



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA

DIMENSIÓN

**PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
GRADO**

ACADEMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PIE
DIABÉTICO EN EL ÁREA SAN VICENTE DEL HOSPITAL GENERAL MARTÍN
ICAZA**

AUTOR

GENESIS RAQUEL PERALTA SALVATIERRA

TUTOR

LIC. MARILU HINOJOSA GUERRERO

BABAHOYO-LOS RÍOS –ECUADOR

OCTUBRE 2019-MARZO 2020

Contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
I MARCO TEORICO	1
GENERALIDADES DE LA DIABETES MELLITUS Y PIE DIABETICO.	1
CARACTERISTICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1.	1
CARACTERISTICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.	1
SÍNTOMAS SECUDARIOS DE LA DIABETES MELLITUS.....	2
MORBILIDAD DE LA DIABETES MELLITUS.....	2
TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.....	3
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DIABETES MELLITUS.....	3
TRATAMIENTO CON INSULINA.....	3
DIAGNOSTICO.	3
COMO SE DIAGNOSTICA.....	4
OBJETIVOS DE CONTROL DE LA GLICEMIA.....	4
PIE DIABETICO.....	4
EPIDEMIOLOGÍA.	4
FISIOPATOLOGIA.....	7
NEUROPÁTIA.-	7
ISQUEMIA.....	7
INFECCION.....	8
MEDIDAS PREVENTIVAS DE RIESGO A TOMAR EN PACIENTES CON PIE DIABETICO.....	8
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	10
1.3 DATOS GENERALES.....	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	12
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.....	12

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD ACTUAL.....	12
2.3 EXAMEN FISICO.	12
VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES	13
2.4 INFORMACION DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	16
2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	17
2.6 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	17
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	18
2.8 SEGUIMIENTO.	19
2.9 OBSERVACION.	20
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	
ANEXOS.	

DEDICATORIA

El siguiente trabajo está dedicado en especial a Dios por darme fe, valor, sabiduría, perseverancia para llegar a la meta que me propuse hace años atrás.

A mi abuelo quien estuvo siempre apoyándome, a mi madre por su dedicación y cariño, inculcándome cada día valores, a mi tía que la considero como una segunda madre, gracias por ayudarme a alcanzar mis objetivos, brindarme siempre esa confianza. Por sus consejos oportunos que me permitió demostrar que con esfuerzo y sacrificio se pueden alcanzar grandes metas.

A mi esposo con quien comencé esta travesía y que sin imaginar termino siendo parte de mi vida haciendo mi sueño realidad, mis hijos que son un pilar fundamental en mi vida quienes llegaron casi en la última etapa de mi carrera y que el mayor tesoro que Dios me dio.

GENESIS RAQUEL PERALTA SALVATIERRA

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por que ha sabido guiarme en cada momento de mi vida, dándome fuerza, inteligencia para terminar con éxito esta etapa de mi vida.

Y a mis familiares en general quienes me motivaron a seguir adelante y quienes amo con mi vida. A mi padre que desde muy pequeña me enseñó que cada sacrificio tiene sus logros.

A mi esposo y mis hijos quienes son mis pilares fundamentales que hoy en día conforman mi nueva familia, mi vida entera.

GENESIS RAQUEL PERALTA SALVATIERRA

TITULO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PIE
DIABETICO EN EL AREA DE SAN VICENTE DEL HOSPITAL GENERAL
MARTIN ICAZA**

RESUMEN

El pie diabético debe considerarse un pie de riesgo ya que es más susceptible de parecer diferentes tipos de lesiones, ya sea extrínsecas o intrínsecas. Una población importante de diabéticos crónicos aparecen en sus pies lesiones caracterizadas por trastornos tróficos de la piel y de la arquitectura osteo-articular plantar, se estima que la mitad de las amputaciones de los miembros inferiores en el mundo son en pacientes diabéticos, siendo la diabetes la primera causa de amputaciones no traumáticas en los países desarrollados.

El 15% de los pacientes con diabetes desarrollaran úlceras a lo largo de su vida, entre las causas principales de las lesiones en el pie diabético tenemos, las neuropatías periféricas (afección nerviosa) la cual ocasiona pérdida de la sensibilidad en el pies por lo cual el paciente no percibe cualquier tipo de lesión, ya que conduce a la pérdida de función de los músculos intrínsecos del pie debido a que favorece la aparición de deformidades las cuales permiten el roce continua y cambios de apoyo de distribución del pie mientras camina, predisponiendo diferentes puntos del pie a la aparición de lesiones.

En cuanto a las vasculopatías (falta de riego sanguíneo) el constante aumento de glucosa en la sangre disminuye el aporte de oxígeno y nutrientes que el pies necesita, ya que ocasiona que los pequeños vasos sanguíneos que irrigan el pie se estrechen. Cuando una persona tiene una disminución de riego sanguíneo hace que sus lesiones tarden en cicatrizar y tenga un riego elevado de complicaciones futuras irreversibles.

Palabras clave: Neuropatía, vasculopatía, pie diabético

ABSTRACT

The diabetic foot should be considered a risk foot because it is more likely to look like different types of lesions, either extrinsic or intrinsic. An important population of chronic diabetics appear in their feet injuries characterized by trophic disorders of the skin and plantar osteo-articular architecture, it is estimated that half of the amputations of the lower limbs in the world are in diabetic patients, being diabetes the first cause of nontraumatic amputations in developed countries.

