

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL III
JOSÉ CAYETANO HEREDIA ESSALUD-PIURA, 2014-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

FLORA LILIÁN BECERRA MORALES

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY PRESIDENTE
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO SECRETARIA
- MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA VOCAL

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 217

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1674-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe	28
IV. RESULTADOS	38
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIALES	48
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN.

La incidencia y prevalencia del pie diabético, se está viendo incrementada debido a los cambios en el estilo de vida con predominio del sedentarismo y elevada ingesta calórica en la dieta. Se estima que en los próximos dos decenios la prevalencia de la diabetes mellitus puede pasar en los países desarrollados de 6% a 10% actual a más del 20%

Para el año 2025 la población diabética se habrá incrementado de 171 millones de personas aproximadamente 300 millones alcanzando los 366 millones en el año 2030, con especial incidencia en el grupo de edad a partir de 65 años: 82 millones de diabéticos en países en vías de desarrollo y 48 millones de países desarrollados (1

Según la OMS La Diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por altos niveles de azúcar en la sangre. Puede ser causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas. La llamada Diabetes tipo 2, es mucho más común que el tipo 1 y corresponde aproximadamente al 90% de todos los casos de diabetes, presentándose generalmente en la edad adulta.

- El número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014.¹

- La prevalencia mundial de la diabetes* en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014.

El pie diabético es el resultado de dos complicaciones crónicas que ponen en peligro su integridad, por un lado la arteriopatía periférica que condiciona una isquemia de la extremidad inferior y por otra parte la neuropatía en donde hay disminución de la sensibilidad, se pierden los reflejos musculares profundos y se altera la biomecánica del pie.

El presente informe denominado **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA- ESSALUD PIURA 2014- 2016** tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería a los pacientes que serán y son sometidos a este tipo de cirugías.

Así mismo el informe se desarrolló mediante la utilización de las técnicas como la observación, la entrevista, y el análisis documentado. El presente informe se desarrollará en 7 capítulos: INTRODUCCIÓN, I .PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, II. MARCO TEÓRICO, III. EXPERIENCIA PROFESIONAL, IV. RESULTADOS, V. CONCLUSIONES, VI. RECOMENDACIONES, VII. REFERENCIALES y ANEXOS.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Uno de los problemas más temidos, por la medida en que afecta la calidad de vida de los pacientes diabéticos, es la aparición de úlceras de miembros inferiores en la región de los pies como secuela de dos de las complicaciones crónicas más habituales de esta enfermedad: la neuropatía periférica y la insuficiencia vascular; ambos son factores desencadenantes del pie diabético. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el 2014, una prevalencia de 382 millones de diabéticos en todo el mundo, cifra que se estima que sobrepase los 592 millones antes de los próximos 25 años," de ahí que se plantee que esta entidad puede llegar a cobrar más muertes que el SIDA, y representa ya la cuarta causa de muerte en el mundo.

La insuficiente cicatrización del diabético es un grave problema médico no resuelto a nivel mundial. Se plantea que el 4 - 10% de los pacientes diabéticos desarrolla una úlcera del pie diabético (UPD) en algún momento de sus vidas y de éstos, aproximadamente entre el 5 y 24% de las UPD conducen a amputación en un período de entre 6 y 18 meses .(2)

En España la diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor repercusión, tanto en el ámbito sanitario como en el social. En el intervalo de edad de 30 a 65 años su prevalencia es del 6.2%, y en el de 30 a 89 años es del 10%.(1)

En el Perú, la prevalencia de Diabetes es del 1 al 10% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados, de estos pacientes el 12-15% padecen de pie diabético y en algún momento de su vida se hospitalizan por este padecimiento casi un 30 %; de estos el 25% deberá ser amputado y casi el 50 % de los pacientes amputados, deberá ser operado de la extremidad opuesta antes de los 5 años. (4)

El Hospital III José Cayetano Heredia – Piura, de alta complejidad y de referencia de la región Piura; que cuenta con servicios de hospitalización entre ellos el servicio de cirugía especialidades; entre las especialidades que atienden este problema son traumatología, cirugía cardiovascular y cirugía plástica; se ha podido observar pacientes que ingresan a hospitalizarse con lesiones grandes de pie diabético, lo cual no solo es un problema de adultos mayores ,sino de adultos maduros ,incluso de jóvenes que por falta de cuidados y educación continua ,o en ciertas ocasiones porque son incrédulos de los daños que esta enfermedad puede ocasionar, descuidan su salud ;motivo por el cual se convierte en mi área de interés en el presente informe.

1.2. -- OBJETIVOS:

1.2.1. Describir el cuidado de enfermería en pacientes con pie diabético en el servicio de cirugía especialidades del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD, Piura en el periodo 2014 - 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia profesional busca describir y realizar un análisis crítico reflexivo sobre el cuidado enfermero en los pacientes con pie diabético en el preoperatorio y posoperatorio, con el propósito de disminuir complicaciones como son la infección y/o amputación de las extremidades, y el reingreso al entorno hospitalario.

Así mismo el presente informe se justifica:

A nivel teórico el presente estudio servirá para incrementar los conocimientos en el cuidado de enfermería en pie diabético en el pre y post operatorio, con especial incidencia en la prevención, para no exponer a la infección o mutilación de un miembro, en el servicio de cirugía especialidades del hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD, Piura.

