



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
INFECTADO EN UN HOSPITAL PÚBLICO,
CHICLAYO-2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN ENFERMERÍA**

Autora:

Fernández Hernández, Claudia Krystel

Asesora:

Mg. Heredia Llatas, Flor Delicia

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2020

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
INFECTADO EN UN HOSPITAL PÚBLICO,
CHICLAYO-2019**

**PRESENTADO POR:
FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ CLAUDIA KRYSTEL**

**A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán
Para optar el grado:
BACHILLER EN ENFERMERÍA**

Mg. Vargas Cabrera Cindy Elizabeth
PRESIDENTA

Mg. Calderón Ruiz Myriam
SECRETARIA

Mg. Heredia Llatas Flor Delicia
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por cuidarme, darme las fuerzas para seguir adelante y lograr ser una excelente persona y profesional.

A mis padres por estar siempre conmigo acompañándome y guiarme en mi vida personal y profesional. A mi hermano por ser mi mejor amigo y compañero en múltiples luchas

A mi asesora por sus enseñanzas, con su guía ha sabido orientarme y motivarme a seguir adelante.

A esas personas que ya no está junto a mí, pero desde el cielo iluminan mi camino

Claudia Fernández Hernández

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecirme y guiarme en esta hermosa carrera profesional que tanto me apasiona.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional, siempre estuvieron acompañándome y dándome fuerza para vencer las dificultades que se presentaban. A mi hermano, que es un amigo, compañero, siempre sentí tu apoyo cuando más lo necesitaba.

A mis tías, tíos, primos y abuelos por brindarme su amor y las fuerzas necesarias con cada palabra de aliento.

A mis ángeles que se encuentran en el cielo mis abuelos, quienes me enseñaron a trabajar duro por mis objetivos.

Claudia Fernández Hernández

RESUMEN

El proceso de enfermería es un sistema estructurado, cuyo principal objetivo es reconocer el estado de salud del individuo, engloba un conjunto de acciones basadas en el conocimiento científico – práctico con el fin de favorecer la salud y mejorar la calidad de vida. El PAE fue aplicado a un adulto mayor de 79 años con diagnóstico médico: diabetes mellitus tipo 2, pie diabético infectado, internado en un hospital público de Chiclayo, el cual nos permitió identificar problemas reales y potenciales, para poder desarrollar intervenciones enfocadas en la mejora del paciente. El estudio se basó en la teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Orem que engloba: la teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, que establece la identificación de factores que afecten la salud para desarrollar acciones de autocuidado para mejorar la calidad de vida y salud. La investigación se desarrolló aplicando las cinco etapas de proceso de atención de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para la recolección de datos se realizó la valoración clínica, entrevista e historia clínica. Se concluye con un total de 11 diagnósticos de los cuales 7 diagnósticos fueron reales y 4 de riesgo, teniendo como diagnóstico real priorizado: Perfusión tisular periférica ineficaz, por ello se realizaron actividades enfocadas a la mejora de la circulación lográndose en un 80% la meta del objetivo, de la misma manera se priorizó un diagnóstico de riesgo, siendo este el nivel de glucemia inestable lográndose cumplir con el objetivo en un 100%.

Palabras claves: Adulto mayor, diabetes mellitus tipo II, Dorothea Orem, pie diabético.

ABSTRACT

The nursing process is a structured system, whose main objective is to recognize the state of health of the individual, encompassing a set of actions based on scientific knowledge - practical in order to promote health and improve quality of life. The ECP was applied to an adult over 79 years of age with a medical diagnosis: type 2 diabetes mellitus, infected diabetic foot, admitted to a public hospital in Chiclayo, which allowed us to identify real and potential problems, in order to develop interventions focused on improving the patient. The study was based on Dorothea Orem's theory of self-care deficit which includes: the theory of self-care, theory of self-care deficit and the theory of nursing systems, which establishes the identification of factors that affect health in order to develop self-care actions to improve quality of life and health. The research was developed by applying the five stages of the nursing care process: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. For data collection, clinical assessment, interview and clinical history were carried out. The study concluded with a total of 11 diagnoses of which 7 were real diagnoses and 4 were risk diagnoses, having as real diagnosis prioritized: Inefficient peripheral tissue perfusion. For this reason, activities focused on improving circulation were carried out, achieving the objective by 80%, in the same way a risk diagnosis was prioritized, being this the level of unstable glycemia, achieving the objective by 100%.

Key words: Older adult, diabetes mellitus type II, Dorothea Orem, diabetic foot,

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| RESUMEN | v |
| ABRSTRACT | vi |
| ÍNDICE | vii |
| I. INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1.1. Valoración según dominios | 9 |
| 1.1.1.Historia de salud de enfermería. Valoración individual..... | 10 |
| 1.1.2.Examen físico..... | 12 |
| 1.1.3.Situación de enfermería..... | 13 |
| 1.2. Análisis y confrontación con la literatura | 15 |
| 1.3. Formulación del diagnóstico según NANDA..... | 23 |
| II. MATERIAL Y MÉTODO | 25 |
| 2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos | 25 |
| 2.2. Aspectos éticos..... | 25 |
| 2.3. Criterios éticos básicos..... | 26 |
| 2.4. Criterios de rigor científico..... | 26 |
| 2.5. Planificación del cuidado NIC..... | 27 |
| III. RESULTADO Y DISCUSIÓN | 54 |
| IV. CONCLUSIONES | 60 |
| REFERENCIAS | 62 |

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería, ciencia basada en conocimientos y bases teóricas que al aplicar el método científico se obtiene el proceso de atención enfermero, el cual requiere del desarrollo de saberes, habilidades interpersonales, técnicas enfocadas en la solución de problemas y la toma de decisiones para hacer énfasis en la mejora de salud del paciente¹.

El proceso de enfermería, método racional y sistemático cuyo principal objetivo es reconocer el estado de salud del individuo (problemas reales y potenciales), para desarrollar intervenciones que satisfagan sus necesidades, orientadas a obtener o mejorar la salud². El proceso actual es aplicado a un adulto mayor de 79 años con diagnóstico médico: diabetes mellitus tipo 2, pie diabético infectado, se tuvo en cuenta los cambios y transformaciones generados por la relación entre elementos internos (genéticos) y externos (ambientales), protectores o agresores (factores de riesgo) que se evidencian en la pérdida de la salud, convirtiéndolos en un grupo etario susceptible³. La patología crónica diabetes mellitus tipo 2, es considerada un problema de salud pública, siendo la enfermedad no transmisible con mayor predominio, causante de múltiples complicaciones agudas y crónicas, limitaciones y discapacidades; originando 3.7 millones de muertes al año⁴. Así mismo una de las complicaciones es el pie diabético que altera la funcionalidad del organismo, que genera úlceras generando susceptibilidad a las infecciones, destrucción de tejidos⁵, lo que aumenta 8 veces más el riesgo de amputación⁶.

El estudio se realizó bajo la teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Orem que integra: la teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería⁷, que establecen la identificación de factores que afecten la salud y así poder desarrollar acciones de autocuidado para mejorar la calidad de vida.

La investigación se estructuró en 4 capítulos: capítulo I: el autor aborda la valoración, situación problemática, análisis y confrontación con la literatura y formulación de diagnósticos NANDA. El capítulo II: comprende material y métodos, aspectos éticos y planificación. El capítulo III: muestra los resultados obtenidos y la discusión. Por último, en el capítulo IV: Formulación de las conclusiones de la investigación.

1.1. Valoración según dominios

Los dominios de enfermería, son referencias para establecer cuidados integrales en respuesta a los problemas de salud del individuo, encontrándose afectados 05 dominios⁸.

Dominio 1: Promoción de la salud

Adulto mayor CLJ de 79 años de edad, con patología crónica diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente, con presencia de complicación: pie diabético infectado.

Grado de instrucción: Primaria completa

Paciente refiere: "...hace 15 años tengo diabetes, pero la verdad no me cuido mucho y no he ido al doctor seguido, sólo mis hijos me apoyan para ponerme mi medicina..."

Dominio 2: Nutrición

Hemogluco test de ingreso: 420 mg/dl

Hemogluco test (fecha de visita): 110 mg/ dl

Dominio 4: Actividad y Reposo

Movilidad: Limitada

Perfusión tisular: Periférica comprometida – Pie diabético

Amputación previa de MII

Paciente refiere: "...no sentía nada en mi pie, estaba como entumecido...", "... tengo problemas para moverme por la herida en mi pie y por mi amputación anterior...",

Halitosis

Uñas largas con restos de tierra

Dominio 11: Seguridad y Protección

Palidez: +/+++

Hemoglobina: 11gr/ dl.

Vía periférica en MSD perfundiendo Na Cl 9% a 20 gotas x´

Piel: Úlceras en falanges metatarsianas del 3 y 4 con secreción purulenta con mal olor y tejido de granulación en el 5 dedo en MID.

Pie diabético MID

Dominio 12: confort

Adulto mayor se encuentra manifiesta dolor, según escala EVA 3/10

1.1.1. Historia de salud de enfermería. Valoración individual.

DATOS DE FILIACIÓN

1. **Nombre:** Cercado Lumba Juan.
2. **Edad:** 79 años
3. **Etapa de la vida:** Adulto mayor
4. **Estado civil:** casado
5. **Número de hijos:** 8 hijos
6. **Lugar de nacimiento o procedencia:** Chiclayo
7. **Religión:** católica
8. **Fecha de ingreso:** 19 de setiembre del 2019
9. **Motivo de ingreso:** Paciente presenta herida y dolor en el pie
10. **Diagnostico medico:**
 - Diabetes Mellitus II insulino dependiente con complicaciones macro y micro vasculares.
 - Pie Diabético derecho infectado clasificación Wagner III
11. **Tratamiento médico de inicio:**
 - Reposo
 - CSV
 - Na Cl 9% x 1000 c.c. } 14 gotas
 - K Cl 20% (1) }
 - Cefepime 2 gr. EV c/12 h
 - Metronidazol 1 gr. EV c/8 h
 - Vancomicina 1 gr. EV c/12 h
 - HGT 10 pm – 6 am
 - Escala correctiva
 - 180 – 210: 2 UI SC

- 210 – 250: 4 UI SC

- 250: 6 UI SC

- Insulina NPH 6 UI SC: 7 am

- Insulina NPH 6 UI SC: 7 pm

- Furosemida 1 amp EV en turno de cada 6 h

- Control de micción cada 6h

- Fitomenadiona 10 gr. 1 amp. SC c/ 24h.

12. Antecedentes personales:

Reacción Adversa a Medicamentos: Ninguno

Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus II

Antecedentes quirúrgicos: Amputación en MII

13. Antecedentes familiares:

Tipo de familia: Extensa

Dinámica familiar: Familia funcional.

14. Redes de apoyo:

Iglesia: Ninguna

Centro educativo: Ninguna

15. Vivienda

Características de la vivienda: Material noble

Saneamiento básico: Agua, desagüe, luz, etc.

1.1.2. Examen físico

El examen físico, es de naturaleza cefalocaudal, siendo el principal método para la obtención de datos objetivos, observables y medibles del paciente ⁹.