15% of patients with diabetes will develop ulcers throughout their lives, among the main causes of lesions in the diabetic foot we have, peripheral neuropathies (nervous condition) which causes loss of sensation in the feet so the patient does not perceive any type of injury, since it leads to the loss of function of the intrinsic muscles of the foot because it favors the appearance of deformities which allow continuous rubbing and changes in the distribution of the foot while walking, predisposing different Foot points to the appearance of lesions.

As for vasculopathies (lack of blood supply), the constant increase in blood glucose decreases the supply of oxygen and nutrients that the feet need, since it causes the small blood vessels that supply the foot to narrow. When a person has a decrease in blood flow it causes their injuries to heal and have a high risk of irreversible future complications.

Keywords: Neuropathy, vasculopathy, diabetic foot

INTRODUCCIÓN

Se considera a la diabetes como un conjunto de enfermedades metabólicas, que aparece cuando el organismo no puede controlar la cantidad de glucosa en la sangre. Esta patología está dividida en 2 tipos, la diabetes tipo 1 denominada anteriormente diabetes mellitus insulino dependiente debido a que hay una ausencia absoluta de la producción de insulina. En la diabetes tipo 2 denominada anteriormente diabetes no insulino dependiente, en este caso el cuerpo produce una cantidad de insulina insuficiente.

Se define como pie diabético a las úlceras, infección y gangrena del pie asociado con neuropatías diabéticas y diferentes grados de enfermedad arterial periférica. El pie diabético aparece cuando los niveles de glucosa son inadecuados sumados a otros factores como lo son la hipertensión arterial, hipercolesterolemia que provocan daños en los vasos a corto o largo plazo etc.

Para realizar el estudio de caso se aplicó el proceso de atención de enfermería a un paciente diabético que se encuentra hospitalizado en el área San Vicente del hospital General Martín.

I MARCO TEORICO

GENERALIDADES DE LA DIABETES MELLITUS Y PIE DIABETICO.

La palabra << diabetes>> se origina del griego y significa lo que se ve a través de (la orina) y el termino <<mellitus>> dulce como la miel por el olor de la orina. Según datos de la OMS la incidencia a nivel mundial de diabetes mellitus es del 5-6%, con una tendencia a presentarse a los 40 años de edad, para el año 2000 se estimó que alrededor de 171 millones de personas en el mundo presentaban diabetes y que aquella cifra podría llegar a 370 millones hasta el año 2030. (CORNEJO, 2010)

Podemos clasificar la diabetes de la siguiente manera:

- Tipo 1 o conocida como insulino dependiente.
- Tipo 2 o no insulino dependiente.
- Gestacional.

CARACTERISTICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1.

Su inicio suele presentarse de manera súbita y se da por la pérdida paulatina de la capacidad secretora de insulina de las células β del páncreas y se agrava tempranamente si no se administra el tratamiento oportuno. Por lo general se manifiesta a temprana edad ya sea en la infancia, adolescencia o juventud.

CARACTERISTICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.

A diferencia de la diabetes tipo 1, su aparición no suele ser tan agudo. Por lo general suele pasar desapercibida durante años debido a la falta de sintomatología lo que hace más difícil el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. (SANCHEZ, 2013)

De cada 10 pacientes 7 presenta esta patología, nueve presentan diabetes tipo 2. Se puede definir a la diabetes mellitus como un conjunto de alteraciones metabólicas las cuales afectan a múltiples órganos y tejidos, hasta la actualidad esta enfermedad no tiene cura y se caracteriza por que el paciente presenta niveles elevados de azúcar (glucosa) en la sangre. La principal característica es la baja producción de la hormona insulina secretada por la células β de los islotes de Langerhans del páncreas y su inadecuado uso por parte del cuerpo, lo cual va a tener efecto sobre el metabolismo de los lípidos hidratos de carbono y las proteínas, añadido a esto una elevada concentración de azúcar en sangre. (DELGADO, 2014).

Los principales síntomas de la Diabetes mellitus son:

- Poliuria (emisiones excesivas de orina)
- Polifagia (aumento anormal de la necesidad de comer)
- Polidipsia (incremento de la sed)
- Pérdida de peso sin razón aparente.

SÍNTOMAS SECUDARIOS DE LA DIABETES MELLITUS.

- Alteraciones en la vista.
- Dolor y parestesia
- Infecciones en encías y piel.

Con el pasar del tiempo causa complicaciones en diferentes órganos como son, los ojos, riñones, nervios y vasos sanguíneos. Entre sus complicaciones agudas podemos mencionar la hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetosico, son la consecuencia de un control inadecuado, en cuanto a sus afecciones crónicas como lo son las cardiovasculares, nefropatías, lesiones microvasculares, retinopatías y retinopatías las mismas que se debe a la progresión de la enfermedad.

MORBILIDAD DE LA DIABETES MELLITUS.

Se describirá la morbilidad de aquellas patologías que se han evidenciado como causas etiológicas o que a su vez actúa como factores de riesgo.