A nivel social el mencionado informe beneficiará tanto al profesional de enfermería, le permitirá brindar una atención especializada con calidad y calidez al paciente y la familia de tal forma que se insertarse a su entorno social y laboral en el menor tiempo posible, continuar con su proyecto de vida.

A nivel económico: los pacientes con pie diabético que presentan complicaciones son un problema evidente y permanente de salud pública.

Debido a los costos que conlleva; el no contar con un seguro de salud, la prolongando estancia hospitalaria, que generan mayor gasto económico tanto para el sector salud la institución y la familia.

Al realizar este trabajo se pretende disminuir la prevalencia de complicaciones en el paciente con pie diabético hospitalizados en el servicio de cirugía especialidades, brindándosele una atención especializada y humanizada por el equipo multidisciplinario y en especial el profesional de enfermería siendo el beneficiario no solo el paciente y la familia.

II. MARCO TEÓRICO:

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO para la realización del presente informe se recurrió a las siguientes fuentes:

2.11. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

ALMOCID María Noelia "PIE DIABÉTICO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN" A La Rioja 2015. Con los objetivos se pretendía investigar si los pacientes conocían la enfermedad y los riesgos que presenta a partir del aporte informativo y terapéutico que el kinesiólogo realizaba desde los C.A.P.S. Se utilizó un diseño descriptivo-documental de corte transversal, de un universo de 307 pacientes diagnosticados con diabetes. Se tomó una muestra de 60 pacientes y 7 kinesiólogos, recolectando los datos a través encuesta. Se observó que solo el 25% de los pacientes si recibieron información por parte del kinesiólogo. Un 51,7% no cumplen con los cuidados necesarios para evitar las complicaciones. El 28,6% de kinesiólogos si realizan prevención de Pie Diabético desde los C.A.P.S y un 71,4% no realizó pero intervino en la etapa de rehabilitación. Se concluyó que la mayoría de kinesiólogos tiene conocimiento sobre la patología pero no intervienen en el primer nivel de prevención. El 41,7% de los pacientes, conocía la enfermedad, no por parte del kinesiólogo si no por otros profesionales de la salud. (3)

HERNÁNDEZ T. J. "LAS BACTERIAS GRAM NEGATIVAS Y SU INFLUENCIA EN LA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO" Madrid 2014. Se observaron diferencias estadísticamente significativas según el tipo de bacteria aislada en el cultivo microbiológico (Gram positiva ó Gram negativa) en los niveles de glucemia y hemoglobina Glicosilada, en los antecedentes de retinopatía diabética y en la profundidad de la úlcera determinada por las escala de Wagner y por la escala de Texas, así como en la sensibilidad a diferentes antibióticos y en la formación de infecciones poli microbianas. Independientemente del tipo de bacteria causante de la infección, la identificación precoz mediante cultivo microbiológico y la aplicación de un tratamiento estandarizado consistente en antibioterapia guiada por cultivo, desbridamiento quirúrgico y curas locales de la úlcera homogeneizó el pronóstico. (4)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.

ALCALDE Ch. B. J. & CLAVIJO P. J. E. Trujillo 2013; con su tesis titulada: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CALIDAD DE PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN ADULTOS. El presente estudio de tipo descriptivo – correlacional, tuvo el propósito de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la calidad de práctica de autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos del Hospital Belén de Trujillo durante los meses de Enero a Mayo del 2013. La muestra estuvo constituida por 100 pacientes que acudían a consulta externa de endocrinología a quienes se le aplicó dos instrumentos:

El primero para indagar el Nivel de Conocimiento sobre la prevención de pie diabético en adultos y el segundo para medir la Calidad de práctica de autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos. Se encontró que el 48% tiene nivel de conocimiento regular, el 32% nivel de conocimiento deficiente y el 20 % nivel de conocimiento bueno. Respecto a la calidad de práctica de autocuidado los resultados mostraron que el 58% de pacientes tuvieron nivel inadecuado y el 42% nivel adecuado; así mismo se encontró que el 38% de pacientes diabéticos presentó nivel de conocimiento deficiente con una inadecuada calidad de práctica de autocuidado, en tanto que el 20% que presentó un nivel de conocimiento bueno tuvo adecuada calidad de práctica de autocuidado en la prevención de pie diabético concluyendo que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento y la calidad de práctica de autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos del Hospital Belén de Trujillo. (9)

CASTRO A. H. con su trabajo de investigación titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE UN HOSPITAL DE LIMA – PERÚ 2014." Este estudio tiene como **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo II **Métodos:** El presente estudio es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo método descriptivo de corte transversal.

La muestra fue de 44 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de mayo. Se empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario. **Resultados** los hallazgos indican que el nivel de conocimientos en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, de un total de 100% (44) pacientes encuestados, 41%(18) presentaron un nivel conocimientos bajo, mientras que 34% (15) presentaron un nivel de conocimientos medio y finalmente un 25% presentaron un nivel de conocimientos altos. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 predomina el nivel de conocimiento Bajo, seguido por el nivel de conocimiento medio, referido principalmente a la poca información sobre la técnica y materiales adecuados en el corte de uñas la pérdida de sensibilidad de los nervios; el reconocimiento de una inadecuada Circulación sanguínea en los pies. (10)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIÓN DIABETES:

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre., que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Clasificación de la diabetes:

Diabetes de tipo 1

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de la insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

Diabetes de tipo 2

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Consecuencias frecuentes de la diabetes

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios:

- Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.

- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal

PIE DIABÉTICO

Según el Consenso Internacional sobre Pie Diabético, es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con diabetes mellitus que no ha sido o no está siendo correctamente tratada. Por tanto, no debe ocurrir a efectos generales en pacientes cuya diabetes esté siendo controlada adecuadamente dentro de una relativa normalidad. La amputación de la extremidad inferior del afectado es reconocida como un elemento importante en el padecimiento y también está vinculada a la inestabilidad postural en personas de edad avanzada con diabetes. (5)

El pie diabético es una alteración clínica de base etiopatogenia neuropática inducida por hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o úlcera en el pie

La explicación es que una persona con Diabetes tiene un alto nivel de glucosa (azúcar) circulando en la sangre, esto puede producir la destrucción de nervios y vasos sanguíneos.

Cuando hay destrucción de nervios se pierde sensibilidad en las extremidades, especialmente del tobillo hacia abajo, por esta razón el diabético no sentirá sensaciones dolorosas en caso de que un calzado le esté produciendo daño, si una uña está lastimando la piel, si una piedrita le causa una herida, si se hizo un corte, como generalmente sucede se pinchan con un clavo o algo, etc., de esa forma puede llegar a producirse lesiones.

Como los elevados niveles de azúcar en la sangre también destruyen vasos sanguíneos esas lesiones pueden ser muy difíciles e incluso imposibles de tratar lo cual en algunos casos lleva a que la única alternativa sea la amputación de la parte afectada.

El pie diabético es la afectación o complicación más importante de la Diabetes Mellitus y principal causa de hospitalización por úlceras, infección, gangrena, amputación lo que representa el gasto de miles de millones de soles al sector salud.

La infección en el pie diabético se considera una emergencia médica, el retraso en el diagnóstico y tratamiento incrementa su morbilidad y mortalidad además de incrementar el riesgo de Amputación (2)

EPIDEMIOLOGIA

En el Perú, la prevalencia de Diabetes es del 1 al 10% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados, de estos pacientes el 12-15% padecen de pie diabético y en algún momento de su vida se hospitalizan por este padecimiento casi un 30 %; de estos el 25% deberá ser amputado y casi el 50 % de los pacientes amputados, deberá ser operado de la extremidad opuesta antes de los 5 años.

CAUSA DEL PIE DIABÉTICO

El factor más importante para el desarrollo de pie diabético es la neuropatía diabética que se caracteriza por la pérdida de la sensibilidad y fuerza en piernas. Frente a ello, los diminutos nervios de ambas extremidades se alteran hasta casi destruirse; por tanto, las personas comienzan a presentar progresivamente reducción de la sensibilidad periférica, hasta perderla por completo.

Por lo que cualquier traumatismo pasa desapercibido produciéndose una ulcera la cual es un portal de entrada para los microorganismos que conlleva a la aparición de celulitis que si no se inicia tratamiento a tiempo termina en un absceso con la acumulación de pus.

Otro mecanismo de la neuropatía es la afectación muscular que causa alteración en la distribución del peso en el pie originando puntos de presión que causa daño en el tejido por el aumento de la presión al estar de pie o caminando con lo consiguiente se presenta ulcera que es una vía de entrada para la producción de infección.(6)

COMPLICACIONES DE PIE DIABÉTICO

Complicaciones neuropáticas

Cuando se dice que el pie diabético tiene una "base etiopatogenia neuropática" se hace referencia a que la causa primaria que hace que se llegue a padecer un pie diabético está en el daño progresivo que la diabetes produce sobre los nervios, lo que se conoce como neuropatía. Los nervios están encargados de informar sobre los diferentes estímulos (nervios sensitivos) y de controlar a los músculos (nervios efectores). En los diabéticos, la afectación de los nervios hace que se pierda la sensibilidad, especialmente la sensibilidad dolorosa y térmica, y que los

músculos se atrofién, favoreciendo la aparición de deformidades en el pie, ya que los músculos se insertan en los huesos, los movilizan y dan estabilidad a la estructura ósea.

Si una persona pierde la sensibilidad en el pie implica que si se produce una herida, un roce excesivo, una hiperpresión de un punto determinado o una exposición excesiva a fuentes de calor o frío, no las sienta. (6) Ya que el dolor es un mecanismo defensivo del organismo que incita a tomar medidas que protejan de factores agresivos, los diabéticos pueden sufrir heridas y no darse cuenta. Además, la pérdida de control muscular favorece la aparición de deformidades y provocar roces, cambios en la distribución de los apoyos del pie durante la marcha y predisponer a determinados puntos del pie a agresiones que, de no ser atacadas a tiempo, pueden resultar fatales. (7)

Complicaciones vasculares

La isquemia, o sufrimiento tisular derivado de la insuficiencia arterial, es frecuente en los diabéticos, como consecuencia del daño que sufren los vasos sanguíneos a causa de la enfermedad. Las arterias tienen la función de aportar nutrientes y oxígeno a las células para que éstas funcionen correctamente. El pie es una zona de riego comprometido por su distancia al corazón y si a esto sumamos el daño que sufren los vasos sanguíneos, podemos imaginar que la circulación arterial del pie se vea ampliamente disminuida. Con ello se producen importantes trastornos tróficos, es decir, de la "alimentación de los tejidos", incluyendo debilidad de la piel, sequedad y otras alteraciones de las uñas, el vello.