- Aspecto general: somnoliento, quejumbroso, palidez +/-
- Medidas antropométricas: Peso: 55kg. Talla: 1, 55cm. IMC: 22.9 kg/ m² (Normal)
- Funciones vitales: F.R:18, F.C: 70, T: 36.6 (axilar), P.A:120/70 mmHg, SO₂: 97%
- Cabeza: normocéfalo, sin presencia de lesiones.
- Cabello: limpio, implantación normal.
- Ojos: simétricos, reactivos a la luz, párpados sin lesiones aparentes ni edema.
- Oídos: Pabellón auricular simétricos e íntegros, aparentemente limpios, normoacusia.
- Nariz: forma y simetría normal, permeabilidad de ambas fosas nasales sin presencia de lesiones ni secreciones.
- Boca: halitosis, paladar y dentadura íntegra, mucosas y encías sin presencia de lesiones.
- Cuello: simetría conservada, pulso carotídeo intacto, sin limitación de movimientos como flexión, extensión y rotación ni presencia de dolor, ausencia de adenopatías.
- Columna vertebral: Sin presencia de anomalías espinales, ni masas ni lesiones evidentes a la palpación ni observación.
- Tórax: simétrico, normoexpansible, patrón respiratorio regular, sin presencia de sonidos adventicios, no tiraje ni retracciones subcostales.
- Uñas: largas con restos de tierra y quebradizas
- Abdomen: blando/depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, sin presencia de hernias masas visibles o palpables.
- Extremidades:
 - Superiores: Simetría en ambas extremidades, presenta tono muscular activo, no existe rigidez ni contracturas musculares, ni edema.
 - Inferiores: A la palpación superficial, miembro inferior derecho doloroso y rígido, con úlcera en falanges metatarsianas del 3 y 4 y tejido de granulación en el 5 dedo.
 - Amputación previa de MII
- Genitales: Higiene conservada, saco escrotal con presencia de ambos testículos, sin lesiones ni abultamientos ni presencia de hernias inguinales. Utiliza pañal, orina de características normales.

1.1.3. Situación de enfermería

Paciente adulto mayor, de iniciales C.L.J., de 79 años, se encuentra en su 20° día de hospitalización en la cama N° 308 A de Medicina Interna de un hospital público de Chiclayo, con diagnóstico médico: Diabetes Mellitus II descompensada, pie diabético derecho infectado clasificación Wagner grado II, se le observa en posición despierto en posición semifowler, despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, ventilando espontáneamente.

Al examen físico se observa: facie pálida +/+++ , halitosis, con presencia de vía endovenosa periférica permeable en el miembro superior derecho perfundiendo NaCl 9% a 20 gotas por minuto, abdomen blando, micción en pañal, miembro inferior derecho cubierto con apósito, el cual se encuentra manchado con secreción purulenta con mal olor, se le observa úlceras en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo clasificación Wagner grado II y presencia de muñón en miembro inferior izquierdo, uñas largas con restos de tierra en manos y pie.

Al control de signos vitales: P.A: 120/70 mmHg., F.C: 70 x', F.R: 18x', T°: 36.6, SO2: 97%, Peso: 55 kg. Talla: 1.55 e IMC: 22.9 kg/m²

A la entrevista paciente refiere "... a veces me duele un poco el pie, especialmente cuando me tocan para la curación (según EVA 3/10)...", "...hace 15 años tengo diabetes, pero la verdad no me cuido mucho y no he ido al doctor seguido, sólo mis hijos me apoyan para ponerme mi medicina...", "...no sentía nada en mi pie, estaba como entumecido...", "... con respecto a mi herida, primero ,me salió una ampollita, y ni caso le hice, luego fue haciéndose una herida y no se curaba...", "... tengo problemas para moverme por la herida en mi pie y por mi amputación anterior..."

De la revisión de la historia clínica:

HemoglucoTex de ingreso: 420 mg/dl

HemoglucoTex (fecha de visita): 110 mg/ dl

Exámenes Auxiliares:

- Examen de sangre:
- Hto.: 33%
- Hemoglobina: 11 gr/dl
- Plaquetas: 350, 000 (150, 000 – 400, 000)
- Leucocitos: 11 000 (4.5 a 11.0 x 10⁹)

Tratamiento médico del día:

- Reposo relativo
- CFV
- Dieta hipoglucida.
- Nacl 9% ´ 1000 c.c.a 20 gt x´.
- Dimenhidrato 1 amp. EV PRN náuseas.
- Ciprofloxacino 500mg VO 8 a.m- 8 pm.
- Clindamicina 300 mg EV 7 am – 2pm – 6 pm.
- Insulina glargina 16 UI SC 9pm.
- Loción humectante en extremidades.
- Tramadol 50 mg SC PRN.
- Curaciones periódicas del pie derecho y cambios de apósito y vendaje.

1.2. Análisis y confrontación con la literatura

La investigación titulada “Proceso de atención de enfermería (PAE) aplicado a paciente con pie diabético infectado en un hospital público, Chiclayo-2019” se basa en la teoría del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem, quien destaca que la persona es un ser integral activo que funciona de manera biológica, simbólica y social, con la capacidad de razonar o reflexionar sobre su salud, que realiza esfuerzos para desarrollar acciones de autocuidado¹⁰. A su vez, destaca el papel de la enfermería como un servicio humano, siendo un proceso interpersonal y tecnológico que brinda cuidados para mantener la salud del individuo, fortaleciendo su capacidad para autocuidarse o brindando el cuidado terapéutico¹¹.

La teoría de Orem se basa en otras tres: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. La primera tiene como base principal el autocuidado, el cual no es innato, que requiere del aprendizaje, crecimiento y fortalecimiento los cuales interactúa de manera directa con el ambiente que rodea al individuo; es primordial que el paciente desarrolle actividades de autocuidado teniendo en cuenta sus creencias culturales, hábitos, costumbres, prácticas familiares y/o comunales, para mejorar su calidad de vida, es evidente que el paciente actual no posee conocimientos sobre su enfermedad ni realiza las actividades con enfoque de prevención para prevenir complicaciones. Del mismo modo integra la teoría del déficit del autocuidado, el paciente muestra poca capacidad para afrontar su cuidado surgiendo el déficit, pues si bien sigue un tratamiento, sus hábitos, la gestión inadecuada de salud y contexto no favorecen a su mejora. La teoría de los sistemas de enfermería, evoca el papel profesional de la enfermera encargada de los cuidados del paciente para desarrollar acciones con el propósito de ayudar al paciente a adoptar conductas responsables haciendo énfasis en la orientación, ayuda, apoyo psicológico y físico, educación, así como procurar un entorno saludable e incluso actuar adoptando el lugar de la persona para beneficio de salud del paciente¹¹.

La diabetes enfermedad crónica que se diagnostica al tener valores elevados de glucosa, teniendo como base los valores de rango normal (70 -110 mg/dl), en el caso del paciente fue diagnosticado hace 15 años, al presentar sintomatología clínica asociada a la patología: (polifagia, poliuria, polidipsia, pérdida de peso).

En el primer diagnóstico alterado es la perfusión tisular: El paciente es diagnosticado con pie diabético, complicación asociada a contenidos elevados y prolongados de glucosa en sangre, el cual fue confirmado por la prueba de hemoglucotex realizado al momento del ingreso (420 mg/dl), causados por su patología preexistente siendo esta una diabetes descompensada. El pie diabético es originado por alteraciones como la neuropatía diabética y la vasculopatía; la primera se asocia a la incapacidad de percibir sensaciones¹², lo cual es corroborado por el paciente que manifestó: "...no sentía nada en mi pie, estaba como entumecido...". La isquemia es resultado de la macroangiopatía, entre ellas la enfermedad arterial periférica (EAP) signo clínico de obstrucción de flujo arterial arterioesclerótica que predomina en aquellas arterias por debajo de la rodilla, causando hipoxia tisular y posterior muerte en el tejido¹³. Además, se debe tener en cuenta a la microangiopatía la cual afecta capilares, arteriolas y vénulas, a causa de la atrofia y alteran el tejido endotelial⁷, lo que hace susceptible a tener un pie de riesgo y posteriores lesiones. En el paciente a través del examen físico se evidencia úlceras en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID, si el paciente no mejora su circulación en el miembro afectado favorecerá a un mayor compromiso tisular lo que dificultará la cicatrización. Por lo que se concluye con el diagnóstico de enfermería: (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c pie diabético e/p úlceras en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID clasificación Wagner grado II.

Las úlceras cutáneas en el paciente que se encuentran en las falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID son condiciones que se engloban en la definición de pie diabético. Entre los mecanismos de producción de un pie diabético se encuentran las neuropatías diabéticas (sensoriales, motoras y autonómicas), las cuales afectan directamente las fibras receptoras del dolor, de la temperatura, así como también alterna la función ecrina y sebácea. Así mismo se suma la EAP, causando reducción del flujo sanguíneo ocasionando isquemia, y al interactuar con factores desencadenantes como traumas o alteraciones en la anatomía genera úlceras, haciendo que las lesiones sean percibidas de manera tardía, afectando principalmente superficies plantares¹³. En el caso de paciente la clasificación Wagner

es II, que significa compromiso muscular y de ligamentos. Concluyendo en el diagnóstico: (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c neuropatía periférica y alteración a la circulación e/p úlcera en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID clasificación Wagner grado II.

La piel, es un tejido vivo que sirve de protección para estructuras y órganos de agentes nocivos del medio externo. Al hablar de integridad cutánea se hace referencia al aspecto natural de la piel sin compromiso de las capas cutáneas por lesiones o heridas². La aparición de una úlcera en un pie diabético posee un proceso que empieza por el roce constante en una misma área del pie, siendo evidente el engrosamiento de la piel (formación hiperqueratósica) que evoca en una necrosis por presión, se debe tener en cuenta que el deterioro de la integridad cutánea es producida mayormente por un traumatismo contuso o cortante que daña el tejido¹⁴, desencadenando en una úlcera siendo estas zonas del pie en el caso del paciente en las falanges metatarsianas del 3 al 5 dedo en miembro inferior derecho comprometiendo las tres capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis) y sumado a ello el paciente refiere: "... con respecto a mi herida, primero, me salió una ampollita, y ni caso le hice, luego fue haciéndose una herida y no se curaba...". La evaluación en las úlceras en el pie diabético debe ser metodológica; siendo primordial identificar las causas, pudiendo ser neuropática, isquémica o la combinación de ambos, la longitud, profundidad, el aspecto de los bordes y localización en las estructuras anatómicas, a su vez es de vital importancia poder verificar las características del tejido como olor y secreción¹⁴. Para verificar la destrucción del tejido o el avance de la ulceración se hace uso del sistema de clasificación Wagner – Meggit, que incluye grados desde el 0 a 5¹⁵; la situación actual del paciente es el grado 2 siendo una úlcera profunda que penetra la piel, grasa, ligamentos, pero sin afectar hueso¹⁵, es recomendable el uso de la clasificación, pues permite aplicar las estrategias adecuadas. Es de vital importancia reconocer que, al haber exposición debido a la destrucción del tejido, los microorganismos patógenos pueden afectar tejido subcutáneo, tendones, músculo ocasionando una infección (secreciones purulentas) y posterior amputación¹⁴. De la información obtenida se concluye con el diagnóstico: (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la circulación y alteración sensorial m/p paciente refiere: "... con respecto a mi herida, primero, me salió una ampollita, y ni caso le hice, luego fue haciéndose una

herida y no se curaba...” e/p úlcera en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo con secreción purulenta con mal olor en MID clasificación Wagner grado II.

La OMS define a la salud como la condición de completa prosperidad física, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o patologías ¹⁶. La salud se encuentra alterada por su ineficaz gestión, término que engloba la adherencia al patrón terapéutico o rutina de recuperación de la patología diabética y sus secuelas, si esta no es eficiente o no es adecuada causa una progresión de trastornos y desafíos en sus actividades de autocuidado perjudicando el sistema holístico del individuo alterando su bienestar. En el paciente adulto mayor el diagnóstico se encuentra alterado por la falta de saberes sobre la importancia de un control o los cambios de estilos de vida lo que genera deficiencias, aunque la enfermedad haya sido diagnosticada hace 15 años y posea una amputación previa la ausencia de conocimientos son un factor condicionante, ya que es el estado en el que no posee datos explícitos sobre su enfermedad, y debido a estas características se es incapaz de afirmar, aclarar datos o exhibir una actitud fundamental en relación con los procesos de tratamiento de la dolencia, las prácticas o manejo del bienestar para la obtención de la salud ¹⁷. Es necesario determinar la capacidad de cumplimiento del régimen terapéutico del paciente, siendo indispensable analizar el comportamiento del individuo (ingesta de medicamentos, control de la alimentación, cambios en las formas de vida) y las recomendaciones del especialista¹⁰. Se debe tener en cuenta el grado de incumplimiento ya que se asocia a la toma inadecuada de decisiones. Se concluye con el diagnóstico: (00078) Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p paciente refiere: “...hace 15 años tengo diabetes, pero la verdad no me cuido mucho y no he ido al doctor seguido, sólo mis hijos me apoyan para ponerme mi medicina...”

