así poder evitar las complicaciones y reingreso (Palacios, 2017).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite realizar a la enfermera un plan de cuidados estandarizado para el paciente con fractura de cadera que prioriza los principales diagnósticos enfermeros, planifica y clasifica las intervenciones de Enfermería (NIC) con un lenguaje común y a fin de conseguir y valorar los resultados de Enfermería (NOC), y de esa manera disminuye la variabilidad en el arte de cuidar (Pérez, 2019).

Se define a la fractura de fémur “como la pérdida de la solución de tejido óseo de las regiones de la cabeza, el cuello femoral y la región intertrocantérea”. En personas adultas mayores, más del 95% son provocadas por una caída desde una determinada altura (Rueda et al., 2017). Fractura de cadera, también, se considera a las roturas que se originan en la parte superior de la cadera, o sea, una fractura de fémur. Entonces, se define fractura de cadera cuando hay una rotura del tercio superior del fémur (SHARP, 2021).

Al respecto, la fractura proximal de fémur involucra la cabeza, el cuello y la zona intertrocantérea. Es uno de los motivos de morbimortalidad y en la población adulta mayor que perjudican la integridad del paciente (Zaragoza Sosa 2019).

Asimismo, las manifestaciones de la fractura de cadera son las siguientes: imposibilidad para caminar o levantarse, dolor en la zona afectada y alrededor de ella, imposibilidad de levantar peso sobre la zona afectada, edema de la zona afectada y alrededor de ella, acortamiento del miembro inferior lesionado, abducción del miembro inferior de la cadera afectada (Clinic Mayo, 2021).

Se considera que, la terapéutica de elección para la fractura de fémur es quirúrgico, debido a que el manejo conservador toma mayor permanencia hospitalaria y dificulta el retorno de los pacientes a su actividad cotidiana (Palomino et al., 2016).

Por tal motivo, la atención de enfermería, debe orientarse exclusivamente al cliente. La enfermera para llegar a identificar la situación traumatológica del paciente hace uso del método científico y todas sus fases brindando cuidados eficaces y eficientes para el logro de objetivos trazados (OMS, 2019). Existen muchos factores que afectan al cliente y es aquí donde la enfermera con sus conocimientos,

adecuados y precisos, debe abordar de manera óptima, tomándolo de manera holística e integral siendo un pilar esencial en su recuperación (Torres Orellana, 2017).

Metodología

La investigación tuvo un enfoque cualitativo, tipo de estudio de caso único, se aplica el proceso de atención de enfermería, que es un método científico basado en un sistema de intervenciones propias de enfermería para el cuidado de la salud del individuo familia y comunidad, valorando la identificación de las necesidades del sujeto de estudio (Cano, 2020). En este caso fue una adulta mayor de 65 años de edad de iniciales C.P.G. Para recoger los datos se utilizó la técnica del examen físico, entrevista y observación, el instrumento el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, los diagnósticos de enfermería se enunciaron en base a Nanda (2018-2020), el planeamiento en base a la taxonomía NOC-NIC para los objetivos y las intervenciones; se ejecutaron la mayoría de las actividades propuestas y se evaluó de acuerdo a los indicadores NOC.

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos Generales

Nombre: C.P.G.

Sexo: femenino

Edad: 65

Días de atención de enfermería: 3 días

Fechas de valoración: 14/09/2021

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Paciente, ingresa al área de emergencia por caída en la vía pública, luego de ser evaluada por el traumatólogo de guardia y después de realizarse los exámenes correspondientes indica hospitalización en el área de traumatología.

Días de hospitalización: 5 días.

Patrones funcionales de salud

Patrón I: Control de la salud-percepción

Adulta mayor, presenta antecedentes de hipertensión controlada desde hace 8 años con medicación antihipertensiva (losartán), diabetes mellitus tipo II hace 5 años medicada con (metformina). Paciente hospitalizada con anterioridad por descompensación diabética hace 3 años. Ingresa proveniente del servicio de emergencia por una caída en la vía pública, diagnosticándose fractura de fémur1q derecho. Se le realizará una cirugía de colocación de prótesis total de cadera derecha.

Patrón II: Nutricional metabólico

Paciente adulta mayor, tiene indicado un régimen alimenticio para diabético, baja en sal. Se le realizan hemoglucotest para monitorear los valores de glicemia en la sangre, antes y después de la ingesta de los alimentos. No consume suplementos, menciona tomar 1 litro de agua diario. Se observa abdomen de características normales a la palpación; apetito y peso disminuido, posee una prótesis dental; presenta en algunas oportunidades problemas gástricos post administración de opiáceos. Asimismo, hidratación adecuada, temperatura 37 °C, Peso: 82 Kg, una talla:1.65 m, con IMC: 30.1kg/m, con glicemia en: 156, mg/dl y Hb ,12.9 g/l. HCO3: 22 mmol.

Patrón III: Eliminación

Paciente presenta incontinencia urinaria, usa pañal descartable, la orina no turbia y color citrino de aproximadamente 1500 ml por día.

Presenta deposiciones intermitentes, por lo que se atribuye a la inmovilización, de consistencia dura con intervalos de cada 3 días y refiere que antes de la hospitalización las frecuencias de las deposiciones eran normales.

Patrón IV: Actividad – ejercicio**Actividad respiratoria**

Paciente ventilando espontáneamente con oximetría de 99%, evidencia murmullo vesicular, con respiraciones de 18 por minuto y control de AGA, PO₂: 100 mm Hg CO₂: 40 mm Hg.

Actividad circulatoria

Paciente presenta pulso periférico de 89 por minuto, presión arterial 150/90 mm Hg y con vía endovenosa periférica en dorso de mano derecha. En el momento de la evaluación no se evidencia necrosis de la zona afectada, llenado capilar de 2 segundos.

Ejercicio capacidad - autocuidado

Paciente parcialmente dependiente permanece en cama no deambula realiza la eliminación en cama fuerza muscular disminuida, según la escala de Downton que mide el riesgo de caída presenta un puntaje de 3 que mide un riesgo medio.

Patrón V: Descanso – sueño

Adulta mayor presenta insomnio, duerme aproximadamente 4 horas por la noche, se despierta al menor ruido, por dolor en fémur derecho y por encontrarse en un lugar desconocido; con indicación médica de alprazolam 0.5mg por día.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo

Paciente al ingreso permaneció despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow de 15; paciente con visión deficiente, no presenta alteraciones auditivas; memoria conservada.

Patrón VII: Autopercepción – autoconcepto

Paciente adulta mayor refiere que ha presentado un gran cambio en la marcha y el movimiento, de ser una persona autosuficiente tiene limitaciones para realizar sus actividades cotidianas.

Patrón VIII: Relaciones – rol

Paciente casada, vive con su familia, recibe visita de su esposo. Siendo su familia una fuente de ayuda, no se evidencia conflictos familiares.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción

Paciente refiere tener 2 hijos, ambos nacieron por parto eutócico y no ha tenido ningún aborto, con genitales de características normales. Menarquia a los 13 años, y menopausia alrededor de los 55 años.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Paciente refiere un poco de temor, miedo ante la cirugía y sus posibles resultados.

Durante la hospitalización, la paciente se encuentra ansiosa y preocupada frente a la intervención quirúrgica a la cual va hacer sometida y cómo será su vida después de ser operada.