Además, la insuficiencia arterial no solo provoca un sufrimiento de las células y de los tejidos que las componen, sino que además implica que la respuesta inflamatoria, que también depende del flujo circulatorio, se vea disminuida. Las arterias son responsables de llevar los materiales necesarios para que un tejido se regenere, de modo que si se forma una

herida, ésta difícilmente cicatrizará. A través de las arterias, los medicamentos alcanzan las distintas partes del organismo, así que si un paciente diabético sufre una infección en el pie y el riego circulatorio está disminuido, el éxito del tratamiento farmacológico sistémico (por vía oral principalmente) se reduce potencialmente porque el medicamento llega con mucha dificultad a la zona en la que tiene que actuar, si bien debe instaurarse aun asumiendo el riesgo de que no sea eficaz. Por otro lado, el tratamiento local, es decir, sobre la misma herida, resulta fundamental aunque por desgracia, dadas las dificultades añadidas, no siempre sea suficiente. (8)

Complicaciones de las úlceras

Las úlceras requieren todos los cuidados podológicos y médicos que estén al alcance del paciente, ya que no sólo no se resuelven espontáneamente, sino que tienden a agravarse, llegando en muchos casos a gangrenarse, lo que obliga a ejecutar amputaciones parciales o incluso totales de las zonas afectadas. Se estima que las complicaciones derivadas de la diabetes son la principal causa de amputación no traumática en el mundo. La suma de falta de riego sanguíneo con la acumulación de toxinas derivadas del metabolismo infeccioso puede facilitar la aparición de fenómenos necróticos; dicho de otro modo, pueden provocar que determinadas zonas de tejido mueran. Si ese tejido muerto no es eliminado correctamente puede provocar la liberación de toxinas en sangre que acaben por ocasionar una gangrena del miembro.

La gangrena es subsidiaria de un único tratamiento posible: la amputación o la muerte (si es que alcanza el sistema circulatorio a niveles superiores).

(9)

Determinación del grado de-riesgo en las lesiones del pie diabético

El interés básico de disponer de una clasificación clínica de los estadios en que cursa el Pie Diabético responde a la conveniencia de articular los protocolos terapéuticos adecuados a la necesidad de establecer su valor predictivo en cuanto a la cicatrización de la úlcera.

La clasificación de Wagner (Meggitt/Wagner), valora 3 parámetros:

- La profundidad de la úlcera, el grado de infección y el grado de necrosis
- Grado 0: No hay lesión, Pie de riesgo.
- Grado 1: Úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel pero no tejidos subyacentes.
- Grado 2: Úlcera profunda, penetrando hasta ligamentos y músculos pero no compromete el hueso o la formación de abscesos.
- Grado 3: Úlcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis.
- Grado 4: Gangrena localizada.
- Grado 5: Gangrena de todo el pie. (10)

TRATAMIENTO

El tratamiento local, según el grado de ulceración en la escala de Wagner es:

Grado	Tratamiento
0	El pie está en riesgo y no existe lesión. La actitud terapéutica es de índole preventiva.
1	El procedimiento terapéutico va direccionado a disminuir la presión sobre el área ulcerada. Generalmente no se presenta una infección.
2	La infección está presente, por lo que es necesario obtener muestras para cultivo. Debe realizarse una desbridación, curación tópica y utilizar antibióticos y coadyuvantes. Dentro de los coadyuvantes más efectivos, novedosos y de fácil aplicación son los productos a base de iones de plata.
3	Se caracteriza por la existencia de una infección profunda, con formación de abscesos, a menudo de osteítis. La intervención quirúrgica es una posibilidad.
4	Los pacientes afectados requieren hospitalización urgente y valoración del componente isquémico, que en esta fase suele estar sumamente afectado. En términos generales, se procede a cirugía revascularizadora, para evitar la amputación, o conseguir que esta pueda realizarse a un nivel distal de la extremidad.
5	Se requiere amputación ya que la vida del paciente está en riesgo.(11)

PREVENCIÓN EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

La prevención de úlceras es básica para un paciente con diabetes, ya que de ésta depende el evitar futuras complicaciones; para ello se deben de llevar ciertas medidas y evaluaciones como lo son:

- 1.- Inspección del estado de la piel y de las uñas (hiperqueratosis, maceraciones, paroniquia, uñas fúngicas).
 - 2.- Exploración de la sensibilidad mediante mono-filamento.
 - 3.- Exploración de signos y síntomas de neuropatía autonómica (sequedad, menos sudoración) y motora (debilidad y atrofas musculares) que origina "dedos en garra" y ausencia de reflejos tendinosos.
 - 4.- Exploración vascular mediante el índice tobillo-braquial, palpación de pulsos, temperatura. Síntomas de arteriopatía.
 - 5.- Valoración de deformidades del pie y puntos de hiperpresión (dedos en garra o martillo, hallux valgus, cabeza metatarsianas prominentes, pie charcot.
 - 6.- Recomendar al paciente que limite el uso directo de talco a la piel del pie, ya que éste ocasiona mayor sequedad.
 - 7.- Utilizar humectantes en crema o aceites, como vaselinas o aceite de almendras, para mantener una buena hidratación y evitar grietas.
- También es importante que el personal de salud capacite a los pacientes sobre las acciones de autocuidado, tales como la revisión frecuente del pie, pliegues interdigitales y el uso de un calzado adecuado. (12)

PREVENCIÓN PARA LA DIABETES

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe:

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable, que evite el azúcar y las grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares.