1. **Insuficiencia Renal.-** El diabético tiene un riesgo del 25% más que el resto de la población no diabética a sufrir problemas renales.
2. **Amaurosis.-** En el paciente diabético la progresión de las lesiones en la retina implica entre el 20 y 30% de aneurismas y en la diabetes tipo 2 el glaucoma y las cataratas tienen una mayor prevalencia que las retinopatías proliferativas como cauda de aneurismas.
3. **Isquemia cardiaca.-** La alteraciones cardiovasculares son la primer causa de muerte de diabéticos. El riesgo de muerte por cardiopatías isquémicas es de 2 a 4 veces mayor que el resto de la población.
4. **Isquemia cerebrovascular.-** La prevalencia del infarto isquémico cerebral en la población diabética menor de 65 años se estima entre el 25 y 30 %. (MOMPO, 2012)

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS.

El objetivo primordial del tratamiento de la diabetes mellitus es disminuir o normalizar los valores de glucosa en sangre y acércala en lo posible a los valores normales, evitando en lo posible la hipoglucemia.

Los pilares fundamentales del tratamiento son 4:

- La alimentación.
- Ejercicio Físico.
- Fármacos.
- La educación sanitaria.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA DIABETES MELLITUS.

Cabe recalcar que en el caso de la diabetes tipo 1, es indispensable el tratamiento con insulina y necesario para el organismo. En el caso de la diabetes tipo 2, el tratamiento dietético y el ejercicio son eficientes por muchos años, para mantener un aceptable control metabólico.

TRATAMIENTO CON INSULINA.

Esta hormona es segregada por el páncreas y su déficit intenso produce la diabetes. En la mayoría de los casos los pacientes consiguen un buen control glicémico solo con dieta o con dieta y antibióticos orales pero una tercera parte necesita esta hormona para un correcto control glicémico.

DIAGNOSTICO.

Se lo realiza mediante la medición de la glucosa en sangre y ayunas (glicemia basal) lo cual se recomienda en las siguientes circunstancias.

- En aquellos individuos que tengan una edad superior a los 45 años, si el resultado sale normal hay que repetir la prueba cada 3 años.
- En población más joven cuando hayan factores de riesgo.
- Cuando haya signos y síntomas que sugieran diabetes: poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso, retinopatía, proteinuria, infecciones urinarias constantes.

Cuando los niveles de glucosa plásmica en ayuna alcancen los valores de 110 y 125 habrá que repetir la prueba. (ROSADO, 2012)

COMO SE DIAGNOSTICA

- Una glicemia al azar, en plasma venoso, mayor a 200mg/dl
- Una glicemia plasmática en ayuna mayor o igual a 125mg/dl, en 2 tomas en distintos días.
- Una glicemia plasmática a las 2 horas de realizar el test de tolerancia oral a la glucosa >200mg/dl.

OBJETIVOS DE CONTROL DE LA GLICEMIA.

Presenta unas recomendaciones del control de la glicemia basada en 3 variables:

- Hemoglobina glicosilada HB_{1c} menor o igual a 6,5 indica los niveles medios de glucosa en sangre durante los últimos 3 meses.
- Glucemia plasma venoso en ayunas menor a 110 mg/dl.
- Autoanálisis domiciliario antes de las comidas de 100 mg/dl- 2 horas después de las comidas de 135 mg/dl (BOWKER, 2010)

PIE DIABETICO.

Entidad clínica compleja caracterizada por tres componentes principales, el neuropático, isquémico y el infeccioso. Estos componentes coexisten en distintos porcentajes en un mismo paciente y la evaluación y el manejo clínico debe basarse en la actuación sobre todos ellos.

El progreso del pie diabético se correlaciona con el control metabólico de la enfermedad. A veces es la primera manifestación en los pacientes que no se consideraban que eran diabéticos. El abordaje del pie diabético debe ser multidisciplinario un equipo de salud conformado por médicos de atención primaria, endocrinólogos, Neurólogos, podólogos, traumatólogos, Rehabilitadores y cirujanos vasculares.

EPIDEMIOLOGÍA.

El pie diabético epidemiológicamente es considerado una complicación de primer orden dado a la gran prevalencia de diabetes mellitus y al alto índice de amputaciones debido a esta enfermedad. El pie diabético considerado uno de los factores para dar ingreso a un paciente a una entidad hospitalaria. En EEUU un

20% de los pacientes son ingresados por este problema y un 2% de ellos se complican y terminan amputando alguna parte de su extremidad.

CLASIFICACION DEL PIE DIABETICO SEGÚN WAGNER.

Esta clasificación la podemos dividir en los siguientes grados:

Grado 0: Ausencia en pies de riesgo elevado.

Grado 1: Ulceras superficiales que ponen en compromiso todo el espesor del pie menos los tejidos subyacentes.

Grado 2: Ulceras que llega a tendones y músculos pero que afectan los huesos.

Grado 3: Ulceras profundas con celulitis.

Grado 4: Gangrena localizada.

Grado 5: Gangrena extensa que compromete todo el pie.

FACTORES DE RIESGO.

- Neuropatías periféricas.
- Enfermedad vascular periférica.
- Deformidades del pie.
- Movilidad articular reducida.
- Presión plantar elevada.
- Amputación previa.
- Mal control metabólico.
- Nivel socioeconómico bajo.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

- Osteomielitis.
- Linfagitis y celulitis.
- Necrosis.
- Ulceras.
- Infecciones necrotizantes de tejidos blandos

PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

Las principales pruebas diagnósticas para el control del pie diabético son:

- Ecografía de Doppler.
- sensibilidad a la temperatura.
- Exploración de la presencia de hiperalgesia.
- Inspección de la función motora.
- Inspección de la piel.