Patrón XI: Valores y creencias

Paciente profesa la religión católica, ahora hospitalizada no puede asistir a misa, lee el evangelio con frecuencia, ante las dificultades suele aferrarse a la religión.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica

Dolor agudo (código 00132)

Características definitorias

Informe verbal según escala de EVA: 7 puntos, manifestación facial de dolor

Factor relacionado

Lesiones por agentes físicos

Enunciado diagnóstico

(00132) Dolor agudo relacionado con lesión por agente físico manifestado por información verbal y expresión facial de dolor y escala numérica de EVA.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: gestión ineficaz de la salud código (00078)

Características definitorias: dificultades con la terapéutica prescrita

Factor relacionado: déficit de conocimiento del régimen terapéutico, dificultad con el tratamiento prescrito.

Enunciado diagnóstico. (00078) Gestión ineficaz para la salud relacionado con Déficit de conocimiento del régimen terapéutico, dificultad con el tratamiento prescrito, evidenciado por dificultades con la terapéutica prescrita.

Tercer diagnóstico

Etiqueta: complicación potencial: hiperglicemia

Definición: medida en la que se mantiene los niveles de glucosa en plasma y orina dentro del rango normal, y al referirse a hiperglicemia estos niveles estarían elevados (Andrea Elisa Tejido Ruiz, 2015).

Causas: Hay varios factores que pueden contribuir a la hiperglucemia en las personas con diabetes, entre ellos, la elección de alimentos y actividad física, enfermedades, medicamentos no relacionados con la diabetes o el hecho de saltar o no tomar suficientes medicamentos para bajar la glucosa.

Signos y síntomas: Dentro de los signos y síntomas de una hiperglicemia tenemos: poliuria, polidipsia, visión borrosa, fatiga y cefalea (Mayo Clinic, 2020).

Enunciado: complicación potencial: hiperglucemia.

Planificación

Primer diagnóstico

NANDA (00132) Dolor agudo relacionado con lesión por agente físico manifestado por información verbal, expresión facial de dolor y escala numérica de EVA=7.

Resultados esperados

NOC (2102) Nivel del dolor

Indicadores:

210201-Dolor referido

210204-Duración de los episodios del dolor

210206-Expresiones faciales de dolor

210224-Muecas de dolor

Intervenciones de enfermería

NIC (1410) Control del dolor

Actividades:

141001-Realiza una valoración exhaustiva del dolor que incluya todos los factores que lo alivian y /o agudizan.

141002-Monitorea el dolor utilizando una escala numérica de EVA

141003-Valora el nivel del dolor del paciente que permita tratarlo apropiadamente, intentando en un nivel igual o inferior.

141004-Comunica al médico si el dolor persiste.

141005 Administra el analgésico ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas y Tramadol 50 mg s/c condicional al dolor.

NIC (2380) manejo de la medicación

Actividades:

238001-Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente

Segundo diagnostico

(00078) Gestión ineficaz para la salud r/c, dificultad con el régimen de tratamiento prescrito m/p P.A:150/90mmHg s/a, hipertensión no controlada.

Resultados esperados NOC: (3107): Autocontrol: hipertensión.

Indicadores:

310701-Controla la presión arterial.

310705-Utiliza la medicación según prescripción.

Intervenciones de enfermería

NIC (4162) manejo de la hipertensión

416201-Reconoce las posibles causas de la hipertensión.

416202-Valora los factores de riesgo asociados y contribuyentes a la hipertensión arterial.

416203-Control periódico de la presión arterial.

416204-Vigila signos y síntomas como cefalea severa, mareos, náuseas o vómitos.

416205-Supervisa signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación antipertensiva.

Tercer diagnóstico

Complicación potencial: hiperglucemia

Resultados esperados

NOC: (2300) Nivel de glucemia

Indicadores

230001-Concentración sanguínea de glucosa

230004- Hemoglobina glicosilada

230007- Glucosa en orina

230008- Cetonas en orina

Intervenciones de enfermería***NIC (2120) manejo de la hiperglicemia*****Actividades**

212001-Vigila la glucemia si está indicado.

212002-Observa si hay signos y síntomas de hiperglicemia, poliuria, polifagia letargo, visión borrosa, cefalea.

212003-Monitoriza el balance hídrico según corresponda.

212004-Consulta con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.

212005.Identifica las causas posibles de la hiperglucemia.

212006-Instruye al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.

212007-Fomenta el autocontrol de la glucemia.

Evaluación**Primer diagnóstico**

Puntuación basal

Puntuación de cambio: +2

Segundo diagnóstico

Puntuación basal :3

Puntuación de cambio: +1

Tercer diagnóstico.

Puntuación basal :3

Puntuación de cambio: +1

Resultados

Se priorizaron tres diagnósticos de enfermería; se realizó las intervenciones, siendo la evaluación respecto a la puntuación basal y puntuación de logro, como resultado de las intervenciones administradas en los tres diagnósticos prioritarios, se obtuvo una puntuación de cambio +2, +1y +1.

Discusión

Dolor agudo

De acuerdo al NANDA es la expresión sensorial y emotiva no agradable que se asocia a un trauma tisular real o potencial, de inicio inesperado o lento de cualquier intensidad de simple a complejo y constante o recurrente sin un final anticipado o previsible, y con una duración menor a tres meses (NANDA. 2018). La paciente sufrió una caída repentina en la vía pública causándole un trauma tisular real que fue inicio inesperado complejo y constante.

El dolor es una impresión sensorial, delimitada e individual con magnitud cambiante que puede ser molesto e incómodo en una parte del cuerpo. El dolor es consecuencia de un estímulo por parte de las terminaciones nerviosas sensitivas de la zona (López Forniés, 2021). En la paciente el dolor está localizado en la cadera derecha que le es molesto e incómodo, imposibilitándole la deambulaci3n.

El dolor es una experiencia sensorial no agradable que pueden percibir todos los seres vivos que cuentan con un sistema nervioso central. El dolor es el resultado de un conjunto de mecanismos neurofisiol3gicos que modulan la informaci3n del da1o f3sico a diferentes niveles y en diferentes partes del organismo (D3az, 2020) paciente manifiesta que el dolor a1n persiste cuando est3 en reposo.

La fisiopatología del dolor se produce con asistencia de un estímulo dañino, es una reacción de alerta en la persona, se estimulan terminaciones nerviosas llamadas nociceptores que son receptores de la información nociceptivo que va a emitir al sistema nervioso central, a través de fibras nerviosas de tipo fibra A delta y fibras C. Esta aglomeración sensorial provocada por nociceptores, va activadas las 13 neuronas de la médula espinal que después se dirigen a la corteza por vía talámica causando el dolor y aumentando el reflejo de retirada y reacción emocional, autonómica y neurohumoral, responden a un estímulo nocivo sobre los tejidos corporales, que pueden ser ocasionados por un traumatismo, dolencia, hinchazón, infección o cirugía (Díaz, 2020).

El factor relacionado fue lesiones por agentes físicos. Los factores de riesgo de fractura son las siguientes: fractura anterior por traumatismo bajo, después de los 50 años de edad, antecedentes maternos de fractura de cadera, tabaquismo actual y peso corporal bajo (definido como un índice de masa corporal menor de 18,5). Los factores de riesgo identificables para las caídas suelen ser: debilidad muscular, anomalías de la marcha o del equilibrio, visión deficiente, tratamiento farmacológico, enfermedad neurológica, problemas del pie / artritis y disposición del entorno doméstico (Colón, 2018).

En la paciente de estudio la fractura de cadera corresponde a varios factores entre ellos: Edad, disminución de la agudeza visual causada por la diabetes. Las personas mayores deberían tener una evaluación de su riesgo de caídas y fractura. A las de mayor riesgo se les deben ofrecer intervenciones múltiples orientadas a reducir los riesgos individuales y ambientales identificados.