TRATAMIENTO PARA A DIABETES

El tratamiento de la diabetes consiste en una dieta saludable y actividad física, junto con la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar.

Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran⁸:

- El control de la glucemia, en particular en las personas que padecen diabetes de tipo 1. Los pacientes con diabetes de tipo 1 necesitan insulina y los pacientes con diabetes de tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina.
- El control de la tensión arterial; los cuidados podológicos.

Otras intervenciones económicas son:

- Las pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera).
- El control de los lípidos de la sangre (regulación de la concentración de colesterol).

- La detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes.

CUIDADO ENFERMERO DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO SEGÚN LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Para el cuidado de pie diabético pre y pos operatorio tendré en cuenta las siguientes teorías.

La Teoría de Jean Watson aporta como conceptos principales los factores de cuidado, el momento caring y desarrolla la relación transpersonal. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. En la actualidad y en nuestro contexto, la teoría de Watson nos guía hacia una toma de conciencia de la esencia de nuestra profesión, el cuidado, y reformula su implementación en las diferentes áreas de actuación: asistencia, gestión, formación e investigación. (54) **En el área de la asistencia:** La implementación de la teoría del cuidado no es posible en la práctica sin el soporte gestor ni institucional, ya que requiere un tejido de soporte sólido para proporcionar unos cuidados de calidad coherentes con su filosofía. El objetivo de Enfermería según el enfoque de cuidados de Watson es mejorar la atención a las personas, su dignidad e integridad.

En el área de la gestión: A través del compromiso de la gestión enfermera se (54) genera un clima que favorece los cuidados enfermeros y la salud en el trabajo, promoviendo la calidad de los cuidados. La teoría del cuidado de Watson promueve un clima favorecedor para el crecimiento personal de cuidadores y cuidados. Ello genera una autorrealización personal y profesional y proporciona valores para un mayor compromiso con la profesión. **En el área de la formación:** Watson reconoce que la experiencia práctica y del entorno del trabajo son los

mayores componentes que contribuyen al aprendizaje del cuidado. En consecuencia, se aprende de los pacientes, de las familias, de los colegas, de los gestores y de la filosofía y políticas institucionales.

En el área de la investigación: Sobre este particular, Watson expresó que para mejorar el cuerpo de conocimientos relativo a los cuidados se requiere continuos estudios enfermeros del tipo cualitativo y cuantitativo proyectados hacia los distintos campos de aplicación del cuidado. Es evidente que en esta teoría el profesional de enfermería dedica su práctica enfermera a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Estos cuidados, deben ser holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. De allí, que Watson a través de su teoría promueva la sensibilización de los profesionales hacia los aspectos más humanos.

Teoría del Autocuidado, Dorotea Orem explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el mismo, entre estos:

1) los requisitos de autocuidado universal: los cuales, son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgo e interacción de la actividad humana.

2) los requisitos de autocuidado del desarrollo: que promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, previene la aparición

de condiciones adversas o mitiga los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano (niñez, adolescencia, adulto y vejez).

3) los requisitos de autocuidado de desviación de salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. Sobre la Teoría del Déficit de Autocuidado: describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de enfermería

Madeleine Leininger en su teoría definió numerosos términos, sin embargo para efectos del presente estudio consideré relevante destacar los siguientes: salud, contexto ambiental, cultura, visión del mundo, y cuidado de enfermería. En lo atinente a la salud, Leininger la estimó como un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente. Al contexto ambiental, lo consideró como la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinado entornos físicos, ecológicos, sociopolíticos y culturales.

Las teorías de enfermería antes citadas las consideré relevantes para fundamentar la teoría sobre el cuidado humano de la persona diabética, ya que a través de ellas, pude comprender las diferencias culturales que se dan respecto a la asistencia, la salud y la enfermedad. Del mismo modo, proporcionan un carácter holístico, dado que están centradas en los seres humanos, los valores, las creencias, el entorno, y el lenguaje.

Estas teorías auguran un sin fin de soluciones a los grandes problemas de salud y cuidados que se presentan en la actualidad. (13)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

PIE DIABÉTICO.- Es una alteración clínica de base etiopatogenia neuropatía inducida por hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o úlcera en el pie.

CUIDADOS.- El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

CUIDADOS PREOPERATORIOS.- El concepto de preoperatorio se utiliza en el ámbito de la medicina y permite nombrar a aquello que tiene lugar en las etapas previas a una operación quirúrgica. Lo habitual es que, antes de una intervención, el paciente deba cumplir con ciertos requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito.