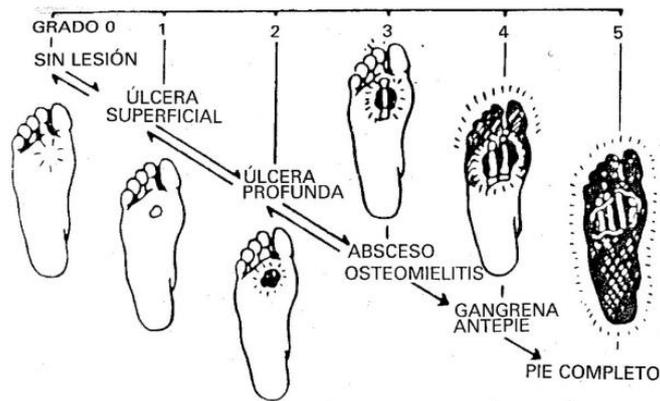
Es muy importante la inspección de la piel ya que a través de ella podemos observar la presencia de úlceras, en los pacientes diabéticos la piel permanece sin vellos, sus uñas son frágiles y tienen un riesgo elevado de hematomas subungueales.

COMPLICACIONES DEL PIE DIABETICO.

- Dolor neuropático.
- Infección.
- Isquemia.

CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN DE UN PACIENTE.

- ✓ Infección de riesgo elevado que pongan en compromiso la extremidad afectada.
- ✓ Edemas y tumefacción en los pies.
- ✓ Celulitis ascendente.
- ✓ Respuesta inadecuada al tratamiento correcto.
- ✓ Hiperglicemia.
- ✓ Osteomielitis.
- ✓ Sepsis.
- ✓ Insuficiencia renal.
- ✓ Deshidratación.



TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Con respecto al papel de enfermería referente al pie diabético, no hay que dejar de lado el tratamiento farmacológico, ya que es el responsable de administrar dicho tratamiento. Para tratar las lesiones de Wagner tipo I Y II se emplea antibioterapia más analgésicos.

FISIOPATOLOGIA.

NEUROPATÍA.-

Es la base fundamental sobre la cual se desarrolla el pie diabético. Se trata de una Polineuropatía que afecta tanto al sistema nervioso como vegetativo. La aparición de esta de igual manera que la neuropatía y la retinopatía van a depender del tiempo que el paciente tenga la enfermedad. Hay 2 teorías, la primera se establece a partir de observaciones de los engrosamientos de las paredes de la vasa nervorum los cuales con el tiempo conllevan a una obstrucción de los mismos y a daños en los nervios. La segunda teoría se basa en la acumulación del sorbitol secundario a la hiperglucemia lo que ocasiona la desmielinización de los nervios periféricos. (VAQUERO, 2012)

ISQUEMIA.

Es una consecuencia directa de la macroangiopatía, manifestada en forma de enfermedad arterial periférica (EAP). La EAP es una de las manifestaciones clínicas de los procesos aterotromboticos conjuntamente con la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica. El déficit de aporte sanguíneo al pie de traduce en una mayor dificultad para el proceso de cicatrización de las lesiones

producidas por la neuropatías y a su vez como una menor capacidad de defensa frente a infecciones.

INFECCION.

El riesgo de infección que se puede evidenciar en el pie diabético se debe a la pérdida de la continuidad de la envoltura cutánea del pie ocasionado por las neuropatías que causan muchas lesiones y a la isquemia que retarda su proceso de cicatrización. Esto da lugar a una puerta de entrada de diferentes microorganismos. (CASTRO MARTINEZ & AGUILAR SALINAS, 2010)

ANTIBIOTICOS UTILIZADOS:

- ✓ Moxifloxacina 400 mg c/24 h.
- ✓ Levofloxacino 500 mg c/12-24 h.
- ✓ Clindamicina 150-450 mg c/6h.

Lesiones de Wagner tipo III o mayores.

- ✓ Piperacilina /tazobactam 4/0,5 gr c/6-8 h
- ✓ Imipenen 1 gr c/6-12 h iv
- ✓ Meropenen 1-2 gr IV c/8h.
- ✓ Levofloxacino 250-500 mg iv c/12 h o amikacina iv 15mg/kg/día

MEDIDAS PREVENTIVAS DE RIESGO A TOMAR EN PACIENTES CON PIE DIABETICO.

- No fumar.
- Control diario de los niveles de glucosa.
- Higiene diaria de los pies.
- Inspección diaria de los pies para descartar posibles lesiones.
- Secado cuidadoso.
- No emplear productos que puedan irritar la piel.
- Limar las uñas en línea recta.
- Hidratación.
- No andar descalzos en casa ni fuera de ella y utilizar un calzado adecuado.
- Revisar el interior del calzado antes de ponérselo para descartar algún objeto o cualquier irregularidad que puedan tener los zapatos.

- Realizar cambio diarios de calcetines.

1.1 JUSTIFICACIÓN.

El siguiente trabajo va justificado aplicando el proceso de atención de enfermería en un paciente con pie diabético, que permite detectar y priorizar las necesidades principales a través de una valoración para obtener datos del paciente estableciendo un diagnóstico y una planificación de actividades preventiva y educativas.

Por tal motivo este estudio de caso a realizar beneficia a todo interesado en conocer las actividades de enfermería al paciente con pie diabético y en casos extremos de necrosis encaminados a una amputación total o parcial de un miembro afectado, dado que, en el mismo se presentan planes de cuidados basados en las taxonomías NANDA, NOC Y NIC con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden en busca de atención en su salud.