El dolor es visto con una experiencia tangible y perturbadora, resultante de una lesión tisular genuina o potencial, clasificada como aguda o crónica; siendo la primera consecuencia directa de la activación de los receptores nociceptivos, que poseen el trabajo de protectores biológicos ante la alerta de un tejido dañado ²⁰. El paciente resalta tener un dolor agudo, por tener una duración menor a 6 meses. Al hablar de pie

diabético, debemos tener en cuenta a los factores agravantes que ocasionan dolor son las infecciones las que pueden llegar hasta amputaciones o incluso la muerte. En el caso del paciente la úlcera puede ser invadida por agentes patógenos que, al asociarse a factores neuropáticos y vasculares causan infecciones en diferentes grados. En la mayoría de los casos se asocian con frecuencia a mínimo dolor tipo “punzada”²¹, inflamación, secreción, etc., características que son corroboradas al observar secreción purulenta con mal olor en el apósito que cubre las úlceras y la referencia de dolor del paciente. Se debe tomar en cuenta que el proceso de curación aumentará el dolor ya que la limpieza debe ser profunda ya que se deben eliminar restos de tejido necrotizado, así como el arrastre de agente patógenos²¹. Es recomendable el uso de escalas, cuyo objetivo es evaluar y monitorizar el dolor, para evidenciar el grado de mejora del paciente por medio del tratamiento, cabe resaltar que los instrumentos usados son subjetivos ya que recolectan lo mencionado o expresado por el paciente. En este caso se ha usado la escala visual analógica (EVA); método más usado para valorar el dolor, requiere de la colaboración del paciente y capacidad de comprensión del personal de salud, donde existe una valoración hasta el número 10, siendo de 1 a 3 un dolor leve, un dolor moderado de 4 a 7 y superior de 8 dolor severo. El paciente refiere tener un dolor según EVA 3 lo que indicaría un dolor leve ²². Se concluye con el diagnóstico: (000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos patógenos y físicos m/p paciente refiere: “... a veces me duele un poco el pie, especialmente cuando me tocan para la curación (según EVA 3/10) ...” e/p secreciones purulentas con mal olor en apósitos que cubren las úlceras.

La movilidad física hace referencia a la limitación del movimiento independiente en el entorno. El pie diabético es generado por preexistencia entre variaciones de la anatomía del pie y afección neuropática sensitiva, causa deficiencias, limitaciones y debilidad en la estructura muscular modificando la presión en la planta del pie al deambular, lo que provoca una disminución en el movimiento y cambios en el sistema óseo, muscular y alteración de los tejidos delicados del pie¹⁸. En este caso un factor condicionante es la lesión (úlceras) del paciente y su antecedente quirúrgico una amputación previa, otros de los factores asociados: la autonomía motora y caídas pueden reducir la movilidad, así mismo se toma en cuenta la edad del paciente por ser un adulto mayor de 79 años, lo que se asocia a la disminución del tono muscular y

densidad ósea, lo que podría claudicar en pérdida de la movilidad. También existen otros factores condicionantes como la percepción del dolor siendo localizado y subjetivo a la intensidad ¹⁹. Por lo obtenido se llega al diagnóstico: (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético y deterioro sensorio perceptivo m/p paciente refiere: “... tengo problemas para moverme por la herida en mi pie y por mi amputación anterior...”.

Al observar al paciente también se hace evidente otro diagnóstico relacionado al cuidado personal, siendo un trastorno relacionado a la ausencia de consciencia de las responsabilidades básicas entre ellas la higiene personal ²³. Uno de las alteraciones fue la halitosis referida a la presencia del mal olor en la cavidad oral ocasionada por la falta o inadecuado lavado de dientes, otra de las alteraciones fue encontrar restos de tierra en el lecho ungueal. Según la OMS, es prevalente evaluar la salud del adulto mayor por medio de su capacidad de desarrollar actividades, indicador de prevalencia de enfermedades, siendo estas a su vez condicionantes para la ausencia de conductas de aseo ²⁴. El deterioro musculoesquelético puede darse por el envejecimiento o procesos mórbidos, sin embargo, esta es afectada principalmente por la patología asociada diabetes mellitus tipo 2 y amputación previa. El equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, manifiesta que la formación de las úlceras y su infección se asocia a causas multifactoriales, entre ellas la escasa higiene del ambiente, las enfermedades orgánicas y la falta de aseo en los ancianos puede contribuir a que aparezcan estas lesiones²⁵. Por lo que se concluye con el diagnóstico (00108) Déficit del autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético e/p halitosis, uñas largas y sucias.

Así como existen diagnósticos reales también se pudieron encontrar diagnósticos potenciales o de riesgo. El nivel de glucosa elevada en el torrente sanguíneo, es causada por la prevalencia de una patología crónica como la diabetes tipo 2 que con el transcurso del tiempo afecta a órganos diana, a menudo se asocia a la deficiencia en la acción o producción de la hormona insulina. La enfermedad metabólica crónica “diabetes mellitus”, se relaciona a complicaciones irreversibles, debilitantes e incluso mortales que afecta la calidad de vida del individuo⁸, siendo evidenciadas en el paciente quien es diagnosticado con pie diabético con presencia de lesiones. El riesgo de

glucemia incrementada puede ocasionar la aparición de factores desencadenantes debido a la incapacidad para metabolizar hidratos de carbono, proteínas y grasas por lo que es recomendable tener conocimientos sobre el proceso de la enfermedad y complicaciones mediante cambios en la dieta, la actividad física, las rutinas, adherencia al tratamiento, de lo contrario se generaran fluctuaciones en la glicemia ¹¹; el paciente llega a hospitalización con hemoglucotex de inicio de 420 mg/ dl, al momento de la visita se encontraba en 110 mg/dl , lo que indica que al no encontrarse en un entorno seguro sus niveles de glicemia no son controlados. Se debe verificar al paciente para tener en cuenta los signos y síntomas de la diabetes además del incremento de glucosa en sangre, son la necesidad excesiva de tomar agua (polidipsia), micciones frecuentes (poliuria), sensación incontrolable de hambre (polifagia), pérdida de peso, sensación nauseosa, problemas de visión, cansancio, debilidad, falta de sensibilidad en miembros inferiores o superiores, algunas de los síntomas son imperceptibles, pero estos aumentan con el envejecimiento siendo progresiva. Por lo que es primordial que el adulto mayor se someta a análisis anuales, permitiendo elegir el tratamiento más adecuado y verificar el progreso de la enfermedad ²⁶. Se concluye con el diagnóstico (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.

Otro de los diagnósticos potenciales son los riesgos de infección causados por los niveles incrementados de glucosa en sangre que alteran la respuesta inmune pues hacen al organismo susceptible a infecciones. La infección es definida como la invasión de microorganismo patógenos que causan daños en tejidos y reacciones, a causa de la liberación de toxinas; las principales causales son los procedimientos invasivos; el paciente se encuentra conectado a una vía periférica perfundiendo Na Cl al 9% que son usados con un fin diagnóstico o terapéutico, pero alteran la integridad cutánea, siendo de un mayor riesgo ya que el paciente posee una comorbilidad y al asociarse a la neuropatía periférica incrementa el índice a tener lesiones y posteriores infecciones.²⁷. siendo mucho mayor el riesgo debido a causas hematológicas entre ellas la disminución de la hemoglobina que es de 10.3 gr/ dl. Los agentes patógenos son en su mayoría: Staphylococcus aureus y streptococcus ²⁸. Teniendo como resultado el diagnóstico: (00004) Riesgo de infección r/c defensas primarias y secundarias insuficientes: alteración de la piel y alteración de la hemoglobina.

La anemia es un problema frecuente en los adultos mayores y se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad. En las personas ancianas existe prevalencia a la disminución de la hemoglobina, disminución de la concentración de hemoglobina en sangre, puede deberse a diversas causas, y es frecuente por falta de hierro, pero también puede ser un síntoma de un trastorno subyacente, debemos tener en cuenta que la anemia no es un hecho fisiológico del envejecimiento sino que es indicativa de una o más enfermedades y se asocia a mal pronóstico vital y funcional a medio-largo plazo; el adulto mayor posee una hemoglobina de 11 gr/dl, siendo un riesgo potencial para sufrir lesiones o infecciones² Así mismo, la diabetes mal controlada causa neuropatías que generan alteraciones sensoriales. Concluyendo con el diagnóstico: (00035) Riesgo de lesión r/c perfil hematológico anormal y alteración sensorial.

El último de los diagnósticos potenciales o de riesgo considerados son las caídas, definidas como sucesos involuntarios que alteran el equilibrio y generan contusión al hacer contacto con la superficie, pudiendo ser mortales, si estas tienden a ser repetitivas son consideradas como indicativas de fragilidad o discapacidad que se asocian a sus condiciones mórbidas¹⁸. La dificultad para caminar es un factor condicional para potenciales caídas, y si a esta se asocia el dolor, presencia de lesiones claudicación intermitente, debilidad de cadera y rodillas, inestabilidad, etc., Los problemas en los pies son causas comunes de caídas debido a la presencia de heridas como úlceras en los dedos, pues tienden a alterar la marcha e incrementar la inestabilidad¹⁹. Además, el paciente posee una amputación previa en MII; para poder caminar es de vital importancia que el organismo funcione de manera armónica, ya que la acción supone una función compleja. Concluyendo en el diagnóstico: (00155) Riesgo de caídas r/c deterioro en la movilidad física.

1.3. Formulación del diagnóstico según NANDA

Problema Reales

DIAGNÓSTICO 1:

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c pie diabético e/p úlceras en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID clasificación Wagner grado II.

DIAGNÓSTICO 2:

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c neuropatía periférica y alteración a la circulación e/p úlcera en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID clasificación Wagner grado II.

DIAGNÓSTICO 3:

(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la circulación y alteración sensorial m/p "... con respecto a mi herida, primero, me salió una ampollita, y ni caso le hice, luego fue haciéndose una herida y no se curaba..." e/p úlcera en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo con secreción purulenta con mal olor en MID clasificación Wagner grado II.

DIAGNÓSTICO 4:

(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p paciente refiere: "...hace 15 años tengo diabetes, pero la verdad no me cuidó mucho y no he ido al doctor seguido, sólo mis hijos me apoyan para ponerme mi medicina..."

DIAGNÓSTICO 5:

(000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos y físicos m/p paciente refiere: "... a veces me duele un poco el pie, especialmente cuando me tocan para la curación (según EVA 3/10)"

DIAGNÓSTICO 6:

00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético y deterioro sensorio perceptivo m/p paciente refiere: "... tengo problemas para moverme por la

herida en mi pie y mi amputación anterior ...” e/p úlceras en MID y amputación previa.

DIAGNÓSTICO 7:

(00108) Déficit del autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético e/p halitosis, uñas largas y sucias en manos y pie.

Problemas de riesgo

DIAGNÓSTICO 8:

(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO 9:

(00004) Riesgo de infección r/c defensas primarias y secundarias insuficientes.

DIAGNÓSTICO 10:

(00035) Riesgo de lesión r/c perfil hematológico anormal y alteración sensorial.