Según NANDA el dolor tiene como característica definitoria, la información verbal según escala de Eva. El paciente debe estar consiente garantizando su capacidad para colaborar. El lenguaje ha de estar en concordancia con el nivel cultural del paciente y el médico valorador ha de puntuar sin interferir ni juzgar (Herrero, 2018). La paciente es colaboradora y está consciente en el momento de la evaluación.

Para ayudar a la paciente a disminuir el dolor, se consideró el NIC: Manejo del dolor y manejo de la medicación, con las siguientes actividades:

La percepción del dolor consiste de un sistema neuronal sensitivo (nociceptores) y unas vías nerviosas aferentes, que avalan a estímulos nociceptivos tisulares; la percepción, también, puede estar influida por otros factores como el psicológico. La eficiente valoración del dolor implica el estudio de las múltiples esferas de este, como su variación temporal (agudo o crónico), la patogenia y la intensidad entre otras (VELASCO, 2020 - 2021). Por eso es primordial la monitorización de las constantes vitales cada 8 horas, el monitoreo a través de escala numérica de EVA es importante para valorar el nivel de dolor e identificar los factores que lo alivian.

Monitorizar el dolor utilizando una escala numérica de EVA. La aplicación de escalas tiene como propósito evaluar el dolor, es esencial la valoración en respuesta al tratamiento. La escala numérica del dolor es un método subjetivo más empleado de mejor sensibilidad de medición, requiere entendimiento y colaboración del paciente. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o curva, de 10 cm, que señala el nivel de dolor mínimo y máximo, el individuo debe subrayar con una línea el lugar que cree que pertenece la dimensión de su dolor (López Forniés et al., 2021).

La escala numérica del dolor 7/10, obtenida es calificada como dolor moderado, dónde la enfermera decide como mermar el dolor en forma adecuada, guiándose de los registros de la valoración y prescripción médica. La enfermera debe ejecutar una valoración completa y correcta, siendo primordial para el aplacamiento del mismo, porque una valoración inexacta de dolor lleva a un tratamiento inadecuado por eso la utilización de la escala especificará la magnitud del dolor en niveles de : 0 – 10 evaluando el dolor en leve, moderado, intenso y muy intenso (Palomino et al., 2016).

Valorar el nivel del dolor del paciente que permita tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. La valoración exhaustiva y periódica del dolor está a cargo del equipo de salud tanto médico como enfermera en función al estado clínico paciente, la intervención será registrada de acuerdo a la intensidad del dolor en la historia clínica. La revaloración de los parámetros; localización, alivio o no del dolor, efectos en el sueño y estado de ánimo, nivel de sedación, efectos adversos de la medicación; también serán registradas en las notas de enfermería; es un parámetro importante contar con el informe de la paciente, familia y/o cuidador, sobre la existencia de dolor, molestias o malestar (Ruiz García, 2016).

En la terapéutica farmacológica, la OMS, planteó realizar la “escalera analgésica; con la cual se puede unir criterios y aumentar así la fuerza del tratamiento de una forma escalonada y controlada. Clasifica el dolor en tres probables tipos de intensidad: dolor leve, moderado y severo (Silvia Lozano Alonso, 2021).

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. La paciente presenta dolor moderado se le administraba ketoprofeno 100mg EV cada 8 horas por indicación médica, siendo de suma importante verificar una vía permeable y emplear

los diez correctos en el uso de los medicamentos. El ketoprofeno es un derivado del ácido propiónico; pertenece al grupo de los (AINE). Indicado para la terapéutica del dolor y la inflamación, así como dismenorrea, fiebre, artritis reumatoide, osteoartritis (MedlinePlus, 2021).

También, se le administraba tramadol 50mg s/c, condicional al dolor. El tramadol es un fármaco opioide que constituye el grupo analgésico, usualmente empleado en la terapéutica del dolor intenso. Por lo tanto, es de suma importancia saber sus peculiaridades farmacológicas, efectos analgésicos, consecuencias secundarias y la particularidad de su uso. Cuando se administraba dicho opioide, se observaba si la paciente presentaba náuseas o vómitos. Para tal fin tenía indicado un antiemético a demanda (MedlinePlus, 2021).

La evaluación integral del dolor es un tema fundamental en la planificación de la terapéutica analgésica. La IASP propone la descripción del dolor basado en 5 eje; a esto hay que añadir una evaluación psicosocial básica, la descripción de los factores moduladores del dolor, los antecedentes de adicción al alcohol u otras drogas y la respuesta, toxicidad y titulación de los tratamientos previos. (Jesus A. Alvares Mazariegos, 2017).

Educar al usuario y familia sobre la aplicación de técnicas no farmacológicas, existen varias opciones de apoyo y de autocuidado sin medicamentos para el sosiego del dolor como relajación muscular gradual, terapéutica musical, masajes, etc. (American Society of Clinical Oncology Manejo del dolor relacionado con el cáncer, 2019)

Gestión ineficaz de la salud

Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud. (Adrián Vázquez Pérez, 2018).

Gestión ineficaz de la salud, se define como un proceso multifactorial y dinámico evidenciado por el rechazo del paciente en seguir el plan terapéutico, favoreciendo el abandono del tratamiento y agravando los signos y síntomas y no logrando las metas. (Santos, 2021). En la paciente, se observó que no seguía adecuadamente el tratamiento para el control de la hipertensión arterial.

La gestión ineficaz de la salud, es una guía de regulación e integración en la vida diaria de un régimen de tratamiento para el alivio de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos (Centro Universitario de Enfermería, 2020). La paciente no cumplía con el régimen de control periódico de la enfermedad.

Según NANDA, la característica definitoria, es dificultad con la terapéutica prescrita. La gestión ineficaz de la salud es un proceso multifactorial y dinámico manifestado por la negativa del paciente en continuar el plan terapéutico, ayudando al abandono del tratamiento y teniendo como efecto la aparición de signos y síntomas que agravan la salud del paciente y no logrando los objetivos trazados (Noletto dos Santos et al., 2020). En la paciente, se pudo observar que tanto ella como la familia, no daban la debida importancia al tratamiento prescrito, incluso olvidaban la toma del medicamento.

El factor relacionado es déficit de conocimiento del régimen terapéutico

Se necesita disposición para colaborar en la renovación de la salud. La enfermera debe reconocer los factores de riesgos tanto externos como internos ayudando a que el paciente vea los problemas y tenga la necesidad de solucionarlo para el pronto alivio de su salud.

La educación sanitaria y los cambios de estilos de vida requiere de la colaboración del individuo y familia, para fortalecer el cumplimiento de las tareas (Zamora-Niño, 2019).

Este diagnóstico trata de que el paciente adquiera conocimientos e información, cuyo objetivo es el cambio de una actitud nueva, dejando atrás una conducta pasada beneficiando esto en la conducción de su propia salud. Busca descubrir las habilidades y conocimientos de cada persona sobre su autocuidado. Las causas que favorecen u obstruyen el aprendizaje del paciente son la edad, motivación, participación activa y el entorno familiar. La enfermera como educadora realiza un rol primordial en difundir la información en forma apropiada y oportuna al paciente y su familia promoviendo cambios de vida saludable, de los padecimientos que presenta cada paciente, considerando las creencias y costumbres de cada paciente (Salcedo-Álvarez, 2012 citado por Pilataxi Navarrete, 2018).

La tensión arterial elevada es una afección que se basa en una elevación en valores de tensión igual o superior a 140/90 mm Hg, estos calculan la concordancia entre la fuerza del bombeo del corazón y la resistencia de las arterias y su ascenso; inclusive en grados mínimos aumenta el peligro de posibles complicaciones (Jimenez, 2018).