Cabe destacar que es importante brindar los cuidados de enfermería con calidad y calidez otorgando así una atención integral e individual del paciente con el fin que se permita verificar si se cumple la estrategia y así concientizar y fomentar el autocuidado de cada paciente.

1.2 OBJETIVOS.

1.2.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar un plan particularizado de cuidados de enfermería para una paciente de sexo femenino de 68 años de edad con pie diabético.

1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.

- Valor a la paciente para determinar las causas de su problema de salud.
- Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas identificados utilizando la taxonomía NANDA.
- Planificar las acciones de enfermería priorizando los problemas identificados.
- Ejecutar las acciones de enfermería proyectadas para lograr la recuperación de la salud del paciente.
- Evaluar los resultados logrados, posterior a la ejecución de las acciones de enfermería establecidas.

1.3 DATOS GENERALES.

NOMBRES Y APELLIDOS: NN

EDAD: 68

RAZA: MESTIZO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: PORTOVIEJO-6 DE MAYO DE 1957.

LUGAR DE PROCEDENCIA: MANABI

RESIDENCIA ACTUAL: SANTIAGO DE ROLDOS- PARROQUIA XIMENA

SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: CASADA

GRUPO SANGUINEOS: O RH (+)

RELIGION: CATOLICA

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE.

Paciente de sexo femenino de 68 años de acude en compañía de su hija a emergencia del hospital por presentar lesiones en su pie izquierdo en tercer y cuarto dedo con signos de flogosis, la paciente manifiesta que se realizaba curaciones domiciliarias con alcohol sin mostrar alguna mejoría y acude por que hace 3 días se da cuenta que presenta necrosis un su tercer y cuarto dedo del pie izquierdo y aumento considerables de las secreciones purulenta, acompañado de dolor con edema, eritema en la región dorsal del pie, además manifiesta antecedentes patológicos personales de hipertensión controlada más antecedentes patológicos quirúrgicos amputación suprarotuliana derecha hace 10 meses.

Presenta los siguientes signos vitales PA: 163/63; FC: 85 FR:20 X; T: 37,5 °C; SPO2:98%, glicemia capilar 146 mg/dl, paciente es valorada por medicina general quien previamente la deriva a medicina vascular, quien indica con su revaloración la amputación del tercer y cuarto dedo del pie izquierdo.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente refiere que desde hace 2 meses presento una lesión en el pie izquierdo la cual manifestó que le realizaban curaciones domiciliarias con alcohol las cuales no ayudaron a cicatrizar la herida, razón por la cual la paciente hoy presenta lesiones en el tercer y cuarto dedo del pie izquierdo con secreciones purulentas, edema, dolor motivo por el cual la pacientes es ingresada para brindarles un tratamiento adecuado.

2.3 EXAMEN FISICO.

INSPECCION GENERAL

Actitud: Decúbito dorsal somnoliento.

Piel: Pálida.

Facies: SemiPálida

Marcha y movimientos: Necesita ayuda para poder movilizarse.

Estado de conciencia: Somnolienta.

EXAMEN FISICO-CEFALOCAUDAL.

Cabeza: Normo céfalo, cabello con buena implantación sin presencia de lesiones o laceraciones.

Pabellones auriculares: simétricos sin anomalías.

Fosas nasales: simétricas, vías aéreas permeables, sin presencia de lesiones o secreciones.

Mucosas: semirosadas y húmedas labios poco hidratado.

Cuello: simétrico sin presencia de adenopatías.

Tórax: expansión morfológica normal y simétrico.

Abdomen: blando y depresible a la palpación, no doloroso,

Extremidades superiores: simétricas sin edemas

Extremidades Inferiores: amputación suprarotuliana de pierna derecha y presencia de edema en una lesión de tercer y cuarto dedo de pie izquierdo.

VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES.

1.- Patrón percepción - manejo de la salud.

➤ **¿Cómo percibe el paciente su estado de salud?**

Se considera enferma debido a que su salud se ha visto afectada desde 10 años por padecer diabetes mellitus y su estado de salud ha decaído con mayor intensidad desde hace 2 meses al presentar una lesión de tercer y cuarto dedo del pie izquierdo.

➤ **¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud?**

Ninguna

➤ **¿Realiza actividades preventivas para su salud de acuerdo a su edad o sexo?**

La paciente no asiste de manera rutinaria a sus controles y no lleva una alimentación adecuada según su cuadro clínico.

➤ **¿Ha sufrido accidentes tanto en el hogar, trabajo o tráfico?**

Presenta dificultades para moverse debido que hace 10 meses tuvo una amputación suprarotuliana, motivo por el cual está expuesta a caídas.

➤ **¿Sigue correctamente el tratamiento prescrito por el profesional de salud?**

No llega un apego terapéutico adecuado debido a que no asiste al centro de salud de manera periódica.

➤ **¿Es alérgico a alguna sustancia?**

La paciente indica no ser alérgica ningún tipo de fármacos

➤ **¿Ha tenido ingresos hospitalarios**

Hace 10 meses tuvo una intervención quirúrgica (amputación suprarotuliana)

➤ **¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?**

2.- Patrón Nutricional Metabólico.

➤ **¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria?**

No lleva una dieta adecuada debido a su economía, la paciente indica que consume con mayor frecuencia carbohidratos pocos lácteos y verduras.