DIAGNÓSTICO 11:

(00155) Riesgo de caídas r/c deterioro en la movilidad física.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Instrumentos utilizados en la recolección de datos

La investigación es tipo descriptivo – observacional cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos utilizando fuentes primarias y secundaria²⁹, entre ellas la aplicación del cuestionario según dominios para identificar, valorar necesidades y obtención de información de la fuente principal el paciente. Se toma como unidad de análisis a un adulto mayor de 79 años, internado en el servicio de Medicina en un hospital público de Chiclayo.

La recolección de datos se obtuvo por medio del cuestionario que comprende la valoración de 13 dominios, establecidos en la Taxonomía II de la NANDA (Diagnósticos de Enfermería de NANDA Internacional) haciendo uso del examen céfalo-caudal, teniendo en cuenta 4 técnicas de exploración: inspección (valoración por medio de la observación), palpación (uso del tacto para la verificación de características de estructuras corpóreas), percusión (por medio de la acción del golpeteo se verifican zonas o regiones corporales involucrando los sentidos del tacto y oído) y la auscultación (permite escuchar sonidos provenientes del interior del cuerpo que permite verificar los signos producidos por la patología y factores internos o externos asociados al paciente.⁹

Del mismo modo se hizo uso de la entrevista, que permite obtener datos subjetivos (síntomas) y generar una comunicación asertiva.

A su vez se obtuvo información por medio de la revisión de la historia clínica, documento legal que contiene información exacta y real del estado del paciente.

2.2. Aspectos éticos

Belmont, establece tres principios universales para el desarrollo de una investigación:

- Respeto a las personas: Considera el trato al individuo como ser autónomo, siendo capaz de tomar sus propias decisiones, preservando su intimidad, y protegiendo su integridad. Para realizar la investigación se contó con la autorización del paciente, a quien a su vez se le informó sobre cuidados a brindar para la mejora de su salud.³⁰
- Beneficencia: Integra el respeto hacia las decisiones, protegiéndolas de factores que desencadenen daños, con el objetivo de afianzar su bienestar. Para desarrollar las intervenciones de enfermería, se tuvo como principal base el uso de medidas de bioseguridad.³⁰

- Justicia: Recalca la atención justa y pertinente que favorezca la salud del individuo. En el estudio se estableció la confidencialidad y privacidad con el caso de estudio.³⁰

2.3. Criterios éticos básicos

Azulay A., clasifica por orden jerárquico los principios éticos:

-Primer nivel: Involucra aquellos principios externos a la relación entre paciente y personal de salud; incluye el principio de no maleficencia, orientado a no ocasionar ningún daño al paciente y a el principio de justicia, abocado en brindar cuidados médicos sin ningún tipo de distinción o discriminación buscando el bien común.³¹

-Segundo nivel: Los principios referidos a la relación entre el personal y paciente; principio de beneficencia, pretende que los cuidados brindados sean en beneficio del individuo y el principio de autonomía, referida a la libertad de decisión del paciente sobre su bienestar.³¹

2.4. Criterios de rigor científico

- Validez: Implica la interpretación correcta de resultados, el modo de recolección de datos desde distintos puntos de vista; dado cuenta del grado de fidelidad con que muestra el fenómeno. Siendo importante mencionar que la información fue manipulada teniendo como base los estándares de la ética.³²

- Credibilidad: Denominado como el valor de la verdad o autenticidad que se le otorga a la investigación, siendo reconocidos los hallazgos encontrados como reales, convirtiendo en verídica la investigación.³²

- Dependencia: Criterio relacionado a la estabilidad de los datos enfocados en la información recolectada y analizada, dependiendo de las respuestas brindadas por el participante o sujeto de estudio.³²

- Confidencialidad: Se hace hincapié en la seguridad y protección de la identidad del informante, garantizando el anonimato y la privacidad de la información.³²

2.5. Planificación del cuidado NIC

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c pie diabético e/p úlceras en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID clasificación Wagner grado II | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| OBJETIVO: | Paciente mejorará la circulación sanguínea en su miembro inferior derecho bajo los cuidados de enfermería. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E)</p> <p>(0407) Perfusión Tisular periférica</p> <table border="1" data-bbox="297 1046 826 1267"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040713 Dolor localizado en extremidades</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | 040713 Dolor localizado en extremidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p>Nivel: Control de la Perfusión Tisular</p> <p>(4062) Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial</p> <p>-Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (pulsos periféricos, llenado capilar, color y T° de las extremidades)</p> | <p>-La glicemia elevada y mantenida afecta la vascularidad perjudicando directamente al endotelio lo que ocasiona alteraciones en la coagulación, ineficiente degradación de lípidos, pérdida del músculo liso vascular originando afecciones micro y macro vasculares. La valoración debe ser prolongada y meticulosa ya que la diabetes afecta las fibras sensitivo – motoras y automáticas, su alteración provoca la pérdida de sensibilidad al dolor y temperatura, si esta es prolongada se manifiesta en</p> | | | |
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | | | | | | | | | | | | |
| 040713 Dolor localizado en extremidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|--|
| 040716 Rotura de la piel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | la superficie de la piel ocasionando las úlceras, siendo un potencial riesgo ³³ . Es esencial que para que la cicatrización sea efectiva, el suministro de oxígeno debe ser eficiente, el cual es logrado gracias a la circulación tisular, por lo que es necesario evaluar pulsos, llenado capilar menor igual <2, color que evidencia la efectividad de la circulación ³⁴ . | |
| 040706 Sensibilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| | | | | | | | | -Realizar cambios posturales mínimo cada dos horas | -Los cambios posturales favorecen el aumento del flujo sanguíneo, causando una mejor perfusión de la red capilar y permite prevenir la isquemia ³⁴ . |
| | | | | | | (4066) Cuidados circulatorios: Insuficiencia venosa | | -Verificar el nivel de molestia del paciente. | - Los pacientes que poseen una enfermedad crónica como la diabetes, manifiestan sufrir dolor, denominado neuropático “que quema”, el cual puede ser difícil de valorar y exige un seguimiento metódico ³³ . |
| | | | | | | Campo: Fisiológico/Complejo (2120) Manejo de Hiperglucemia | | -Insulina glargina 16 UI SC 9pm | -La insulina es el medicamento usado para disminuir los niveles de glucemia, actuando en reemplazo de la insulina humana facilitando la captación de glucosa por parte del tejido muscular y adiposo ³⁵ . |

| | | |
|--|--|--|
| | -Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre. | -El control de la glucosa beneficia la circulación tisular, siendo esta necesaria para obtener tejidos y órganos integros ³⁴ . |
| | -Instruir al paciente y cuidados acerca de los cuidados de la diabetes | -Es primordial educar al paciente para generar conductas y cuidados que potencien su salud, a través de la alimentación, establecimiento del régimen terapéutico y la actividad, etc ³⁴ . |
| | (1660) Cuidados de los pies -Verificar la perfusión arterial en la parte inferior de las piernas. | -Se debe tener en cuenta que la perfusión arterial para la recuperación del pie diabético es imprescindible permite que el tejido no muera y facilite la regeneración, si existe pérdida de pulso periférico, cambios significativos en la coloración, son indicativos a tomar en cuenta, para poder prevenir complicaciones más severas como amputaciones o incluso la muerte ³⁴ . |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c neuropatía periférica y alteración a la circulación e/p úlcera en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo en MID clasificación Wagner grado II. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|--|--|
| OBJETIVO: | Paciente cicatrizará sus úlceras por medio del plan de cuidado de enfermería. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Cardiopulmonar (E)</p> <p>(0407) Perfusión Tisular periférica</p> <table border="1" data-bbox="297 853 826 1190"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040713 Dolor localizado en extremidades</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>040716 Rotura de la piel</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | 040713 Dolor localizado en extremidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 040716 Rotura de la piel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Control de la Piel / heridas (3660) Cuidados de las Heridas -Limpiar regularmente la herida con una solución salina. (Curación periódica) | | - La solución es agente de limpieza que por su propiedad isotónica no altera los fluidos en el lecho de la herida, a su vez favorece la granulación y regeneración de tejido, evitando la proliferación de microorganismos que pueden ocasionar infecciones ³³ . | | |
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 040713 Dolor localizado en extremidades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 040716 Rotura de la piel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | -Inspeccionar la herida cada vez que se haga el cambio de apósito. | | -La vigilancia de la herida es fundamental para verificar si el tratamiento funciona, y si existe mejora o cicatrización de la herida, evitando las complicaciones. Además, el apósito ocasiona compresión lo que evita la formación de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| 040706 Sensibilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | hematomas y/o seromas, y mejora la circulación sanguínea ²³ . |
| | | | | | | -Monitorizar la extensión de la úlcera (drenaje, color, tamaño y olor) | -La monitorización permite detectar cambios en las zonas afectadas y sus características, con el fin de prevenir complicaciones mayores, ya que, si existieran cambios en la coloración y tamaño puede indicar deficiencia en la circulación periférica lo que resultaría en muerte del tejido y extensión de la lesión; si hay cambios en las secreciones de drenaje podría ser resultado de una infección consecuencia de invasión por patógenos ²³ . |
| | | | | | | -Cambiar el apósito según la cantidad dada y drenaje | -Los apósitos son utilizados para cubrir y proteger la herida, teniendo la función de aliviar el dolor, ser la barrera ante infecciones, y absorber el exudado, el cambio continuo de apósitos favorece la circulación y optimiza la cicatrización ²² . Además, permitirá prevenir el mal olor, así como prevenir que las secreciones fluyan fuera del apósito lo que incomodaría al paciente. |

| | | |
|--|--|--|
| | -Aplicar una crema adecuada en la piel/ lesión, según corresponda | -El agente tópico recomendable para ser aplicado sobre la herida tenemos a la sulfadiazina de plata que posee un efecto antimicrobiano y favorece la regeneración celular ²³ . |
| | Campo: Fisiológico/Complejo (2120) Manejo de Hiperglucemia -Insulina glargina 16 UI SC 9pm | -El control de los niveles de glucosa por medio del uso de la insulina, permite controlar la EAP y las neuropatías que retrasan la cicatrización y así poder prevenir complicaciones ²⁸ . |

| | | |
|----------------------------|--|-------------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la circulación y alteración sensorial m/p "... con respecto a mi herida, primero, me salió una ampollita, y ni caso le hice, luego fue haciéndose una herida y no se curaba..." e/p úlcera en falanges metatarsianas del 3 y 4 dedo y tejido de granulación en el 5 dedo con secreción purulenta con mal olor en MID clasificación Wagner grado II. | |
| OBJETIVO: | Paciente mejorará la cicatrización de las úlceras por medio del plan de cuidado de enfermería. | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS |

| <p>Dominio: Salud fisiológica (II)</p> <p>Clase: Integridad Tisular (L)</p> <p>(1103) Curación de Herida por 2ª intención: localizada en pie izquierdo</p> <table border="1" data-bbox="297 491 826 946"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11301 Granulación</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E</td> <td>S</td> <td>M</td> <td>E</td> <td>NN</td> </tr> <tr> <td>110304 Secreción serosa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | 11301 Granulación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | E | S | M | E | NN | 110304 Secreción serosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p>Campo: 2 Fisiológico: complejo</p> <p>Clase: Control de la Piel / heridas</p> <p>(3660) Cuidado de las heridas</p> <p>-Monitorear las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</p> | <p>-La observación de la herida puede evitar la aparición de infecciones, el cual puede ser detectado a través de cambios en la lesión entre ellos: el enrojecimiento, acumulación de líquido, secreciones purulentas, estos son considerados efectos locales, pero existe también signos y síntomas sistémicos como son: aumento de la temperatura corporal, dolor de cabeza, cansancio, sensación nauseosa originado por microorganismos patógenos³⁶.</p> |
|---|-------------|----|----|----|----|----|----------------------|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|----|----------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11301 Granulación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E | S | M | E | NN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 110304 Secreción serosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(1842) Conocimiento: control de la infección</p> <table border="1" data-bbox="297 1139 826 1214"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | | | | | | | <p>-Inspeccionar la herida observando el apósito que cubre.</p> | <p>-La presencia de apósitos favorece al proceso de cicatrización y prevención de infecciones, ya que sirve como medio de barrera ante la invasión de agentes patógenos; y deben ser cambiados cuando se encuentren con presencia de secreciones, cabe destacar que es recomendable cambiarlos cada 12 horas para disminuir el peligro de contaminación esto ayudara a que cicatrice de manera rápida la lesión ³⁶.</p> | | | | | | | | | | | | |
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 184209 Tratamiento de la infección diagnosticada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | -Limpiar con solución salina fisiológica | -En el caso de pacientes con heridas abiertas una de las medidas a tener en cuenta es el uso de suero fisiológico para el lavado de la lesión porque tiene indicación como antiséptico local ³⁵ , siendo indispensable por sus propiedades isotónicas, pero sin irritar el tejido sano ³⁷ . |
| | | | | | | -Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida | -La técnica estéril es un método preventivo que se emplea para mantener todo los objetos o materiales que han de estar en contacto con la herida del paciente, es una técnica que elimina todo lo microorganismo, virus, gérmenes, para evitar que la herida se complique o se contraiga una infección. ³⁷ -La técnica de esterilidad, método para eliminar toda presencia de agentes patógenos, usado como prevención para evitar complicaciones entre ellas, las infecciones ³⁷ . |
| | | | | | | (3590) Vigilancia de la piel -Utilizar una herramienta de evaluación en la pérdida de la | -La clasificación Escala de Wagner – Merrit, permite clasificar las úlceras, así como constituir el plan terapéutico a seguir, según el grado en el que se encuentre la úlcera permitiendo identificar la |

| | | |
|--|--|---|
| | integridad cutánea. | gravedad, profundidad, infección, así como la evolución de la lesión ³³ . |
| | -Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de apósito. | -La inspección de la herida a diario sirve para detectar cualquier signo o síntoma, enrojecimiento, color, drenaje, la detección temprana de cualquier síntoma hará que el tratamiento sea, más rápido y eficaz. ³⁷ |
| | -Control de la infección: -Administrar terapia medicamentosa Ciprofloxacina 500mg VO Clindamicina 600 mg VE | -Bactericida que interfiere en la replicación de ADN bacteriano por inhibición del ADN-girasa y topoisomerasa IV bacterianas. ³⁵ -Inhibe la síntesis proteica bacteriana a nivel de la subunidad 50S ribosomal y evita formación de uniones peptídicas. ³⁵ |

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|----|----|----|----|--|--|
| <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> | <p>(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p paciente refiere: "...hace 15 años tengo diabetes, pero la verdad no me cuidó mucho y no he ido al doctor seguido, sólo mis hijos me apoyan para ponerme mi medicina..."</p> | | | | | | | |
| <p>OBJETIVO:</p> | <p>El paciente mejorará sus conocimientos y desarrollará acciones eficaces para la gestión de su enfermedad (diabetes) durante su permanencia en el centro hospitalario y fuera de la institución.</p> | | | | | | | |
| <p>RESULTADOS DE NOC</p> | <p>INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC)</p> | <p>FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS</p> | | | | | | |
| <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: Conducta de salud (Q)</p> <p>(1602) Conducta de fomento de la Salud</p> <table border="1" data-bbox="300 1023 833 1099"> <tr> <td>Indicadores</td> <td>ND</td> <td>RD</td> <td>AD</td> <td>FD</td> <td>SD</td> </tr> </table> | Indicadores | ND | RD | AD | FD | SD | <p>(1800) Ayuda con el autocuidado</p> <p>-Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.</p> | <p>-La salud en el adulto mayor se determina de acuerdo a sus necesidades y al avance de su edad, ya que la mayoría empieza a tener efectos nocivos ocasionado por patologías en su mayoría crónicas. La edad del paciente debe ser considerada como premisa al momento de construir pautas o indicaciones para la mejora de la salud del paciente³⁸.</p> |
| Indicadores | ND | RD | AD | FD | SD | | | |

| | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|--|--|
| 160201 Utiliza conductas para evitar riesgos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | (5606) Enseñanza: proceso enfermedad -Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad | -La educación permitirá que el paciente comprenda mejor su enfermedad y pueda reconocer todas aquellas conductas que favorecen a la obtención de las complicaciones ³⁷ . |
| (3108) Autocontrol: Enfermedad | | | | | | (6490) Acuerdo con el paciente -Colaborar con el paciente en la elaboración de un plan terapéutico para cumplir con los objetivos: Diabetes | -Colaborar con el paciente a establecer un plan terapéutico (hábitos alimenticios, actividad física, tratamiento) mostró niveles superiores de consistencia y arraigo a la rutina, útil como pilar básico en la DM (alimentación, medicamentos y ejercicio) ³³ |
| Indicadores | ND | RD | AD | FD | SD | (1800) Ayuda con el autocuidado -Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. | -La función de la enfermera es proporcionar apoyo significativo para un estilo de vida cambiante hasta que el paciente asuma el papel de cuidado sobre sí mismo. Es necesario el gasto importante de tiempo y recursos para asegurarse que los pacientes obtengan las destrezas y la confianza para manejar su propia salud de manera eficaz. ³⁹ -Entre las funciones de enfermería, se encuentra el ofrecer ayuda para la mejora en los hábitos de vida |
| 160201 Utiliza conductas para evitar riesgos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>hasta que el paciente asuma su papel de autocuidado. Es necesario hacer uso del tiempo y de recursos para que el paciente desarrolle aptitudes y confianza para manejar su salud de manera efectiva ³⁹.</p> |
| | -Establecer una rutina de actividades de autocuidado. | -El personal de enfermería tiene el deber de promover actividades para la mejora de la salud, renovación y realización individual por medio de la mejora de conductas, que permitan el desarrollo integral en el paciente ³⁹ . |
| | -Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida ajustadas al nivel de la capacidad. | -El personal de salud se esfuerza por persuadir y motivar al paciente a desarrollar prácticas saludables de estilos de vida, identificando previamente aquellas conductas de riesgo que resquebrajan su salud ³⁹ . |
| | (2120) Manejo de la hiperglucemia -Instruir sobre la importancia del control de la diabetes | -El logro del control de la diabetes se centra en tres factores: uso de medicamentos (insulina o tratamiento oral), la dieta y el ejercicio físico que se realiza ¹⁴ . |

| <p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> | <p>(000132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos y físicos m/p paciente refiere: “... a veces me duele un poco el pie, especialmente cuando me tocan para la curación (según EVA 3/10) ...” e/p secreciones purulentas con mal olor</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|----------------|---|---|---|---|---|--|--|
| <p>OBJETIVO:</p> | <p>El paciente disminuirá el dolor al término de las intervenciones de enfermería.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>RESULTADOS DE NOC</p> | <p>INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC)</p> | <p>FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Dominio: Salud percibida (V) Clase: Sintomatología (V) (2102) Nivel del dolor</p> <table border="1" data-bbox="302 774 840 997"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>G</th> <th>S</th> <th>M</th> <th>L</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>210201</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor referido</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | G | S | M | L | N | 210201 | | | | | | Dolor referido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p>(1400) Manejo del Dolor</p> <p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>- Administrar cuidados analgésicos</p> <p>Tramadol 50gr. PRN a dolor intenso</p> | <p>-La valoración, es el método utilizado para recoger datos objetivos y subjetivos, el cual permitirá establecer un plan de acción y ejecutarlos siendo imprescindible para evitar el sufrimiento del paciente. El uso de la escala analógica EVA permite medir la intensidad según sus 10 escalas, lo que hace más específico valorar el dolor del paciente⁴⁰.</p> <p>-Un analgésico tiene como objetivo aliviar el dolor y crear tranquilidad en el paciente ⁴⁰.</p> <p>-El tramadol alivia el dolor por medio de su unión a los receptores de tipo mu en el sistema central, pues inhibe la captación de serotonina y noradrenalina,</p> |
| Indicadores | G | S | M | L | N | | | | | | | | | | | | | | | |
| 210201 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor referido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| | | teniendo efecto analgésico ³⁵ . |
| | -Utilizar medidas de control del dolor antes que el dolor sea severo. | -El control del tiempo, hora y tipo de medicación según la necesidad del paciente, es fundamental para mantener al paciente con confort ⁴⁰ . |
| | -Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor. | -El proporcionar apoyo psicológico, mostrar interés sobre los factores predisponentes sistémicos y del entorno, ayudan a superar el dolor ⁴⁰ . |

| | | |
|----------------------------|--|-------------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético y deterioro sensorio perceptivo m/p paciente refiere: "... tengo problemas para moverme por la herida en mi pie ..." e/p úlceras en MID y amputación previa. | |
| OBJETIVO: | Paciente recuperará la capacidad de ambulación con los cuidados adecuados de enfermería y familia. | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS |

| | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|--|--|
| Dominio: Salud funcional (I) Clase: Movilidad (C) (0208) Movilidad | | | | | | (0221) Terapia de ejercicios o ambulaci3n -Instruir al paciente/ cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras. | -La deambulaci3n es el ejercicio f3sico que favorece la capacidad del sistema musculoesquel3tico, de manera global mejora la funcionalidad y el grado de dependencia, lo que es recomendable para prevenir incidencia de fracturas o 3lceras, resultado de la ausencia de movilidad ¹⁸ . |
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | -Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, seg3n tolerancia. | -La inmovilizaci3n en cama, es un peligro significativo que puede causar trombosis venosa en los miembros inferiores, embolia pulmonar, neumon3a ortost3tica, la 3ltima resultado de acumulaci3n y falta de movimiento de las secreciones. En este sentido, es importante recomendar al paciente ejercer actividad f3sica seg3n tolerancia, cuidando la lesi3n de movimientos abruptos para no ocasionar dolor ni da3o ¹⁸ . |
| 020806 Ambulaci3n | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | -Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario, fomentando una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de la seguridad. | -La deambulaci3n temprana favorece la curaci3n y previene de futuras complicaciones. El uso de la mec3nica corporal influye en el mejor funcionamiento gastrointestinal y el correcto aporte sangu3neo a los tejidos ³⁶ . |
| 020814 Se mueve con facilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| | <p>-Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.</p> | <p>-Educar al paciente sobre la protección de la herida de movimientos bruscos o golpes, será una medida que permite evitar el dolor y favorecer la movilización, siendo indispensable cuando el paciente vuelva a caminar ¹⁸.</p> |
| | <p>-Vestir al paciente con prendas cómodas.</p> | <p>-Para aumentar la comodidad e independencia del paciente al moverse. ¹⁸</p> |
| | <p>-Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones.</p> | <p>-El paciente debe buscar el confort y asegurar una buena irrigación sanguínea. Antes de calzar el zapato, se debe verificar el interior para detectar zonas realzadas costuras con rebordes o cuerpos extraños, que pueden condicionar la aparición de úlceras y por consiguiente problemas en la movilidad¹³</p> |
| <p>(1660) Cuidados de los pies</p> | <p>-Instruir al paciente sobre la importancia del cuidado de los pies</p> | <p>-Inspección diaria del pie es sustancial para prevenir lesiones, ampollas, hemorragias, maceraciones o abrasiones entre los dedos, así como prevenir mayor compromiso del tejido¹³.</p> |
| <p>(6480) Manejo ambiental</p> | <p>-Crear un ambiente seguro para el</p> | <p>-Un ambiente seguro permitirá prevenir lesiones o complicar las existentes, que pueden agravar la</p> |

| | | |
|--|----------|--|
| | paciente | situación del paciente, siendo un mayor riesgo cuando se asocia a una patología como la diabetes ²⁴ . |
|--|----------|--|