Según, su causa puede ser primaria desconocida o secundaria conocida y origen diverso; la fisiopatología está vinculada a diferentes factores como al incremento en la resistencia a la insulina, el descenso de la vasodilatación periférica; modificaciones en el sistema nervioso simpático y el autónomo, en el sistema renina-angiotensina-aldosterona. Alteraciones renales con el sodio, cambios estructurales y funcionales del sistema cardiovascular como la disposición de las placas de ateroma. Se reconocen diversos agentes de riesgo como herencia, linaje, edad, sexualidad, estatus, peso, inactividad, etilismo, colesterol elevado en sangre y tabaquismo (Jimenez, 2018).

Para ayudar la paciente a mejorar la gestión de la salud, se consideró el NIC manejo de la hipertensión con las siguientes actividades:

Reconocer las posibles causas de la hipertensión. Se calcula que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con presión arterial elevada y que, la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2021).

De acuerdo a la OMS. “Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y verduras), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad.

Por otro lado, existen factores de riesgo no modificables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad superior a los 65 años y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías” (OMS, 2021).

En la paciente de estudio los posibles factores ambientales son la obesidad, la edad y el antecedente de diabetes que contribuyeron a la presencia del cuadro de hipertensión.

Valorar los factores de riesgo asociados y contribuyentes a la hipertensión arterial. Hay diferentes factores como la inmovilidad física, una dieta rica en sal vinculado a los alimentos procesados y ricos en grasa que contribuyen al aumento de la tensión arterial. La presión arterial aumenta con la edad y se presenta a partir de los 40 años, y con frecuencia en mujeres por encima de los 60 años. Aunque hay predisposición familiar, se da también en personas sin antecedentes. (MakGill, 2019).

La paciente no tiene control nutricional y por lo tanto debería ser monitorizado por la nutricionista, y otro factor sería su edad.

Control periódico de la presión arterial. Es primordial que el control periódico de la presión arterial se realice en momentos en los que el paciente no presenta síntomas, con un reposo de 5 minutos previos". Según la OMS, tomarse uno mismo la presión es una medida suplementaria de vigilancia y control. Además, aumenta el grado de compromiso con el tratamiento y, si se lleva un registro de la hora y el contexto en que fue realizada la toma, ayuda a identificar factores que influyen en la suba de los parámetros (Lantorno, 2020). La paciente no tenía un control periódico de toma de presión arterial y un factor que contribuía era el poco compromiso con el tratamiento.

Vigilar signos y síntomas como cefalea severa, mareos, náuseas o vómitos. Monitorear a la paciente, para detectar manifestaciones de crisis hipertensiva como son dolor de cabeza severo, mareos, y problemas gástricos. La paciente adulta mayor presenta una presión arterial de 150/90 mm Hg; identificando una hipertensión arterial

no contralada. En investigaciones anteriores, se ha identificado la hipertensión arterial como un factor de peligro para el desgaste cognitivo leve y la demencia. Está perjudica en su mayoría a las personas de más de 65 años de edad. (Duque, 2020). En la paciente, durante la hospitalización, se monitorizó signos y síntomas que podrían indicar hipertensión, las cuales fueron registradas debidamente en su historia clínica.

Supervisar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación antihipertensiva. Observar a la paciente para descubrir manifestaciones de hipertensión o hipotensión, luego de la toma de la terapéutica indicada para la hipertensión. La presión arterial elevada no presenta síntomas, la etapa inicial y ahí radica la importancia de controlarla frecuentemente o según indicación médica. Rara vez, la hipertensión arterial puede producir dolor de cabeza, palpitaciones, dolor de pecho, epistaxis (sangrado nasal) o dificultad para respirar. Como en la gran mayoría de las patologías, la detección temprana de hipertensión arterial alta, así como el tratamiento y control son muy beneficiosos para el paciente (OMS, 2019).

Se administró losartán 50 mg 1 tab., cada 24 horas, este medicamento pertenece a un grupo de medicamentos denominados antagonistas de los receptores de la angiotensina II, evita la unión de la angiotensina II a estos receptores, los vasos sanguíneos se relajan y esto disminuye la tensión arterial, es importante que la enfermera valore signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración del antihipertensivo (Lantorno, 2020).

Asimismo, reduce el agravamiento de la función renal en pacientes con tensión arterial alta y diabetes tipo 2. (Carretera Olaz-Chipi, 2020). Los hipertensos, además de

seguir un tratamiento farmacológico, con indicación médica, y adoptar estilos de vida saludables, la automedicación periódica formará parte del tratamiento.

Complicación potencial: hiperglucemia

La hiperglucemia quiere decir azúcar o glucosa alta en la sangre. Esta glucosa proviene de los alimentos que uno ingiere. La insulina es una hormona que lleva la glucosa hasta las células para darles energía. Sin embargo, cuando alguien sufre de hiperglucemia, su cuerpo no produce una cantidad suficiente de insulina o no la puede usar en ese momento (Torre, 2021).

La hiperglucemia aparece cuando los niveles de glucosa en la sangre están elevados, superando ampliamente los objetivos de control establecidos, comienzan a producirse en el organismo los cuerpos cetónicos, producidos en el hígado por la degradación de las grasas liberadas al torrente sanguíneo en situaciones de gran deficiencia insulínica (Escalada San Martín, 2020).

“La hiperglucemia no provoca síntomas hasta que la concentración de glucosa es muy elevada, generalmente, cuando está por encima de los 180 a 200 miligramos por decilitro o de los 10 a 11,1 mili moles por litro” (Mayo clinic, 2019). La paciente inicialmente presentó un nivel de glucosa de 156 mg/dl.

Para dar solución frente al problema de la paciente que presentó un resultado de 156 mg/dl y favorecer la mejoría se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería:

Vigilar la glucemia, si está indicado. Evaluar al paciente con la prueba del glucómetro. Mediante esta prueba de control de glicemia podremos saber cuál es el valor de glucosa en sangre del paciente. “Según, tu plan de tratamiento, es posible que tengas que controlar y registrar tu nivel de glucosa en la sangre varias veces a la semana o

varias veces al día. Un control riguroso es la única manera de asegurarte de que tu nivel de glucosa en la sangre se mantenga dentro del rango objetivo. Anota cuando tus lecturas de glucosa estén por encima o por debajo del rango objetivo” (Mayo clinic, 2019). En la paciente de estudio se le realizaba controles de glucosa periférica diarios cada 8 horas.

Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia, poliuria, polifagia. letargo. visión borroso, cefalea.

La paciente presentaba hiperglucemia, debido a la anomalía en la secreción y/o actividad de la insulina, presentándose con más frecuencia en personas de edad avanzada. La intervención de enfermería y el personal multidisciplinario con una evaluación prioritaria evitará complicaciones. El abordaje integral que incluya cambios en el estilo de vida enfocados en la alimentación, ejercicio físico y salud mental, son capaces de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Las modificaciones en el estilo de vida deben ser individuales para cada paciente y estar basadas en los objetivos terapéuticos planteados (Blanco Naranjo, 2021).

Las principales complicaciones agudas en el paciente diabético son la hiperglucemia, la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar (Fariña, 2017).

Identificar los signos y síntomas de hipoglicemia.

Si el resultado de glicemia capilar a fuera menos de 70 mg/dl, estamos frente a hipoglucemia. No obstante, la hipoglucemia suele ser asintomática, en las personas que asiduamente presentan bajos niveles de glucosa en la sangre o que han coexistido con diabetes demasiado tiempo, se encuentran episodios como: desequilibrio, excitabilidad, diaforesis, estremecimiento, inquietud, desorientación, taquicardia, vértigo y náusea, pérdida de la agudeza visual, hormigueo en los labios o la lengua, cefalea,

fatiga; así como sucesos de ira, aflicción, falta de concentración y convulsiones. Es imprescindible que la paciente reconozca sus propios síntomas cuando sus grados de glucosa estén bajos (Di LorenziBruzzone et al., 2017).