➤ **¿Cuál es la ingesta típica de líquidos al día?**

Indica que toma 2 litros de agua al día.

➤ **¿Cómo es su apetito?**

En los últimos días ha disminuido

➤ **¿Cuál es el estado de su piel y mucosas? ¿Existen lesiones en ellas y cuáles son las características de la misma?**

Presenta una coloración pálida en piel y mucosas, además tiene una lesión en su pie desde hace dos meses la misma que a pesar de realizar curaciones domiciliarias no ha evolucionado de manera favorable, al momento la lesión del tercer y cuarto dedo del pie izquierdo presenta secreciones purulentas, dolor, edema.

➤ **¿Qué temperatura corporal tiene?**

Tiene una temperatura de 36,5 °c

3.- Patrón Eliminación.

- **¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a sus frecuencias?**

Son de color amarillentas y pastosas.

- **¿Existen molestias? ¿Hay problemas en su control?.**

Realiza 2 deposiciones diarias sin problemas.

- **¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria?¿Hay dificultades para la micción ?**

Realiza de 3 a 4 micciones por día, sin dificultades.

- **¿Cómo es la sudoración del paciente?**

Normal

- **¿El paciente es portador de drenaje o sonda?**

La paciente utiliza pañales (Por su proceso quirurgico)

4.- Patrón Actividad-Reposo

- **¿Tiene fuerza, energía, suficientes para afrontar las actividades de la vida diaria?**

Si

- **¿Realiza algún tipo de ejercicio con regularidad?**

No realiza ningún tipo de ejercicio.

- **¿Qué grado de independencia tiene el paciente para el autocuidado: alimentación, baño, aseo, vestido movilidad en la cama y movilidad general?**

Se ha visto disminuido debido a la intervención quirúrgica que tuvo hace 10 meses, motivo por el cual una hija la acompaña y le ayuda en sus quehaceres diarios.

- **¿Realiza actividades de ocio?**

Le gusta salir al parque en su silla de rueda.

- **¿Cómo es su presión arterial?**

Es hipertensa pero controla su presión con losartan de 100 mg

5.- Patrón Sueño – Descanso

- **¿Cuántas horas duerme diariamente?**

Entre 6 a 7 horas.

- **¿Concilia bien el sueño?**

Si no tiene problemas para dormir.

- **¿Cuándo se levanta lo hace descanso y con energía suficiente para comenzar el día?**

Si

- **¿Toma alguna sustancia para dormir?**

Ninguna

- **¿Toma periodos de descanso o relax durante el día?**

Toma una siesta en la tarde.

6.- Patrón Cognitivo- perceptivo

- **¿Dificultad para ver u oír correctamente?**

Utiliza lentes.

- **¿Tiene alteraciones en el sentido del gusto, olfato o tacto?**

Ninguna

- **¿Le es difícil centrar la memoria, concentrarse?**

Si un poco

- **¿Le es fácil tomar decisiones?**

A veces necesita ayuda para la toma de decisiones.

- **¿Siente dolor o malestar físico?**

Presenta malestar general.

7.- Patrón Autopercepción – AUTOCOMCEPTO

- **¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?**

Su autoestima es baja debido a su aspecto físico debido a la amputación.

➤ **¿Se han producido cambios en su cuerpo?**

Si hace 10 meses paso por un proceso quirúrgico que consistió en la amputación suprarotuliana de la pierna derecha y recientemente le amputaron sus 3 y 4 dedos del pie izquierdo.

➤ **¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?**

Se enoja con mucha frecuencia, tiene miedo a quedarse sola.

➤ **¿Suele estar con ansiedad o depresivo?**

Se deprime con frecuencia al no poder realizar todas sus actividades diarias con facilidad.

➤ **¿Tiene periodos de desesperanza?**

En ocasiones se siente sin ganas de vivir porque cree que representa una carga para su familia.

8.- Patrón Rol Relaciones

➤ **¿Vive sola o con algún familiar?**

Desde hace unos meses vive con su hija

➤ **¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?**

No

➤ **¿Cómo vive el seno familiar con la enfermedad actual?**

El ambiente familiar se encuentra tenso debido a la preocupación de perder a su familiar.

➤ **¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?**

Si

➤ **¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?**

Si tiene amigos con los cuales lleva una gran relación de amistad desde hace ya muchos años.

9.- Patrón sexualidad y reproducción

¿A qué edad comenzó su menopausia?

Comenzó su climaterio a la edad de 50 años.

¿Ha tenido sangrados vaginales después de su menopausia?

No refiere.

¿Tiene sequedad vaginal?

Manifiesta que en ocasiones se siente un poco con malestar.

¿Ha padecido alguna vez enfermedades de transmisión sexual?

No refiere.

10.- Patrón adaptación tolerancia al Estrés.

- **¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?**

La amputación de su extremidad inferior izquierda ha repercutido mucho en su estado de ánimo.

- **¿Tiene alguien cercano a quien le puede contar sus problemas con confianza?**

Si su hija que a quien le cuenta sus problemas cuando es necesario.

- **¿Cómo trata los problemas cuando se le presentan?**

Siempre busca ayuda en las personas más cercana a ella.

11.- Patrón Valores – Creencias

- **¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?**

Ella indica que es de vital importancia llevar una vida basada en la creencia en Dios.

- **¿Su estado de salud actual le interfiere con alguna práctica religiosa que desee practicar?**

En los últimos meses se ha visto imposibilitada de asistir con frecuencia a la iglesia debido a su estado de salud delicado.