CUIDADOS POSOPERATORIOS.- Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía

III. EXPERIENCIA LABORAL

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó del cuaderno de registro de ingresos y egresos del paciente, censo diario de pacientes y de la oficina de estadística del hospital III José Cayetano Heredia Es salud Piura de los últimos años 2014 a 2016.

Para la realización de los cuadros recurrí al programa Excel para la elaboración de los resultados

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Inicié mi carrera profesional en febrero 1991 a febrero 1992 con el SERUMS por 6 meses en el Centro de Salud de Puerto Eten Chiclayo y 6 meses en el Hospital Belén de Lambayeque como enfermera asistencial durante la epidemia del Cólera, la cual se presentó por primera vez en el PERÚ siendo una experiencia laboral inolvidable y de gran trascendencia en mi vida profesional.

Continúe trabajando en el Hospital Belén de Lambayeque hasta mayo de 1995 realizando funciones de mi competencia en los diferentes servicios de Cirugía, Medicina y emergencia, adquirí las bases de mi experiencia profesional, trabajando en equipo con profesionales de amplia experiencia profesional, que enriquecieron mi vida personal y profesional.

El 22 de julio de 1995 trabajé con plaza de nombramiento en el Centro de Salud Contumazá por 1 año 8 meses, allí estuve a cargo de los diferentes programas de salud y del área de hospitalización, luego fui destacada al Hospital Belén de Lambayeque hasta el 06 de julio 1999 fecha en la que renuncié a la plaza por motivos familiares.

La vida me da la oportunidad de concursar un 22 de julio 1999 ganando la plaza de enfermera nivel P3 en el Hospital I ESSALUD de Sullana, en este hospital me asignaron como responsable del área de hospitalización donde realice funciones asistencial y de coordinación en el año 2002.

Posteriormente en el 2004 me asignaron como responsable de los consultorios externos, fui miembro del comité de Gestión y mejoramiento de la calidad, así mismo en 3 oportunidades estuve encargada de la coordinación de enfermería. Del Hospital I ESSALUD Sullana. En este año tuve la oportunidad de realizar diplomado en GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA, los cuales incrementaron mis conocimientos para fortalecer las acciones en Gerencia.

En los años 2005 y 2006 la vida me brindó la oportunidad de asumir retos en la función administrativa asumiendo la coordinación de enfermería en este hospital; posteriormente continúe como enfermera asistencial en los servicios de emergencia y neonatología hasta mayo del 2009.

En junio del 2009 fui destacada al Hospital III Cayetano Heredia Piura, lugar en donde he tenido la oportunidad de ejercer funciones asistenciales en los diferentes servicios como son UCIM, Medicina, Cirugía General, Cirugía de Especialidades y procedimientos de rayos x; además, adquirí experiencia en modulo pre quirúrgico y consultorios médicos como encargada de la coordinación del servicio.

Desde setiembre 2014 hasta la actualidad estoy fortaleciendo el área administrativa realizando la función de coordinadora del servicio de Cirugía de especialidades, lo cual me ha permitido adquirir experiencia y aumentar mis habilidades y destrezas.

3.3. PROCESOS REALIZADOS:

El servicio de cirugía de especialidades se encuentra ubicado en el 3er piso del Hospital III José Cayetano Heredia ESSALUD ,atiende a pacientes de 8 especialidades como neurocirugía, traumatología, urología, cirugía oncológica, otorrinolaringología, odontología, cirugía plástica y cirugía de tórax y vascular.

Este servicio cuenta con 46 camas, las cuales tienen un porcentaje de ocupación del 100%, además tenemos pacientes asignados al servicio en calidad de alojados en el servicio de cirugía general, medicina y recuperación los cuales son priorizados para otorgarles camas, para facilitar el ingreso de los post operados de emergencia y además el hacinamiento.

En este servicio los pacientes en pre y post quirúrgicos están ubicados en solo ambiente de diferentes especialidades, la enfermera coordinadora o la asistencial en el post operatorio los reubica según la intervención quirúrgica realizada.

En cuanto al personal que labora en el servicio es: En el turno de mañana 1 coordinadora de enfermería y 02 enfermeras asistenciales, así mismo en este turno laboran 01 técnico de enfermería para tópico y 02 técnicos asistenciales, por los turno de tarde y noche laboran 02 enfermera y 02 técnicos de enfermería.

La programación del personal (Roles) es una de mis funciones que realizo mensualmente, además soluciono problemas cuando hay falta el personal técnico o licenciada de enfermería, en algunas oportunidades he tenido que continuar la labor asistencial en el turno de la tarde, teniendo en cuenta que una sola enfermera no lograría brindar la atención de calidad a 46 pacientes, dentro de los cuales 5 pacientes de grado de dependencia III.

Durante mi labor asistencial he tenido la oportunidad de brindar cuidados al paciente con Pie Diabético que ingresa del servicio de emergencia y medicina asumido por la especialidad de cirugía plástica. A este tipo de paciente se le

ubica en un ambiente aislado debido al grado de infección que presenta y previniendo el contagio a los pacientes post operados.