Educar al paciente y a la familia sobre signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hiperglucemia. La educación, de la enfermera al paciente y familia, es indispensable respecto a la dieta; el ejercicio físico, estrés físico y emocional, además de situaciones especiales para conseguir la normo glucemia. Igualmente deben instaurar hábitos de vida saludables (horarios de comidas, composición, etc.) para prevenir complicaciones posteriores. Todo ello hace que la educación sea elemental para su control metabólico (Aquije Mendoza, 2016).

Mantener una vigilancia, realizando controles de glucemia cada 6 horas por día, antes de cada comida y un control nocturno. Así se logra prevenir hipoglucemias o hiperglucemias. La paciente estaba en la espera de la evaluación por el endocrinólogo para determinar dicha vigilancia. Y tenía indicado hemoglucotest cada 8 horas :4pm,10pm y 6am (Carabajal, 2015).

Resulta de suma importancia la educación al paciente y familia para reducir el miedo a presentar cuadros de hiperglucemia e hipoglucemia.

Administrar hipoglucemiante oral: metformina 850 mg vo, cada 24 horas. La terapéutica de la diabetes mellitus abarca modificaciones en los cambios de vida y en la administración de fármacos como la insulina o hipoglucemiantes orales, en este caso la paciente recibía Metformina 850mg vo, que es una clase de medicamentos llamados biguanidas, controla la cantidad de glucosa en sangre. Aminora la cantidad de glucosa

que absorbe de sus alimentos y la cantidad de glucosa que forma su hígado (MedlinePlus, 2021).

Conclusiones

Se concluye que conforme a los problemas identificados en la paciente se gestionó el plan de cuidados de enfermería. Lo que permitió ofrecer una atención de calidad a la paciente en pre-operatorio de ruptura de fémur derecho.

El cuidado estandarizado de Enfermería facilita trabajar de una manera uniforme, organizado, cumpliendo con la taxonomía NANDA y garantizando la seguridad del paciente post – operado.

Se logró realizar la mayoría de las actividades planteadas en el plan de cuidados por diagnósticos; fueron tres los más representativos.

La enfermera brindará una atención objetiva, veraz y oportuna, que permite la continuidad del cuidado individualizado, trabajando con el mismo objetivo de garantizar la mejoría del paciente.

Bibliografía

Adrián Vázquez Pérez, J. M. (10 de Abril de 2018). *RevistaPortalesMedicos.com*.

Obtenido de RevistaPortalesMedicos.com: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuaciones-de-enfermeria-ante-un-paciente-con-manejo-inefectivo-del-regimen-terapeutico/>

American Society of Clinical Oncology Manejo del dolor relacionado con el cáncer. (10 de ABRIL de 2019). *Cancer.net*. Obtenido de cancer.net:

<https://www.cancer.net/es/asimilacion-con-cancer/efectos-fisicos-emocionales-y-sociales-del-cancer/manejo-de-los-efectos-secundarios-fisicos/dolor/tratar-el-dolor-con-medicamentos>

Andrea Elisa Tejido Ruiz. (15 de Junio de 2015). *Scielo*. Obtenido de Scielo:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/6805/TejidoRuizOgarrinoAE.pdf?sequence=1>

Aquije Mendoza, O. M. (2016). *Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus en adultos jóvenes entre 20 y 30 años del Centro de Salud San Juan de Dios – Pisco*. tesis, Universidad Autónoma de Ica, Ica. Obtenido de

<http://repositorio.autonoma-de-ica.edu.pe/bitstream/autonoma-de-ica/168/1/olga%20omirtha%20aquije%20mendoza-conocimiento%20sobre%20diabetes%20mellitus.pdf>

Bader, P.; Ehtle, D.; Fonteyne, V.; Livadas, G.; De Meerleer, A.; Paez Borda, E. G.;

Papaioannou, J.H.; Vranken. (2010). *Guía clínica sobre el tratamiento del dolor*.

Obtenido de <https://uroweb.org/wp-content/uploads/16-Guia-Clinica-Tratamiento-Dolor1.pdf>

Blanco Naranjo, e. a. (01 de Febrero de 2021). *revistamedicasinergia*. Obtenido de revistamedicasinergia.com:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/639>

Cano, M. d. (2020). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería*.

Carabajal, D. (2015). “*Conocimientos que posee personal de enfermería sobre los cuidados de pacientes diabeticos.*”

Carretera Olaz-Chipi. (2020). *losartán cinfa 50 mg comprimidos recubiertos con película EFG.*

Caterina, M., Schumacher, M., Tominaga, M., Rosen, T., Levine, J., & Julius, D. (11 de julio de 2021.). *dolor cronico*. España: New Harbinger Publications.

Centro Universitario de Enfermería. (2020). Gestión ineficaz de la propia salud. En F. d. López Casanova, F. J. Alemany Lasheras, M. Amezcua Martínez, L. A. Aparcero Bernet, & A. Arroyo Rodríguez, *Memoria de la asignatura trabajo fin de curso* (pág. 131). Sevilla, España. Obtenido de https://cue.sjd.es/documentos/02-estudios/MEMPRIA_TFGTFE/Memoria_TFG_2017-18.pdf

Clinic, E. p. (2021 Mayo). *Fractura de cadera*. Mayo clinic.

Colón, D. I. (2018). Protocolo de tratamiento rehabilitador de la fractura. *Ministerio de salud pública*.

Cuaresma, M. (2021). *Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor.*

- Di LorenziBruzzone, R. M., Bruno, L., Pandolfi, M., Javiel, G., & Goñi, M. (diciembre de 2017). hipoglucemia en pacientes diabeticos. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 2(3), 51-60. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972017000300051
- Duque, C. G. (2020). La importancia de la Enfermería en el autocuidado del paciente. *Consejo General de Enfermería*.
- Escalada San Martín, J. (2020). Hiperglicmia. *Clínica Universidad de Navarra*.
- Fariña, E. (28 de Diciembre de 2017). *El Medico Interactivo*. Obtenido de El Medico Interactivo: <https://elmedicointeractivo.com/hiperglucemia-cetoacidosis-y-coma-hiperosmolar-principales-complicaciones-agudas-de-la-diabetes/>
- Federacion Mexicana de Diabetes, A. (25 de agosto de 2017.). *Federación Internacional de Diabetes*.
- Gómez López, V. M., Navarrete Escobar, A., García Ruiz, M. E., & Galván González, F. G. (julio-agosto de 2004). Diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Revista Médica del IMMS*, 42(4), 331-335. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044i.pdf>
- <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/323994>. (s.f.).
- Iliana Milena Ulloa Sabogal, C. N. (2017). Proceso de Enfermería en la persona con Diabetes Mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Revista cubana de enfermeria*.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Intervenciones de Enfermería para la atención integral del paciente adulto con hipertensión arterial*. México. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/739GER.pdf>

JATO, D. R. (2020). *DOLOR*. TOPDOCTORS.

Jesus A. Alvares Mazariegos, E. a. (Junio de 2017). Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opiodes. *Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opiodes*. Valencia, España: Sociodrogoalcohol.

Jiménez, E. P. (8 octubre, 2017). Cuidados de Enfermería en la diabetes. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*.

Jimenez, J. M. (2018). *Plan de cuidados individualizado en un paciente hipertenso en atención primaria*.

Lantorno, M. (2020). CONTROL DE SU HIPERTENSION ARTERIAL. *MEDLINE PLUS*.