- **¿Qué opina de la enfermedad y la muerte?**

Desearía no tener la enfermedad que padece, aunque ella entiende que la muerte es algo natural de todo ser vivo.

Patrones Funcionales Alterados

Patrón 1: Percepción – Manejo De La Salud

Patrón 2: Nutricional Metabólico

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Patrón 11: Seguridad protección

Patrón 12: Confort

NANDA: Seguridad Y
Protección # 11
NOC: Salud Fisiológica II
NIC: Seguridad IV

DX: RIESGO DE INFECCION 0004

R/C: Enfermedad cronica.

E/P: Alteraciones en la integridad de la piel.

M
E
T
A
s

Dominio: II Salud fisiológica

Clase : L- Integridad tisular

Etiqueta: 1103 Curación de la herida por segunda intención.

Campo: IV Seguridad

Clase: V-Control de riesgo

Etiqueta: 6550 Protección contra infecciones

ESCALA DE LIKERT

ANTES

DESPUÉS

INDICADORES	1	2	3	4	5
Secreción purulenta -110303	X				
Secreción sanguinolenta -110305		X			
Inflamación de la herida - 110322		X			
Necrosis-110312	X				
Olor de herida-110317		X			

ACTIVIDADES:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso.
- Utilizar los antibióticos con sensatez.

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: Seguridad Y
 Protección #11
 NOC: Salud Fisiológica II
 NIC: Fisiológico Complejo II

DX: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR 00044

M
E
T
A
s

R/C: Alteraciones en la circulación.

E/P: lesión tisular o destrucción tisular.

Dominio II: Salud fisiológica

Clase: L- Integridad tisular

Etiqueta: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Clase: L Control de piel/heridas

Etiqueta: 3420 Cuidados en pacientes amputados

ESCALA DE LIKERT **ANTES** **DESPUÉS**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Pigmentación anormal- 110105		X			
Necrosis-110123	X				
Perfusión tisular- 110111		X			
Sensibilidad- 110102		X			
Lesiones cutáneas- 110115			X		

ACTIVIDADES:

- Control de signos vitales.
- Animar al paciente a participar en la decisión de amputar, cuando sea posible.
- Dar información de apoyo antes y después de la cirugía.
- Observar los tejidos para evaluar la integridad cutánea.

2.4 INFORMACION DE LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Se realizan estudios de laboratorio como hematología y glicemia capilar.

EXAMEN DE GLICEMIA CAPILAR

Por su resultado establecido, se puede observar que el paciente tiene el nivel de glucosa elevado, fuera del rango referencial.

EXAMEN	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
GLUCOSA	146	70- 110 mg/dl

BIOMETRIA HEMATICA

Por su resultado establecido, se puede evidenciar que el paciente tiene una anemia leve, estudios de laboratorio que se realizaron en días distintos.

Examen	Resultados		Unidad	Rango referencial
	09/01/2020	12/01/2020		
LEUCOCITOS	9	9,8	10 ³ /uL	4-10
NEUTROFILOS	69,8	66,7	10 ³ /uL	1.5-7
LINFOCITOS	20,3		10 ³ /uL	20-40
HEMOGLOBINA	10,4	9,7	g/dl	12-17
HEMATOCRITO	31	29	%	42-51
VPM	8		Fl	6.5-12
PLAQUETAS	437	444	10 ³ /uL	150-450
GLUCOSA	149	134	mg/ dl	70-110
POTACIO	4,72			
CL	107			
SODIO	140			
CREATININA	1,54			
UREA	62,06			
BUN	29			
TP	13,7	14,9		
TPT	32,7			

2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

- **Diagnostico Presuntivo:** Pie diabético producido por diabetes mellitus tipo 2.
- **Diagnóstico Definitivo:** Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones circulatorias periféricas.

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

BIOLÓGICOS: El paciente no cumplió con una dieta adecuada para su patología.

AMBIENTALES: El sector donde vive es rural-marginal, motivo por el cual se le hace difícil acudir al centro de salud.

FÍSICOS: Tiene dificultad para moverse debido que hace 10 meses le realizaron una intervención quirúrgica suprarotuliana de la pierna derecha, y desde hace 2 meses presenta problemas en su tercer y cuarto dedo del pie izquierdo.

SOCIALES: Tiene una buena relación con su familia.

CONDUCTA A SEGUIR.

El tratamiento del pie diabético se debe realizar después de la valoración de los exámenes de laboratorio como hematología, uroanálisis y examen de glicemia, además de la valoración del equipo multidisciplinario.

MEDIDAS ESPECÍFICAS O PRIMERA LINEA.

- Cloruro de sodio 0,9% 1000ml iv a 84ml/h.
- Omeprazol 40 mg iv c/día.
- Losartan 100 mg vo c/día.
- Clindamicina 600 mg iv c/8h.

MEDIDAS ESPECÍFICAS O SEGUNDA LINEA.

- Cloruro de sodio 0,9% 1000ml iv a 100ml/h.
- Omeprazol 40 mg iv c/día.
- Clindamicina 600 mg iv c/12h.
- Paracetamol 1g Iv c/8h.
- Ciprofloxacina 290 mg Iv c/12h

EFFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO

- Respuesta inadecuada al tratamiento
- Intolerancia y/o alergia a los fármacos

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Al ingreso de monitorización de constantes de signos vitales, se realizo toma de muestra de laboratorio peso, talla, índice de masa corporal, se acordó la dieta para diabético, para comer en porciones durante el día, se prestó mucha atención a las cantidades de carbohidratos que ingiere, beber líquidos entre las comidas. Se realizan el control de la glucosa capilar durante la estancia hospitalaria para evidenciar los niveles se concentración de la glucosa en la sangre y respectivas curaciones luego de la amputación de miembro afectado.