Los pacientes con pie diabético van a presentar hiperglicemia o hipoglicemia por lo que realice el control estricto de glucosa cada 8 horas, usando el glucómetro y según los resultados se le administra insulina según la indicación del endocrinólogo, teniendo en cuenta la bioseguridad del paciente y educándolo sobre la importancia del monitoreo de la glucosa, ya que algunas veces se negaba a la realización del mencionado procedimiento, por ello la teoría de Watson nos orienta a brindar cuidado guiado con normas morales y estar comprometidos en el proceso del cuidado que debe ser humano, ya que la esencia de nuestra profesión es el cuidado en las diferentes áreas de actuación.

Al paciente con pie diabético se le coloca una vía endovenosa que muchas veces son de difícil acceso venoso, debido a las alteraciones vasculares que presenta por mantener elevados niveles de azúcar en la sangre.

La realización de la curación de herida de pie diabético, es traumático y durante este procedimiento el paciente muestra cólera, preocupación y desconcierto manifestando muchas veces " mejor me muriera", "en cuanto tiempo me curaré" Mi tema de informe se relaciona Dorotea Oren con su teoría de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida. También manifiesta síntomas de depresión por lo que se le brinda apoyo emocional.

Se realizó la vigilancia en la dieta, observándose que algunas veces no ingería ciertos alimentos como el pescado, la papa porque tenía la creencia, si los ingería no se recuperaría su herida. En este aspecto se relaciona mucho con la teoría de Madeleine Leininger con su teoría transcultural orientada a un cuidado holístico respetando las creencias, valores, costumbres.

La mayor satisfacción y estimo para un profesional comprometido con el cuidado del paciente es el agradecimiento sincero por haberlo cuidado cuando se va de alta.

Como aporte e innovación se ha elaborado guías para la atención del paciente con Pie Diabético y así mismo para el servicio tenemos guías de procedimientos que están en proceso de aprobación las cuales se adjuntan como anexos.

3.4. APORTES

GUÍA PARA EL CUIDADO DE PIE DIABÉTICO

Objetivo General:

La misión enfermera despierta con el fin de ofrecer a las personas que padecen este proceso crónico una mejora en la continuidad de los cuidados que proporcione unos conocimientos satisfactorios con la práctica de hábitos saludables, el de vida de las personas y familias evitando las complicaciones tardías de esta enfermedad.

Objetivos Específicos:

1. Identificar al paciente con pie de riesgo.
2. Educación sanitaria del paciente, familiares y/o cuidadores para el correcto cuidado del Pie Diabético. desarrollo de autocuidados y el manejo efectivo del régimen terapéutico; cuyo resultado sea el buen control de la enfermedad y mejore la calidad
3. Aumentar la autoestima e independencia del paciente respecto a su nueva situación.
4. Prevención, detección y tratamiento precoz de cualquier lesión en el pie, especialmente úlcera.

I. Materiales

- 1.1. Materiales para el Grado 0 de pie diabético, según clasificación de Wagner:

- Material para higiene: palangana, toalla, jabón o gel de pH ligeramente neutro, guantes no estériles, lima de cartón, espejo, agua tibia, cremas ricas en sustancias hidratantes y suavizantes como lanolina.
- Material para el control glucémico: reflectómetro, tiras reactivas, lancetas, guantes.
- Material de curas: apósito hidrocólicoide extrafino, antiséptico, piedra pómez, crema salicilada al 10%, antimicóticos, crema de urea al 15%.
- Material para educación: trípticos informativos, hoja de periódico.

1.2. Actividades

1. Comprobar los conocimientos del paciente sobre la diabetes mediante anamnesis.
2. Lavar el pie del paciente diabético con agua tibia y jabón ligeramente neutro.
3. Exploración del estado general del pie, especialmente en los espacios interdigitales, buscando presencia de humedad, maceración, descamación de la piel, cortes o heridas.
4. Si hay hiperqueratosis, se aplicará tópicamente vaselina salicilada al 10% una vez al día durante una semana, o crema hidratante a base de lanolina o urea después de un correcto lavado y secado de los pies, 1-2 veces al día. La utilización de piedra pómez es muy recomendable para eliminar durezas.
5. Si hay fisuras, aplicar un apósito hidrocólicoide extrafino cada 48-72 h. Están indicados los antisépticos suaves y, a ser posible, que no tiñan la piel.

6. En el caso de presentar deformidades, valorar la posibilidad de prótesis de silicona o plantillas.
7. Uña incarnata: no cortar las uñas sino limarlas. Si ésta es recidivante se realizará tratamiento quirúrgico.
8. Micosis, pie de atleta: se trata con antimicóticos tópicos y evitando la humedad del pie.

Educación sanitaria

1. Buen control metabólico.
2. Evitar el tabaco y el alcohol.
3. Evitar el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.
4. Nunca caminar descalzo sobre cualquier superficie o piso, especialmente en la playa.
5. Calzado:
 - a) inspeccionar el calzado por dentro diariamente (grietas, clavos punzantes, piedrecillas o cualquier otra irregularidad que pueda irritar su piel)
 - b) los zapatos deben ser amplios, confortables y bien acojinados, blandos y flexibles y de cuero porque transpira mejor el pie (se recomiendan zapatos deportivos con suela de goma); si son nuevos, utilizarlos de forma progresiva (mejor a última hora de la tarde), y con poco tacón (2-3 cm en varones y hasta 4 cm en mujeres). La puntera debe permitir el movimiento de los dedos. La suela debe ser antideslizante y no demasiado gruesa.
6. Calcetines: utilizar siempre, incluso con sandalias o zapatillas. Son preferibles de algodón o lana, de tamaño adecuado y sin costuras, remiendos o dobleces. Cambiarlos cada día. Se evitarán las ligas.