López Forniés, D. e. (2021). Dolor. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf

MakGill, M. (2019). todo lo que necesitas saber sobre hipertension. *Medical News Today*.

Mayo clinic. (20 de Junio de 2019). *Mayoclinic*. Obtenido de [Mayoclinic.org](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hyperglycemia/symptoms-causes/syc-20373631):
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hyperglycemia/symptoms-causes/syc-20373631>

Mayo Clinic. (15 de 06 de 2020). *mayoclinic.org*. Obtenido de [mayoclinic.org](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hyperglycemia/symptoms-causes/syc-20373631):
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hyperglycemia/symptoms-causes/syc-20373631>

MedlinePlus. (15 de marzo de 2021). Ketoprofeno. *Medicinas y suplementos*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a686014-es.html>

MedlinePlus. (15 de marzo de 2021). *Metformina*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a696005-es.html>

Moorhead S, J. M. (Madrid España 2018). PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN DIABETES MELLITUS. *COMISION PERMANENTE DE ENFERMERIA*.

NATALIA, C. F. (2018). PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERIA. *SANIDAD Y EDICIONES,S.L.*

Noletto dos Santos, W., Souza da Silva, R., Costa Souza, F. M., da Costa Santos, R. S., Cavalcanti de Oliveira, I., & Rosendo da Silva, R. A. (2020). Controle ineficaz da saúde: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), 1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0158>

OMS. (13 de MAYO de 2019). Obtenido de <https://www.acudireemergencias.com.ar/por-que-es-importante-controlar-la-presion-arterial/>

OMS. (25 de Agosto de 2021). Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Pérez, A. V., Reyes, J. M., & al., e. (10 de Abril de 2018). *revista- portales medicos.com*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2020, de *revista- portales medicos.com*: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuaciones-de-enfermeria-ante-un-paciente-con-manejo-inefectivo-del-regimen-terapeutico/>

Pérez, P. G. (Copyright © 2019). *Abordaje multidisciplinar de la fractura de cadera. La importancia de la enfermera en los nuevos modelos asistenciales*. Revista Española De Geriatria Y Gerontologia.

PILAR, V. M. (2018).

Puebla Díaz, F. (marzo de 2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/onco/v28n3/06.pdf>

Romero, J., Gálvez, R., & Ruiz, S. (enero-febrero de 2008). ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(1), 1-4. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n1/editorial.pdf>

Ruiz García, M. V. (Octubre 2016). VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES. *RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Santos, W. N. (24 de Marzo de 2021). Gestión ineficaz de la salud. *análisis de concepto*. Brasil. Recuperado el 05 de Febrero de 2022, de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0158>

SHARP, M. (2021). Fractura de cadera. *Manual ms*.

Silvia Lozano Alonso, I. S. (29 de Julio de 2021). *Revista Sanitaria de Investigacion*.

Obtenido de Revista Sanitaria de Investigacion:

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-del-tratamiento-no-invasivo-en-pacientes-con-dolor-por-cancer-avanzado/>

Torre, M. (2021). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Revistes Catalanes*.

Velasco, m. V. (2020 - 2021). *Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente transplantado hepatico revision sistematica de la literatura*. Valladolid: uva. Obtenido de universidad de valladolid.

Vicente Herrero, M., Delgado Bueno, S., BandrésMoyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M., & Luisa., C. G. (julio-agosto de 2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. doi:10.20986/resed.2018.3632/2017

vietata, R. (2018). Riesgo de nivel de glucemia inestable. *Slidetube medical*.

WebMD. (septiembre 2019). Retirada Del Mercado De Vasaltran, Losartan Y Otros Bp Med 2018-19. *WebMD*.

Zamora-Niño, C. F.-P.-S.-A. (30 de abril de 2019). *Scielo*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200004

Apéndice

Apéndice A: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión

Escuela de Posgrado

UPG de Ciencias de la Salud

Consentimiento informado: propósito y procedimientos

Se me ha informado que el título del trabajo académico es “Cuidado enfermero aplicado a paciente con fractura de cadera derecha del Servicio de Traumatología de un hospital de Lima, 2021. El propósito de este estudio es adaptar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales CPG; este trabajo académico está siendo elaborado por la Lic. Alina Maldonado Huaccho y Lic. Milagros Valdiviezo Odar bajo la asesoría de la Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas, La información brindada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se emplearán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha informado que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la probabilidad de que mi identidad pueda ser evidenciada por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto, antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por

mi negativa inicial a la participación en este proyecto. Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.



Nombre y apellidos: CPG DNI:..09168426..... Fecha: 25/09/2020



Firma

Apéndice B: Guía de valoración de enfermería

DATOS DE FILIACION	DATOS DE HOSPITALIZACION																																		
Nombre del usuario: _CONDOR PORRRAS GLAYS ELIZABETH Dirección: _MZ G LOTE 3 GRUPO 3 AA.HH.LEDIL.BERTE RAMOS V.E.S. Edad: _65 Religión: CATOLICA Grado de instrucción: _SECUNDARIA Ocupación: _SU CASA Fuente de información: Paciente (X) Familiar/amigo () Otro: _____	HCL: 2253952 DNI Condición: SIS otros Procedencia: Consultorio externo () Emergencia (X) SOP () Forma de llegada: Caminando () Camilla (X) Silla de ruedas () Acompañante: _HIJO Dx. Médico: FRACTURA DE CADERA DERECHA Fecha de ingreso: _11/09/2020 Fecha de valoración: _14/09/20 Grado de dependencia: I () II (X) III () IV () Dosaje de proteínas ____ UPP: ____																																		
PATRÓN PERCEPCION/CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO																																		
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA (X) DM (X) fumadores() covid-19 () TBC () VIH () VDRL () Otros _____ Cirugías: No () Si () _____ Alergias y otras reacciones: Fármacos: _LOSARTAN Alimentos: NIEGA Otros _____ Factores de riesgo: TVP No() Si() Anemia No() Si() Cardíopatas Medicamentos que toma actualmente _LOSARTAN 50MG _1DIA METFORMINA 850 MG_ 1 DIA Estado de higiene Buena (X) Regular () Mala () Cumplimiento de tratamiento terapéutico. Si(X) No () Manifiesta el interés para el manejo de su tratamiento. Si(X) No () Presenta dificultad para el manejo de las indicaciones terapéuticas. Si() No (X)	ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: _15 X' Respiración: superficial() profunda() Disnea() Tos: seca () productiva () expectoración: _____ Reflejo de la tos: Presente () Ausente() Disminuido () Secreciones: No() Si () Características: _____ O2: No () Si () Modo: _____ V/min _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <tr><td>PaO₂</td><td>88</td></tr> <tr><td>PaCO₂</td><td>40</td></tr> <tr><td>pH</td><td>7.38</td></tr> <tr><td>HCO₃</td><td>24</td></tr> <tr><td>Resid.</td><td>28</td></tr> </table> ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: 89 P*A*: _150/90 mmHg sin alteración: _____ Hipotensión() hipertensión(X) taquicardia(X) bradicardia() extremidades frías() entumecimiento() sensibilidad de miembros(X) Edema: No Si Localización: _____ +() ++() +++() Presencia de líneas invasivas: Catéter periférico: _MSD_12/09/2020_CVC Si () No () EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCLUIDADO 1= Independiente 3= Totalmente dependiente 2= Parcialmente dependiente <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Movilización en cama</td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td>Deambula</td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td>Ir al baño/bañarse</td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td>Tomar alimentos</td><td style="text-align: center;">X</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vestirse</td><td></td><td style="text-align: center;">X</td><td></td></tr> </tbody> </table> Aparatos de ayuda: ninguno() silla de ruedas() muleta() andador () Movilidad de miembros: Rigidez() Flacidez() Contracturas() Parálisis () Fuerza muscular: Conservada() Disminuida(X) TIPO DE LESION Fractura (X) Luxación () Esguince () Desgarro () Otros: Ubicación: _____ Fractura: Localización: Proximal () Distal () Diafisaria () Articular (X) Supracondilla () Tipo: Abierta () Cerrada (X) Impactada () Con Hundimiento () Por Compresión INMOVILIZACION Tracción cutánea: _____ Tracción esquelética SI LADO DERECHO Fenúas de yeso: _____ Cabestrillo: _____ vendajes: _____	PaO ₂	88	PaCO ₂	40	pH	7.38	HCO ₃	24	Resid.	28		1	2	3	Movilización en cama			X	Deambula			X	Ir al baño/bañarse			X	Tomar alimentos	X			Vestirse		X	
PaO ₂	88																																		
PaCO ₂	40																																		
pH	7.38																																		
HCO ₃	24																																		
Resid.	28																																		
	1	2	3																																
Movilización en cama			X																																
Deambula			X																																
Ir al baño/bañarse			X																																
Tomar alimentos	X																																		
Vestirse		X																																	
PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO																																			
Orientado: Tiempo(X) Espacio(X) Persona(X) Desorientada () confusa() somnolienta () agitada () convulsional() estupor() coma() letárgico() Comunicativa () poco comunicativa () PUNTUACION ESCALA DE GLASGOW: _AO: (4) RV:(5) RM: (6) TOTAL PTJE: 15 Oído: sin alteración(X) hipoacusia() acusia() prótesis() Visión: sin alteración() deficiente(X) ceguera() prótesis() Alucinaciones: auditivas() visuales() olfatorias() táctiles() Alteraciones del pensamiento: demencia () Habla/lenguaje: _____ Dolor: No () Si (X) Localización: CADERA DERECHA Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alteración. De las FV (). Agentes lesivos () Inadecuada alineación de miembros afectados(X) Tracción de paredes blandas con vendaje ajustado () Otro: _____																																			