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00108) Déficit del autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético e/p halitosis, uñas largas y sucias em manos y pie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|--|---|----|----|--------|--|--|--|--|--|--------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| OBJETIVO: | La persona mostrará mejor apariencia personal posteriormente a las intervenciones de enfermería. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | | | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dominio: Salud funcional (I) Clase: Autocuidado (D) (0305) Autocuidados: Higiene | (1804) Ayuda con los autocuidados: aseo | | | -La rutina de aseo es primordial para tener una mejor apariencia física ²³ . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | -Enseñar al paciente/ otras personas significativas la rutina del aseo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | -Controlar la integridad cutánea del paciente. | | | -El personal de enfermería debe asegurar que todas las medidas de cuidado de la piel eviten lesiones e irritaciones ²³ . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1801) Ayuda con los autocuidados: baño / higiene | | | -La capacidad de autocuidado del paciente, determina la necesidad de ayuda para el | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>030506</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Higiene oral</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | 030506 | | | | | | Higiene oral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | |
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 030506 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Higiene oral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|---|---|
| 030512 Se cuida las uñas de las manos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | -Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. | mantenimiento de sus actividades diarias entre ellas, la del aseo ⁴² . |
| (0308) Autocuidados: Higiene oral | | | | | | -Colocar toallas, jabón, desodorante equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño. | -El personal de salud enfermero contribuirá a la preparación del paciente, pues ayudará a adoptar conductas que contribuyan la atención del cuidado, entre ellos el alcance de materiales de aseo ²³ . |
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | (1720) Fomentar la salud bucal | -El cepillado es la única técnica primordial para fomentar la salud bucal, evitando la aparición de caries, halitosis y deterioro de la integridad oral, ya que la acción permite remover restos de alimentos que favorecen la aparición de microorganismos que generan las consecuencias mencionadas anteriormente ⁴² . |
| 030801 Se cepilla los dientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | -Ayudar al apaciente a con el cepillado de los dientes, las encías y la lengua. | -La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar infecciones asociadas a la atención sanitaria, especialmente se deben eliminar los microorganismos que se encuentran arraigados en las uñas, principal depósito para la contaminación. ²³ |
| (1801) Ayuda con el autocuidado: Baño/ Higiene | | | | | | - Realizar y comprobar la limpieza de uñas. | |

| | | |
|--|--|---|
| | | -La limpieza de las uñas, es importante para prevenir la transmisión de gérmenes, siendo necesario eliminar el depósito de agentes contaminantes y así prevenir infecciones ²³ . |
|--|--|---|

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad. | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|----|----|----|----|--------|---|---|---|---|---|--|
| OBJETIVO: | El paciente controlará sus niveles de glucosa durante su estancia hospitalaria y posterior a ella. | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS | | | | | | | | | | | | |
| Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta terapéutica (A) (2300) Nivel de glucemia | (2120) Manejo de la hiperglucemia -Instruir sobre la importancia del control de la diabetes | -El logro del control de la diabetes se centra en tres factores: uso de medicamentos (insulina o tratamiento oral), la dieta y el ejercicio físico que se realiza ¹⁴ . | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>NC</th> <th>CE</th> <th>CM</th> <th>CS</th> <th>CE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>182016</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | NC | CE | CM | CS | CE | 182016 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | -Fomentar el autocontrol de la glucosa en sangre |
| Indicadores | NC | CE | CM | CS | CE | | | | | | | | | |
| 182016 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|--|--|
| Concentración sanguínea de glucosa | | | | | | -Administrar insulina según prescripción Insulina glargina 16 UI SC 9pm | -La insulina regula los niveles de glucosa en sangre, arraigarse al tratamiento favorece a tener un control sobre la diabetes, ya que permite a el sistema musculoesquelético y tejido adiposo captar mejor la glucosa ³⁵ . |
| Dominio: Conocimiento y conductas de salud (IV) Clase: Conocimientos sobre la salud (D) (1820) Conocimiento: control de la diabetes | | | | | | -Vigilar la glucemia: (Hemogluco test) | -El monitoreo continuo de glucosa permite mejorar o mantener el control metabólico en pacientes diabéticos, se debe tener niveles de glicemia entre 70 -140 mg/dl en ayuno y 2 horas después de comer rangos menores de 180 mg/dl. (pac. sin diabetes 70 – 110 mg/dl) previniendo de esta manera las complicaciones, haciendo uso del procedimiento de hemogluco test que consiste en medir el nivel de glucosa en sangre periférica mediante un dispositivo electrónico ¹⁷ . |
| Indicadores | NC | CE | CM | CS | CE | -Facilitar el seguimiento del régimen de dieta | -Un plan alimenticio que corresponda a las necesidades nutricionales en un paciente diabético favorece el control de la enfermedad, controlar peso y controlar factores de riesgo; su dieta debe ser hipoglúcida, hipocalórica, hiposódica ² . |
| 182016 Régimen de insulina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |

| | | |
|--|---|--|
| | -Instruir al paciente acerca de los cuidados de la diabetes | -La educación del paciente con diabetes mellitus tipo 2 es esencial tiene como objetivo capacitar y potenciar habilidades de control de la enfermedad, integrando el tratamiento en su vida cotidiana, mejorando estilos de hábitos convirtiéndose en un ser autónomo ¹⁴ . |
| | -Potenciar la ingesta de líquidos | -La deshidratación es un factor de riesgo en los pacientes con diabetes, tener un elevado índice de glucosa en sangre contribuye a que el paciente pierda líquidos, haciendo que los riñones intenten eliminar parte del exceso por medio de la excreción de orina, por lo que es recomendable la ingesta de líquido para mantener al paciente hemodinámicamente estable ¹⁷ . |

| | | |
|----------------------------|---|-------------------------|
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00004) Riesgo de infección r/c defensas primarias y secundarias insuficientes. | |
| OBJETIVO: | Brindar cuidados adecuados que minimicen las infecciones intrahospitalarias | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------------------|---|--|
| <p>Dominio: Conocimiento y conductas de salud (IV)</p> <p>Clase: Control del riesgo y seguridad (T)</p> <p>(1924) Control de Riesgo: Proceso infeccioso</p> | | | | | | (6550) Protección contra infecciones | -El lavado de manos establece la eliminación de microorganismos; en el ambiente hospitalario el personal de salud es el encargado de prevenir infecciones por medio de la técnica para evitar la proliferación de microorganismos ² . |
| | | | | | | -Lavado de manos al contacto con el paciente. | |
| | | | | | | -Mantener las precauciones universales: Higiene de manos, uso de guantes, mascarillas | -Las precauciones universales son un conjunto de normas de conducta para proteger al personal de salud y al paciente de posibles infecciones, y evitar el contacto con fluidos corporales probablemente infectados. ² |
| | | | | | -Verificación de vías | | -El profesional de enfermería debe establecer medidas, para prevenir infecciones y deterioro cutáneo, etc ² más aún si el paciente tiene una patología crónica como la diabetes, por lo cual es recomendable verificar cualquier método invasivo que puede ocasionar daño ²⁶ . |

| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC |
|--|----|----|----|----|----|
| 192402: Reconoce las consecuencias asociadas a la infección | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>-Cambio de catéter cada 72 horas</p> | <p>-La rotación de catéter cada 72 horas es muy importante para evitar complicaciones como infecciones, flebitis y obstrucciones, ya que se ha comprobado que a partir de ese rango de tiempo existe una mayor proliferación de microorganismos².</p> |
| | <p>-Mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo</p> | <p>-Al eliminar los gérmenes que producen infecciones se podrá tener un mejor control para la efectividad del tratamiento en la cicatrización de úlceras²⁵.</p> |
| | <p>-Verificar el estado de la piel</p> | <p>-Es fundamental verificar e inspeccionar la piel en busca de eritema, dolor, edema, calor, supuración, para evitar infecciones o mayor compromiso de la integridad cutánea afectada o en nuevas zonas¹⁵.</p> |
| | <p>-Control de la infección: -Administrar terapia medicamentosa Ciprofloxacino 500mg VO Clindamicina 600 mg VE</p> | <p>-Los antibióticos son fármacos usados para tratar las infecciones, acabando con los patógenos o inhibiendo su reproducción³⁵. - Inhibe la replicación, la transcripción, la reparación y la recombinación del ADN bacteriano. - Inhibe la síntesis proteica bacteriana a nivel de la</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | subunidad 50S ribosomal y evita formación de uniones peptídicas. |
|--|--|--|

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | (00035) Riesgo de lesión r/c perfil hematológico anormal y alteración sensorial | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|----|----|----|----|--------------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| OBJETIVO: | El paciente mejorará su hemoglobina y controlará su nivel de glicemia. | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS | | | | | | | | | | | | |
| <p>Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase: Control del riesgo y seguridad (1908) Detección del riesgo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>GC</th> <th>SC</th> <th>MC</th> <th>LC</th> <th>NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>184209 Controla los cambios en el</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | 184209 Controla los cambios en el | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | <p>(6610) Identificación de riesgos</p> <p>- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.</p> | <p>-Tener un control de los riesgos permite predeterminar posibles consecuencias; se debe priorizar y trabajar en base a ellas, realizando cuidados específicos que permitan la mejora de los pacientes ².</p> <p>-La hemoglobina disminuida genera susceptibilidad y al existir una patología crónica que altera la sensibilidad y disminuye la circulación generan un riesgo potencial ²⁰.</p> |
| Indicadores | GC | SC | MC | LC | NC | | | | | | | | | |
| 184209 Controla los cambios en el | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|---|
| estado general de salud | | | | | | <p>-Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> | <p>-El estado nutricional refleja en cada momento si la selección de nutrientes es adecuada a las necesidades del organismo, por eso la evaluación del estado de nutrición debe formar parte de los exámenes de salud ².</p> |
| | | | | | | <p>(2120) Manejo de la hiperglucemia -Vigilar la glucemia (Hemogluco-test)</p> | <p>-El monitoreo continuo de glucosa permite mejorar o mantener el control metabólico en pacientes diabéticos, se debe tener niveles entre 70 -140 mg/dl (pac. sin diabetes 70 – 110 mg/dl) previniendo de esta manera las complicaciones, a través del uso de hemogluco-test. ¹⁷.</p> |
| | | | | | | <p>(3590) Vigilancia de la piel -Vigilancia de la piel.</p> | <p>-La piel del paciente con diabetes es susceptible a lesiones e infecciones, pues el mal funcionamiento de las células de defensa reduce su capacidad ante los hongos o bacterias, mismos que encuentran abundante alimento en los altos niveles de glucosa en sangre²⁰.</p> |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: | Riesgo de caídas r/c deterioro en la movilidad física. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|----|--|----|----|--|---|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|
| OBJETIVO: | El paciente no presentará caídas durante su estancia hospitalaria con los cuidados adecuados de enfermería pertinentes. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESULTADOS DE NOC | INTERVENCIONES DE RESULTADOS (NIC) | | | FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS | | | | | | | | | | | | | | |
| Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Control del riesgo y seguridad (1909) Conducta de prevención de caídas | (6490) Prevención de caídas -Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | -Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio | | | -Beneficia la capacidad funcional y prevención de caídas y/o fracturas ² . -El paciente debe brindar información subjetiva sobre sus limitaciones para desplazarse por sí solos, y permitan desarrollar estrategias que permitan su deambulación, su fuerza física y aumentar así su independencia, tener en cuenta que el equilibrio es indispensable para prevenir las caídas. ¹⁸ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | -Ayudar a la deambulación de las personas inestables | | | -Acto mediante el cual facilitamos al paciente su necesidad de movimiento, apoyado por personas y usando materiales de apoyo. ² | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="297 775 495 855">Indicadores</th> <th data-bbox="495 775 577 855">ND</th> <th data-bbox="577 775 640 855">RD</th> <th data-bbox="640 775 705 855">AD</th> <th data-bbox="705 775 768 855">FD</th> <th data-bbox="768 775 833 855">SD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="297 855 495 1061">100902 Proporciona ayuda para la movilidad</td> <td data-bbox="495 855 577 1061">1</td> <td data-bbox="577 855 640 1061">2</td> <td data-bbox="640 855 705 1061">3</td> <td data-bbox="705 855 768 1061">4</td> <td data-bbox="768 855 833 1061">5</td> </tr> </tbody> </table> | Indicadores | ND | RD | AD | FD | SD | 100902 Proporciona ayuda para la movilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | |
| Indicadores | ND | RD | AD | FD | SD | | | | | | | | | | | | | |
| 100902 Proporciona ayuda para la movilidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>-Informar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos</p> | <p>-La familia debe instaurar estrategias preventivas para hacer hincapié en la educación, capacitación y creación de entornos seguros, para prevenir riesgos que signifiquen una potencial caída caídas ¹⁸.</p> |
|--|---|---|

III. RESULTADO Y DISCUSIÓN

El presente trabajo de estudio tiene como principal objetivo satisfacer necesidades de salud del adulto mayor de 79 años, mediante la aplicación de los cuidados pertinentes al paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II con pie diabético infectado. Teniendo como base la teórica Dorothea Orem , basada en otras tres: donde se destaca que es necesario realizar actividades diarias con la finalidad de mantener el bienestar y mejorar la calidad de vida desarrollado por medio del autocuidado, a su vez menciona que el déficit del autocuidado depende de la atención de enfermería, la acción humana y los sistemas de enfermería; el paciente requiere el sistema totalmente compensador, en el que la enfermera(o) realizará su función principal para satisfacer necesidades.