Evidenciando el déficit de autocuidado que existe en la paciente, por motivos antes prescritos se elige el teorizante de Dorothea Orem, el cual explica las causas que conlleva el no tener un autocuidado adecuado determinando la instancia de enfermería con la finalidad de obtener resultados favorables

La teoría de déficit de autocuidado describe y explica las acusas que pueden provocar dicho déficit, también determina cuándo y por qué se necesita la intervención de enfermería por lo tanto el déficit de autocuidado es la falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento favorable. (M, 2012, págs. 9-12)

2.8 SEGUIMIENTO.

Desde el ingreso hospitalario se ha seguido las indicaciones del médico tratante para la paciente con pie diabético con amputación de tercer y cuarto dedo del pie izquierdo.

Actividades Generales:

- Control de signos vitales.
- Canalización de vía periférica.
- Control de glicemia capilar.
- Entregar órdenes de exámenes a laboratorio.
- Brindar una dieta para diabético.
- Aplicación de la medicación prescrita por el médico.
- Balance hídrico.
- Mantener una ambiente de confort.
- Educación de la paciente.
- Comunicar novedades al médico de turno.
- Asistencia en curaciones previa a la amputación.

Paciente de sexo femenino se encuentra orientada en tiempo y espacio, afebril, con vía endovenosa permeable, hemodinámicamente estable, es preparada para proceso quirúrgico, presenta los siguientes signos vitales PA: 130/80 mmhg SPO2:98 FC: 70 FR: 20 X; T: 36,5 °C.

Paciente es llevada a quirófano, hora de anestesia 1:50 pm por la Dra. Jiménez previa asepsia y antisepsia para proceder a cirugía con diagnóstico de 3 y 4 to dedo del pie izquierdo el Dr. Pilco. Pasa paciente del quirófano a postoperatorio consiente con vía periférica permeable, con apósitos secos quedando todo sin novedad.

Medicamentos y Fluidos.

- Solución salina al 0,9% 1000 ml pasar 100 ml/h.
- Omeprazol 40 mg iv c/día.
- Clindamicina 600 mg iv c/12 h.
- Paracetamol 1 g iv c/8h.

- Ciprofloxacina 200 mg iv c/12h.

2.9 OBSERVACION.

- Todo nos ayudó a identificar diferentes factores que influyeron en la evolución de este caso.
- se revisó artículos, diferentes bibliografías con el fin de profundizar conocimientos acerca del tema y poder evaluar en conjunto con el caso clínico su diagnóstico y manejo.
- se realiza una entrevista a la paciente y a su familiar para recordar datos que nos ayudan a brindar cuidados específicos y mejorar su salud, por lo que se mostraron muy colaboradores y brindaron la información necesaria y requerida.

CONCLUSIONES

En conclusión, se manifestó que, al aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con pie diabético más amputación del tercer y cuarto dedo del pie izquierdo, permitió conocer fondo de manera práctica y sencilla el proceso fisiopatológico y las complicaciones que puede ocasionar no solo una infección, sino llevar a una amputación más compleja o a la muerte, de no ser tratado a tiempo, lo que permitió realizar intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades requeridas por el paciente para así lograr su pronta recuperación.

La valoración de enfermería céfalo-caudal y por los patrones funcionales de Marjory Gordon permitió identificar las necesidades y problemas de salud que el paciente manifiesta, determinando un diagnóstico prioritario en base a la clínica y respuestas humanas, y elaborar un plan de cuidados de enfermería en evidencia científica para dirigir las acciones de enfermería y lograr los resultados planteados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Bibliografía

- BOWKER, J. H. (2010). *EL PIE DIABETICO*. BARCELONA: EL SEVIER MOSBY.
- CASTRO MARTINEZ, M. G., & AGUILAR SALINAS, C. (2010). *COMPLICACIONES CRONICAS DE LA DIABETES MELLITUS*. MEXICO: ALLIL.
- CORNEJO, M. H. (2010). *DIABETES MELLITUS*. MEXICO: ALLIL.
- DELGADO, J. S. (2014). *TRATAMIENTO DEL PIE DIABETICO MEDIANTE FEEDBACK DE FLUJO REGENERATIVO*. ESPAÑA: ELSEVIER.
- GARCIA, C. (OCTUBRE 2010).
- M, C. G. (2012). *ANTOLOGIA-PLEACE*. MEXICO: PEDILOPEZ.
- MOMPO, J. M.-J. (2012). *TRATAMIENTO DEL PIE DIABETICO* . MADRID: JARPYO.
- ROSADO, S. C. (2012). *CUIDADOS DE ENFERMERIA EN DIABETES MELLITUS*. ESPAÑA: BOBUK.
- SANCHEZ, R. P. (2013). *MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS Y TÉCNICAS DE ENFERMERIA*. ESPAÑA: BUBOK PUBLISHING.
- VAQUERO, C. (2012). *PIE DIABÉTICO*. MEXICO: VALLADOLID.

ANEXOS.