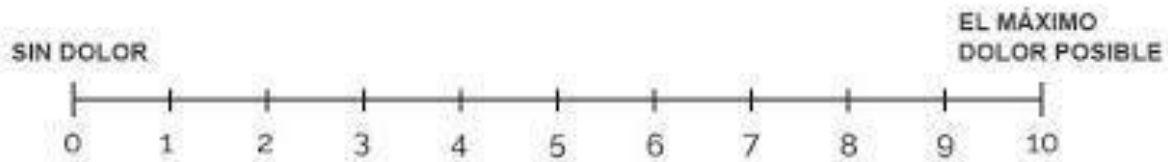
<div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold;">PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO</div> <p>Peso: <u>82 Kg</u> Talla: <u>1.65 M</u> IMC: <u>30.1</u> T: <u>37°C</u> Glucosa: <u>156</u> Hb <u>12.9</u>.</p> <p>Piel y mucosa: Pálida() Cianótica () Ictérica () caliente () fría () inflamación() Deformidad en la continuidad del hueso (X)</p> <p>soca () turgente(X) edematosa () hemorragia () diaforesis () sudoración () Integridad: Intacta () Lesiones (X) UPP: Si () No (X)</p> <div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold;">Observación: LESIONES POR VENOPUNSION</div> <p>Herida:</p> <p>Ubicación: Patología  </p> <p>Protegida con apósito: limpios() secos() manchados() húmedos()</p> <p>Sin signos de flogosis () con signos de flogosis() con bordes equimóticos() equimóticos()</p> <p>Con dren: tubular () laminar()</p> <p>Infectada: No() Si()</p> <p>Nutrición: Ingesta líquidos: <u>si</u> (X) no. () alimentos: Vía de administración: oral(X) SNG() periférico ()</p> <p>Apetito: Normal(X) Disminuido() Aumentado() Tipo de dieta: DIETA COMPLETA HIPOGLUCIDA</p> <p>Disminución del peso corporal a un 20% o más del peso ideal Si() No (X) Presenta palidez de conjuntivas y mucosas. Si() No (X)</p> <p>Desinterés por la ingesta de los alimentos. Si() No (X)</p> <p>Cavidad bucal: Dentadura: Completa () Incompleta (X) Prótesis ()</p> <p>Dificultad para deglutir: Si() No(X) náuseas() Pirosis() Vómitos()</p> <p>Estado de higiene bucal: Mala () Regular (X) Buena()</p> <p>Cambio de peso durante los últimos días: Si (X) No()</p> <p>Obesidad: () Bajo peso: (X)</p> <p>Especificar: disminuyo de peso por comida que no le gusta</p> <p>Abdomen: blando(X) depresible (X) distendido () timpánico () globuloso () doloroso()</p>	<p>Férula (), dispositivos mecánicos: (), Factores externos (), Inadecuada alineación de miembros afectados() Tracción de paredes blandas con vendaje ajustado ()</p> <p>Perdida de la integridad de las estructuras óseas (), Disminución de la fuerza Muscular (). Traumatismo(), herida operatoria(), procedimientos invasivos(sondas(X), catéter periférico(X), fijadores()</p> <div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold;">ESCALA DOWNTON</div> <table border="1" style="font-size: small; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS</th><th>ALTO RIESGO > 2</th></tr> <tr><td>CAÍDAS PREVIAS</td><td>NO</td><td>0</td></tr> <tr><td>INDICADORES</td><td>Trípode</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>Tranquilizantes, sedantes</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>Disturbios, antipsicóticos, otros</td><td>1</td></tr> <tr><td>DEPÓSITOS SANGUÍNEOS</td><td>Sangre</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>A BANGOR (SANGRE, BACTERIAS)</td><td>1</td></tr> <tr><td>ESTADO MENTAL</td><td>Orientado</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>Confuso</td><td>1</td></tr> <tr><td>ESTABILIZACIÓN</td><td>Verano</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td>Seguimiento, riesgo</td><td>1</td></tr> </table> <div style="float: right; margin-top: 10px;"> <table border="1" style="font-size: x-small; border-collapse: collapse;"> <tr><td>PUNTAS MENOR A 2 RIESGO BAJO</td><td></td></tr> <tr><td>PUNTAS ENTRE 3 Y 4 RIESGO MEDIO</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td>PUNTAS MAYOR A 4 RIESGO ALTO</td><td></td></tr> </table> </div> <div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; margin-top: 10px;">PATRÓN DE ELIMINACIÓN</div> <p>Hábitos intestinales</p> <p>Nº de deposiciones/día: <u>1</u> Normal () Estreñimiento (X) Diarrea () Incontinencia ()</p> <p>MICCIÓN:</p> <p>Espontáneo..... SF. Panal Cateterismo Vesical..... Sonda Foley...11/09/20..... Otros: _____</p> <table border="1" style="font-size: x-small; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr><th colspan="2">Orina:</th></tr> <tr><td>color</td><td>AMARELLO CITRINO</td></tr> <tr><td>PH</td><td>8.9</td></tr> <tr><td>Densidad</td><td>1021</td></tr> <tr><td>urenitia</td><td>1g</td></tr> <tr><td>volume</td><td>100 CC</td></tr> </table> <table border="1" style="font-size: x-small; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr><th colspan="2">Drenajes</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; margin-top: 10px;">PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</div> <p>Estado emocional:</p> <p>Tranquila () ansiosa(X) Negativa() Temerosa () Irritable (X) Indiferente() Depresiva ()</p> <p>Preocupaciones principales/comentarios: DEMORA EN SU PROGRAMACION PARA INTERVENCION QUIRURGICA</p> <p>Percepción negativa de su aspecto: Si(X) No ()</p> <p>Perdida de una parte corporal: Si() No ()</p> <p>Miedo al rechazo o reacción de los demás: Si() No ()</p> <div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; margin-top: 10px;">PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO</div> <p>Horas de sueño: <u>12</u></p> <p>Problemas para dormir: Si (X) No()</p> <p>Especificar: _____</p> <p>¿Usa algún medicamento para dormir? Si (X) No()</p> <p>Especificar: <u>ALPRAZOLAM 0.5 Mg</u></p> <div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; margin-top: 10px;">PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS</div> <p>Religión: <u>CATOLICO</u></p> <p>Restricciones religiosas: <u>NINGUNA</u></p> <p>Solicita visita de capellán: Si () No(X)</p> <p>Comentarios adicionales: _____</p> <div style="background-color: #e0f0f0; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; margin-top: 10px;">PATRÓN DE RELACIONES - ROL</div>	ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2	CAÍDAS PREVIAS	NO	0	INDICADORES	Trípode	0		Tranquilizantes, sedantes	1		Disturbios, antipsicóticos, otros	1	DEPÓSITOS SANGUÍNEOS	Sangre	0		A BANGOR (SANGRE, BACTERIAS)	1	ESTADO MENTAL	Orientado	0		Confuso	1	ESTABILIZACIÓN	Verano	0		Seguimiento, riesgo	1	PUNTAS MENOR A 2 RIESGO BAJO		PUNTAS ENTRE 3 Y 4 RIESGO MEDIO	X	PUNTAS MAYOR A 4 RIESGO ALTO		Orina:		color	AMARELLO CITRINO	PH	8.9	Densidad	1021	urenitia	1g	volume	100 CC	Drenajes							
ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2																																																										
CAÍDAS PREVIAS	NO	0																																																										
INDICADORES	Trípode	0																																																										
	Tranquilizantes, sedantes	1																																																										
	Disturbios, antipsicóticos, otros	1																																																										
DEPÓSITOS SANGUÍNEOS	Sangre	0																																																										
	A BANGOR (SANGRE, BACTERIAS)	1																																																										
ESTADO MENTAL	Orientado	0																																																										
	Confuso	1																																																										
ESTABILIZACIÓN	Verano	0																																																										
	Seguimiento, riesgo	1																																																										
PUNTAS MENOR A 2 RIESGO BAJO																																																												
PUNTAS ENTRE 3 Y 4 RIESGO MEDIO	X																																																											
PUNTAS MAYOR A 4 RIESGO ALTO																																																												
Orina:																																																												
color	AMARELLO CITRINO																																																											
PH	8.9																																																											
Densidad	1021																																																											
urenitia	1g																																																											
volume	100 CC																																																											
Drenajes																																																												