Con respecto a los diagnóstico de enfermería reales encontrados son: El primer diagnóstico (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz originada por la diabetes Mellitus tipo 2 , donde se estableció como objetivo mejorar la circulación sanguínea en su miembro inferior derecho bajo los cuidados enfermeros , logrando cumplir con la meta del en un 70% luego de aplicar las intervenciones priorizadas: realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (pulsos periféricos, llenado capilar, color y T° de las extremidades), fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre glucosa, instruir al paciente y cuidados acerca de los cuidados de la diabetes. Lo que concuerda con la Asociación española de enfermería vascular y heridas, que menciona que en un paciente diabético los vasos, capilares arteriolas se ven afectados, y si es que no existe una valoración pertinente y cuidadosa, podría llegar a resultar un pie séptico (sin pulso, cambio en la coloración del tejido, aumento de la respuesta hiperémica) y posteriormente amputado o podría causar sepsis generalizada y muerte del paciente ⁴³.

El segundo diagnóstico fue: (00044) Deterioro de la integridad tisular relacionado con la presencia de neuropatía diabética y alteración a la circulación, se logró cumplir en un 70 % con el objetivo de mejorar la cicatrización de las úlceras por medio del plan de cuidado de enfermería: monitorear las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor, limpiar con solución salina fisiológica e inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de apósito, etc. Los autores ³⁶ mencionan que

el pie diabético es considerado una epidemia actual, pues el 25% de pacientes diabéticos desarrolla úlceras siendo mucho mayor el índice entre las edades de 45 a 65 años, siendo una de las complicaciones más recurrentes. La aparición de úlceras en el paciente confirmaría la investigación, aunque cabe destacar que entre las edades de rango no se encuentra el paciente, siendo en un adulto mayor mucho más complicada la recuperación. A su vez destacan que el uso de suero fisiológico al 0.9% es la solución más usadas para la limpieza de lesiones, que al ser usada arrastra la flora microbiana, y que la vigilancia de aparición de signos locales de infección contribuye a tener un control sobre las úlceras, acciones que se realizan en el paciente para su mejora.

El tercer diagnóstico es (00046) Deterioro de la integridad cutánea resultado de la alteración de la circulación y alteración sensorial, cuyo objetivo es cicatrizar las úlceras, cumpliendo la meta con un 70 %. Si bien es cierto en la actualidad el 7% personas diabéticas sufren alguna complicación durante su evolución. Un 10% de los casos de personas con pie diabético requieren de atención intrahospitalaria y amputación de la extremidad afectada pudiéndose prevenidas un 50% de estas, entre estos casos se encuentra el paciente mencionado en el proceso, si bien la evolución es tardía no ha habido presencia de complicaciones, pudiéndose prevenir una amputación. En este mismo sentido la incidencia de amputaciones es de 5,97 % por cada 100.000 diabéticos/año, viéndose elevadas estas cifras en edades superiores a los 45 años, la amputación pudo ser el resultado obtenido en paciente, debido a la gravedad de sus lesiones (úlceras), así como los factores como edad, función estructural son condicionantes en la evolución, pero las intervenciones del personal de salud sirvieron como base para la mejora de salud del paciente ⁴⁴.

En el cuarto diagnóstico (00078) Gestión ineficaz de la salud se asocia al conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, se logró cumplir con la meta del objetivo en un 100% siendo esta mejorar los conocimientos y desarrollará acciones eficaces para la gestión de su enfermedad (diabetes) durante su permanencia en el centro hospitalario y fuera de la institución donde se desarrollaron acciones fundamentales como: colaborar con el paciente en la elaboración de un plan terapéutico; proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado, y así establecer una rutina. Lo cual se reafirma con la teoría Orem que

promueve el desarrollo de acciones que permitan mantener o mejorar la salud, el bienestar y confrontar de manera enfática las necesidades para mantener la vida, curar las patologías y/o lesiones y hacer frente a las complicaciones ¹¹. Según los autores de la investigación⁴⁵ que determinan el nivel de conocimientos sobre la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por medio del Diabetes Knowledge Questionnaire y evalúan si existía asociación con la adherencia al tratamiento, tomaron como muestra a 210 pacientes, teniendo como resultado que el conocimiento sobre DM2 fue considerado adecuado en el 78,1% de los pacientes y se verificó que el 25,7% de ellos estaban adheridos al tratamiento farmacológico, de los cuales poseían características significativas sabían el proceso de enfermedad, consecuencias y factores desencadenantes. Si bien es cierto los porcentajes no son iguales en cuanto adherencia y conocimientos, estos son indicativos de que el conocimiento mejora la capacidad para adherirse al plan terapéutico, caso contrario este sería mucho más inferior a lo obtenido en del estudio como es el caso del paciente del estudio.

En el quinto diagnóstico (000132) Dolor agudo el cual es causado por agentes lesivos biológicos y físicos, se tuvo como objetivo disminuir el dolor al término de las intervenciones de enfermería, logrando la meta en un 100%, teniendo en cuenta las siguientes intervenciones: realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes y administrar cuidados analgésicos. Fernández M., en su investigación menciona que el personal de salud debe enfocarse en la vigilancia de factores que puedan desarrollar dolor, en el caso de un paciente diabético, el nivel de dolor puede ser indicativo de la proliferación de organismos lo que podría ser indicativo de proceso infeccioso ²¹. En la investigación realizada al profesional de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”, estableció que el 78% del personal toma en cuenta el diagnóstico para valorar el dolor, este es importante para tener una perspectiva del tratamiento a usar. Por otra parte, se identifica que el nivel de confianza generado para establecer la respuesta al dolor es de un 65%, lo que permite al 63% de enfermeras consultar sobre el inicio, tiempo e intensidad del dolor presentado, en el paciente diabético permitirá evaluar el proceso o evolución del pie diabético⁴⁶.

A su vez en el diagnóstico sexto: (00085) Deterioro de la movilidad física ocasionado por el deterioro musculoesquelético y deterioro sensorio perceptivo, se tuvo como objetivo recuperar la capacidad de ambulación con los cuidados adecuados de enfermería: instruir al paciente/ cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras, ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario, fomentando una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad e instruir al paciente sobre la importancia del cuidado de los pies, etc, lográndose cumplir en un 90%. Los autores ¹⁵ afirman que garantizar la seguridad para el traslado y deambulación puede prevenir la aparición de nuevas lesiones, así como asegurar la protección para no agravar complicaciones preexistentes.

Así mismo en el diagnóstico séptimo: (00108) Déficit autocuidado baño el objetivo planteado fue; que el paciente mostrará mejor apariencia personal, cumpliéndose la meta en un 100% posteriormente a las intervenciones de enfermería: colocar toallas, jabón, desodorante equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño, ayudar al paciente a con el cepillado de los dientes, las encías y la lengua. Jean E⁴⁷. recalca que la higiene en el adulto mayor, no es sólo una actividad de rutina insignificante si no también beneficia la salud física y emocional, teniendo como objetivo conservar en buen estado la piel, así como colaborar en el mantenimiento del estado de salud ⁴⁵.

También se consideraron diagnósticos de riesgo entre los cuales tenemos: El octavo diagnóstico (00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable, tuvo como objetivo controlará sus niveles de glucosa durante su estancia hospitalaria y posterior a ella, cumpliendo la meta en un 100% por medio de las actividades de enfermería, en las que destacan: Fomentar el autocontrol de la glucosa en sangre, vigilar la glucemia. Así mismo los autores³⁶ especifican que el papel asistencial de la enfermería al momento de brindar cuidados a un paciente con pie diabético lo primero que tenemos que tener en cuenta es el control de la glucosa, destacando el análisis de hemoglobina glicosilada , pues no sólo considera resultados de glicemia de un periodo de tres meses, sino también es considerado predictor del tiempo y forma de curación de una úlcera en el miembro inferior, ya que se ha comprobado por estudios cuantitativos que si el análisis evidencia niveles altos las heridas tardan mucho más tiempo en curarse, basados en estas indicaciones la enfermera a cargo debe desarrollar un plan de acción. Caballero

E., menciona que un paciente con una patología crónica como la diabetes presenta úlceras en un 15% a lo largo de su vida y el 80% de estas termina en amputaciones¹³, por lo cual recomendable tomar acciones en base la causa, que es el nivel de glicemia sostenida por tiempo prolongados.

En el diagnóstico noveno diagnóstico: (00004) Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel, se estableció el objetivo brindar cuidados adecuados que minimicen las infecciones intrahospitalarias, lográndose cumplir en un 80% con la meta, priorizando: control de la infección, uso de medidas de barrera. García E.⁴⁸, en su investigación determina la incidencia de infecciones; del total de ellas, el 40% desarrolla una infección leve (celulitis o eritema de piel < 2 cm); el 30%, moderada (celulitis > 2 cm o compromiso de TCS, tendón, músculo, hueso), y el restante 30%, severa (celulitis > 2 cm o compromiso de TCS, tendón, músculo, hueso, a lo cual se le añade el compromiso sistémico y las alteraciones metabólicas) siendo causado en un 70-90% por cocos gram positivos; los gérmenes gram negativos y anaerobios, lo que guarda relación con las complicaciones encontradas en el paciente encontrándose entre el 40% siendo una infección leve, lo cual es indicativo de mejora de tener una escala Wagner II ahora se encuentra en grado I.

En el décimo diagnóstico (00035) Riesgo de lesión es causado por perfil hematológico anormal y alteración sensorial, donde el objetivo fue mejorar su hemoglobina y controlar su nivel de glicemia, por medio del cuidado de enfermería, lográndose cumplir en un 100% con el objetivo. Laguado E., en su estudio menciona que la prevalencia de anemia aumenta con la edad y según las características específicas de los ancianos. Si evaluamos ancianos de la comunidad el 5 y 10% en pacientes de 65 a 70 años poseen anemia mientras que esa cifra se incrementa hasta 15-25% en pacientes de más de 80 años. Por el contrario, si nos centramos en ancianos (≥ 65 años) que cumplen criterios de fragilidad la prevalencia es mucho mayor y puede oscilar entre el 48 y el 60%. Se debe subrayar que la prevalencia de anemia grave ($Hb < 10g/dl$) es relativamente baja (11-13%) en esta población.