	<p>Ocupación: _____ AMA DE CASA _____</p> <p>Estado civil: Soltera() Casada(X) Conviviente() Divorciada()</p> <p>¿Con quién vive? Sola() Con su familia(X) Otros _____</p> <p>Fuentes de apoyo: Familia(X) Amigos() Otros _____</p> <p>Familiar responsable del paciente.....HIJO.....</p> <p style="text-align: center;">PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN</p> <p>Mamas: autoexamen () No tumores()</p> <p>Secreciones en genitales. SI () NO ()</p> <p>Especificaciones: _____</p> <p>Otras molestias: _____ DIFERIDO</p> <p>Nombre del enfermero: _MILAGROS DEL PILAR VALDIVIEZO ODAR_</p> <p>Firma : _____ CEP: _37013_</p> <p>Fecha: _____</p> <p>TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:</p> <p>OMEPRAZOL 40 MG EV. C/24H</p> <p>KETOPROFENO 100 MG EV. C/8H</p> <p>CEFAZOLINA 1G EV. C/8H</p> <p>ALPRAZOLAN 05MG 1 TAB VO. C/24H</p> <p>TRAMADOL100MG PRN SC</p> <p>METFORMINA 850 MG VO C/24H</p> <p>PLAN MEDICO: INTERVENCION QUIRURGICA EN ESPERA DE PROGRAMACION</p> <p>EXAMENES AUXILIARES:</p> <p>RIESGO CARDIOLOGICO: II</p> <p>RIESGONEUMOLOGICO: I</p>
--	--

Apéndice C: Escalas de evaluación

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor



Escala de riesgo de caída y de riesgo de upp.

ESCALA DE NORTON

Zonas con riesgo de Escaras

Diagram of a human body with numbered zones for pressure ulcer risk assessment:

- 3 (Occipital): 10% (Tercera Zona)
- 4 (Shoulders): 5% (Cuarta Zona)
- 1 (Sacrum, Ischium, Anus): 50% (Primera Zona)
- 1 (Heels): 35% (Segunda Zona)

Años Dorados
"EMA"
ALTERNATIVA A TRICICLO
ENFERMERÍA

20 16 14 12 8

▲ ▲ ▲ ▲

RIESGO BAJO RIESGO MEDIO RIESGO ALTO RIESGO MUY ALTO

ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno	4
	Regular	3
	Malo	2
	Muy Malo	1
ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso y Comatoso	1
MOVILIDAD	Total	4
	Disminuida	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1
ACTIVIDAD	Ambulante	4
	Camina con ayuda	3
	Sentado	2
	Encamado	1
INCONTINENCIA	Ninguna	4
	Ocasional	3
	Urinaría o Fecal	2
	Urinaría y Fecal	1
RESULTADO =		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE DOWTOWN.

Variable de medición	Respuesta	Valor
Caidas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

*Interpretaci3n del puntaje: valor igual o mayor a 3: alto riesgo; valor de 1 a 2: mediano riesgo; valor de 0 a 1: bajo riesgo.

Apéndice D: Planes de cuidado

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00132) Dolor agudo: R/C a lesión por agente físico, evidenciado por escala numérica de EVA = 7 puntos y expresión facial de dolor.	Resultado: nivel del dolor (2102)	2	Mantener en:2	Intervención: manejo del dolor (1410) manejo de la medicación (2380)				4	+2
			Aumentar a: 4						
	Escala			Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya todos los factores que lo alivian y/o lo agudizan.	→		→		
	Grave= 1				Monitorizar el dolor utilizando una escala numérica de EVA.	→	→	→	
	Sustancial = 2				Valorar el nivel del dolor del paciente que permita tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.	→	→	→	4
	Moderado = 3								4
	Leve = 4							4	
	Ninguno = 5							4	
	Indicadores							4	
	210201 dolor referido	2							4
21204 duración de los episodios del dolor	2			Comunicar al médico si el dolor persiste.	→		→	4	
210206 expresiones faciales del dolor	2							4	
210224 muecas de dolor	2			Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.	→		→	4	

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00078) Gestión ineficaz para la salud r/c conflicto con el régimen de tratamiento prescrito m/p P.A:150/90mmHg s/a hipertensión no controlada.	Resultado: autocontrol, hipertensión (3107)	3	Mantener en 3:	Intervención: manejo de la hipertensión (4162)				4	+1
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala			Reconocer las posibles causas de la hipertensión.	→		→		
	Nunca demostrado=1 Raramente demostrado=2 A veces demostrado=3 Frecuentemente demostrado=4 Siempre demostrado=5			Valorar los factores de riesgo asociados y contribuyentes a la hipertensión arterial.	→				
	Indicadores			Control periódico de la presión arterial.	→	→	→		
	310701 Monitorización de la presión arterial	3		Vigilar signos y síntomas como cefalea severa, mareos, náuseas o vómitos.	→	→	→	4	
	310705 Maneja la medicación según prescripción	3		Supervisar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación antihipertensiva.	→		→	4	