En el último diagnóstico (00155) Riesgo de caídas el cual se relaciona con el deterioro de la movilidad física, el objetivo era que el paciente no tuviera caídas durante su estancia hospitalaria con los cuidados adecuados de enfermería pertinentes: controlar la marcha, el equilibrio, ayudar al traslado de las personas inestables; el cual

fue logrado en un 100%. Los autores ³⁵ afirman que los ancianos con diabetes, tienen más riesgos de caídas, deterioro musculoesquelético y de incapacidad funcional, lo que afirma el diagnóstico de riesgo y más aún al encontrarse con úlceras esto representa un riesgo potencial para sufrir alteraciones en equilibrio. A su vez se debe tener en cuenta que la anemia tiene diferentes consecuencias en los ancianos, mayor incidencia de trastornos cardiovasculares, trastornos cognoscitivos y conductuales, disminución de la capacidad física y aumento del riesgo de caídas y fracturas.

IV. CONCLUSIONES

- La perfusión tisular periférica ineficaz causada por diabetes Mellitus tipo 2 que produce alteraciones como la neuropatía diabética y la vasculopatía, causando alteración del flujo sanguíneo en la zona afectada, por ello se realizaron actividades enfocadas a la mejorar de la circulación del miembro, lográndose un 70% de la meta del objetivo.
- El deterioro de la integridad tisular se encuentra relacionada con neuropatía diabética y alteración a la circulación (EAP), estos mecanismos han originado úlceras en el pie derecho grado II, pero debido a los cuidados brindados por el personal de enfermería como vigilancia del pie, su coloración, secreciones, se logró cumplir en un 70 % con el objetivo de mejorar la cicatrización de las úlceras.
- La piel es el órgano protector del organismo, este se encuentra alterada por causa de la deficiente circulación y alteración sensorial, que son originadas por compromiso de morbilidad, siendo esta patología crónica como la diabetes, generando complicaciones como el pie diabético. Donde se mejoró el diagnóstico a partir de los cuidados brindados: administración de antibióticos, valoración del progreso de las úlceras, logrando cumplir con el objetivo en un 70%.
- La gestión la salud implica la adherencia al tratamiento, así como los cambios en estilos de vida, si está no va de la mano con el conocimiento se genera complicaciones entre ellas pie diabético patología asociada al paciente, por lo cual se prioriza actividades enfocadas a la educación y el autocuidado, lográndose mejorar el objetivo en un 100%.
- El dolor es visto con una experiencia tangible y perturbadora, en el paciente se encontraba relacionado a la invasión de agentes lesivos biológicos y físicos, se sabe que al estar asociado a la patología de pie diabético la escala no es elevada, lo que indicaría una infección si fuera lo contrario. Cabe destacar que el objetivo se logró en un 100%, debido a los cuidados específicos del personal de enfermería relacionados a la administración de analgésicos.

- La movilidad física en el paciente se encontraba comprometida, al aplicarse actividades enfocadas a la mejora de la patología y seguridad, se logró la meta del objetivo en un 90% facilitando la realización de actividades físicas pasivas y cambios posturales.
- La higiene es signo de funcionalidad básica, al igual que la alimentación, al haber alteración es necesario enfocarse en las causas predisponentes; el personal de enfermería realizó actividades que benefician el aseo, entre ellas el lavado de dientes, educación, lográndose en un 100% el objetivo de mejorar la apariencia del paciente.
- La diabetes genera variaciones en el nivel de glicemia del paciente lo que genera un riesgo potencial, las fluctuaciones de glucosa originan complicaciones o las agravan, por lo que se desarrollaron actividades enfocadas a su control; siendo el objetivo logrado en un 100%.
- La infección es causada por agentes microbianos, que al asociarse a la alteración de la integridad cutánea (úlceras en pie diabético) son consideradas como factores agravantes, los cuidados de enfermería enfocados al control de infección y la seguridad del paciente, permitieron cumplir con el objetivo en un 80%.
- El riesgo de lesión es causado por perfil hematológico anormal y alteración sensorial, los cuidados de enfermería enfocados a la mejora de hemoglobina y control de glicemia, permitió cumplir con el objetivo en un 100%.
- El riesgo de caídas es potencial en un paciente que posee deterioro en la movilidad física, que es originado por mecanismos de producción de un pie diabético, y que al asociarse a factores desencadenantes generan úlceras, controlar estos factores a través de los cuidados de enfermería, permitió cumplir con el objetivo en un 100%.

REFERENCIAS

1. Hernández Y., Fernández I., Henríquez D., Lorenzo Y. Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Rev. Iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2018; 8(2):46-53. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>
2. Kozier B & Erb G. *Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica.* 9^{na} Edición. Vol. I. Ed. PEARSON EDUCACION. Madrid; 2012. ISBN 9787-1-118-91493-9
3. Laguado E., Camargo K., Campo E., Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos.* 2017; 28(3): 135-141
4. Chan M. *Obesidad y diabetes, una plaga lenta pero devastadora* [Internet]. Washington DC: OMS; 2016. [citado el 05 de enero del 2020] Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-dia-betes-disaster/es/>.
5. Pereira N., Hyunsuk P., Hong J. Úlceras del pie diabético: importancia del manejo multidisciplinario y salvataje microquirúrgico de la extremidad. *Rev. Chil Cir.* 2018; 70(6):535-543. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v70n6/0718-4026-rchcir-70-06-0535.pdf>
6. Reiber GE. The epidemiology of diabetic foot problems. *Diabet Med.* 1996;13 Suppl 1:S6-11.
7. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Rev. Enf Neurol (Mex)* [Internet]. 2011[citado 10 enero 2020];10(3):163-67. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
8. Heather Herdman T, Shigemi Kamitsuru. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2018-2020* [Internet]. 11a ed. España: Elsevier; 2018.
9. Durán A. *Examen Físico [Módulo].* Universidad Nacional de Mar de Plata; 2017
10. Rivera L. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Rev. Avances en enfermería.* Vol. XXIV N. 2. Universidad Nacional de Colombia. Pág. 91-97
11. Vega O., González D. *Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los*

- elementos conceptuales. Rev. Ciencia y cuidado. Vol.04 N.4. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28205325_Teoria_del_deficit_de_autocuidado_interpretacion_desde_los_elementos_conceptuales
12. Garrido A., Blasco C., Pinós P. El pie diabético. Medicina Integral. Elsevier; 2013: 41(1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-pie-diabetico-13044043>
 13. Caballero E. Plan de cuidados individualizado de paciente con pie diabético. Universidad del País Vasco; 2013. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/15813/elena%20caballero%20tfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Conde A., De la Torre C., Gar. El pie diabético, 2003; 31(4): 221-232. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc2003/mc034b.pdf>
 15. Matute C., Trochez A., Matute F., Padilla J., Fernández E., Perdomo R. Pie diabético y sus complicaciones. Rev. Archivos de medicina, 2016; 12(3):7
 16. OMS-OPS. Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C; 2018
 17. Hueso F. El manejo inefectivo del régimen terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra. Biblioteca Las casas,2005;1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0013.pdf>
 18. Fernández M. Fisiopatología del dolor. [Citado: 02 Febrero 2020]. Disponible en: <http://scartd.org/arxius/fisiodolor06.pdf>
 19. Paiva O., Rojas N. Pie diabético: ¿Podemos prevenirlo? Rev. Médica Clínica de las Condes, 216; 27(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300128>
 20. García P. Dolor abdominal. Editor: Rozman. Tratado de medicina interna. 13º edición. Barcelona: Doyma; 1995. app. 136-45
 21. López J., García J. Factores de riesgo cardiovasculares asociados a pie diabético. Rev. Médica Sinergia, 2019; 4(36): 4-20
 22. Villar T., Mesa M., Esteban A., Sanjoaquín A., Fernández E. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas: Síndromes geriátricos. Tratado de geriatría para residentes; 2019.
 23. Kozier & Erb.. Fundamentos de Enfermería. 9º edición. Barcelona. Vol. II; 2012

24. Laguado E., Camargo K., Campo E., Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Rev. Gerokomos*, 2017; 28(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135#aff3
25. Infosalus. La falta de aseo en los ancianos puede contribuir a que aparezcan problemas importantes de salud como las úlceras. *Rev. Europa Express*, 2003. Disponible en: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-falta-aseo-ancianos-puede-contribuir-aparezcan-problemas-importantes-salud-ulceras-20130210100100.html>
26. Ríos C, Sánchez J, Barrios S. y Guerrero S. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus. Madrid. 2004. pp. 42(2): 109-116
27. - Rickard CM, Webster J, Wallis MC, Marsh N, McGrail MR, French V, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomized controlled equivalence trial. *Lancet*. [Internet]. 2012 [Access Feb 16 2020];380(22). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612610824>
28. Beltrán C., Fernández A., Giglio M., Biagini L., Morales R., Pérez J., Aburto I. Tratamiento de la infección en el pie diabético. *Rev. Chilena de Infectología*, 2001; 18(3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182001000300008
29. Manterola C., Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en la investigación clínica. *32(2):634-645*; 2014. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>
30. Escudero V., Quirós F., Herrero M., Rodríguez B., etc al. La ética de la investigación enfermera. *Rev. Enfermería Castilla y León*. 2010; 2(2).
31. Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *Rev. Med. Interna* [Consultado el 10 enero de 2019]. Vol. 18, N.º 12, 2001. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wpcontent/uploads/2018/10/m151.pdf>
32. Noreña A., Alcaraz N., Guillermo J., Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Chía, Colombia. Vol. 12(3); 2012. Disponible en: <http://jbposgrado.org/icuali/Criterios%20de%20rigor%20en%20la%20Inv%20cualitativa.pdf>
33. RNAO. Assessment and management of foot ulcers for People with Diabetes.

- Clinical Best Practice Guidelines. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2003. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Assessment_and_Management_of_Foot_Ulcers_for_People_with_Diabetes_Second_Edition1.pdf
34. Galleguillos I. Julio A Diabetes y enfermedad vascular periférica. Rev. MED. CLIN. CONDES - 2009; 20(5) 687 – 697. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_20_5/15_Dr_Julio.pdf
 35. Vidal Vademecum Spain. Plataforma de medicamentos. Madrid, España
 36. Castillo R., Fernández J., Castillo F. Guía de práctica clínica en el pie diabético, 2014; 10(2). Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>
 37. Flores A. Prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Rev. Biomèdica revisada por pares, 2008; 8(2). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgicaacs/2/2695>
 38. OPS. Aspectos clínicos en la atención del adulto mayor: Manual de Educación Gerontológica para el personal de atención primaria de salud; 2001. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/proyecto_regional_ops.pdf
 39. Zabalegui A. El rol del profesional de enfermería, 2003; 3(1). Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16575997200300010004
 40. Taranilla L. Atención de enfermería al paciente con dolor. Universidad de la Rioja; 2015. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001116.pdf
 41. Lira D., Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. Rev. Neuro- Psiquiatría, 2018; 81(01). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348597201800010004
 42. Potter A. Fundamentos de enfermería. Vol. II Elsevier. España
 43. Asociación española de enfermería vascular y heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª edición; 2017. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ulceras/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>
 44. Medina. A. Feria L. Muñoz O. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Rev. Enfermería global, 2016; 17

45. Zamora C., Guibert A., De la Cruz T., Ticse R., Málga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 en un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Rev. Acta médica peruana*, 2019; 36(2): 96-103. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v36n2/a04v36n2.pdf>
46. González O, González E. y Toro R. Fisiopatología del dolor. *Rev Ven Anest* 2005. app, 1(3):26-33.
47. Jean E. Higiene en el adulto mayor. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://evajeangomez.blogspot.com/2008/09/higiene-en-eladulto-mayor.html>
48. García A. El pie diabético en cifras. *Apuntes de epidemia. Rev. Med. Electròn*, 2016; 38(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400001