7. Higiene: es necesario lavarse los pies diariamente, con agua tibia o fría, durante 5 min. Antes de introducir los pies en el agua se debe comprobar la temperatura con el codo. Es importante secar con cuidado los pies, sobre todo entre los espacios interdigitales. Para ello se puede usar un secador con aire frío (se puede utilizar polvos de talco con óxido de cinc sobre las zonas donde se acumula la humedad).

No utilizar almohadillas eléctricas o botellas de agua caliente para calentarse los pies.

Hidratación: después del aseo, aplicar crema hidratante en la planta, el dorso y el talón, pero no en los espacios interdigitales (crema de urea al 15% o con lanolina).

8. Inspección diaria: se realizará observando el dorso, la planta y los espacios interdigitales con un espejo.

Buscar: lesiones entre los dedos, cambios de color, hinchazón, ampollas, callos, durezas, cambios en la cantidad de vello en las piernas, parestesias, inflamación, quemaduras, ulceraciones.

Si tiene helomas y/o hiperqueratosis, evitar la «auto cirugía de cuarto de baño». Se recomienda acudir al podólogo.

Si aparece alguna de las lesiones anteriores, lavarla con agua y jabón, aplicar antiséptico incoloro y cubrir con gasas; tras ello, se acudirá al podólogo o centro sanitario de referencia identificándose como diabético.

9. Uñas: deben cortarse con cuidado usando tijeras de borde romo, aunque es preferible limarlas, nunca más allá del límite de los dedos (1-2 mm) y sus bordes han de quedar rectos, se puede utilizar lima de cartón. Las uñas gruesas o que se rompen con facilidad deben ser cortadas por un podólogo.

10. Camine diariamente al menos 30 min. Ir aumentando gradualmente la distancia recorrida, con calzado adecuado. Ejercicio recomendado: nadar, montar en bicicleta.

Enseñar ejercicios del tipo: descalzo, sin calcetines y sentado cómodamente en una silla, coloque una hoja de periódico bajo sus pies e intente partirla a la mitad usando solamente los pies. Una vez conseguido, repita la operación con cada uno de los trozos obtenidos 2 veces más. Por último, intente formar con todos los trozos una pelotilla de papel, recordando que solamente puede utilizar los pies para ello, y una vez que lo haya hecho, cójala con ambos pies y tírela lo más lejos posible.

1.3. Materiales para el Grado 1-2 de pie diabético, según clasificación de Wagner:

- Material de curas: guantes estériles y no estériles, suero fisiológico y solución antiséptica (Clorhexidina), gasas estériles, sulfadiacina argéntica, apósito hidrocólicoide, alginatos o apósitos de carbón activado y plata, jeringa de 50 ml, bisturí, vendas de algodón y crepé, esparadrapo, hisopo estéril, compresas estériles de gasa hidrófila. Material para control glucémico.

1.4. Actividades

1. Exploración física del pie, prestando especial atención a la superficie plantar, cabeza de los metatarsianos y espacios interdigitales, buscando pérdida de espesor cutáneo.
2. Evaluar la causa que originó la lesión.
3. Tomar una muestra de la úlcera hasta llegar al fondo para cultivo y antibiograma.
4. Limpieza diaria de la herida con suero fisiológico o solución antiséptica (Clorhexidina) y desbridamiento en caso de que presente tejido necrótico, esfacelos o detritos; ayudarnos con productos como las enzimas proteolíticas o los hidrogeles.
5. Valorar la lesión cada 2-3 días, especialmente la existencia de infección: celulitis, crepitación, afección ósea, exudado purulento, fetidez, profundidad, fistulas, gangrena.
6. Se recomienda realizar una cura húmeda para favorecer la cicatrización. Tópicamente, ante signos de infección, estaría indicado el uso de sulfadiacina argéntica y en lesiones muy exudativas, productos absorbentes, como los apósitos de hidrofibra de hidrocoloide, los alginatos, y también los apósitos de carbón activado y plata.
7. Se aconseja, para favorecer el retorno venoso, elevar las piernas con una almohada al dormir y al sentarse.
8. Realizar ejercicios de flexoextensión y rotación del tobillo y, si es posible, de la rodilla.
9. Reposo estricto durante un mínimo de 3 semanas.
10. Realizar una radiografía focalizada de la zona.
11. Vendaje de la zona lesionada con vendas de crepé (técnica en espiral o en ocho).

12. Antibióticos si hay infección tras la recogida de cultivo, siempre con prescripción médica. Analgésicos necesarios asociados a inhibidores de la secreción gástrica. Heparina cálcica subcutánea y uso de algún plan de antiagregación plaquetaria y pentoxifilina.
13. Educación sanitaria.
14. Fisioterapia del pie diabético: evitar los ejercicios de apoyo de peso, como trotar y la marcha prolongada. Sí se realizarán ejercicios sin carga de peso como natación, ciclismo, remo y ejercicios de los miembros superiores.
15. Localmente, ante una úlcera que no sigue una evolución satisfactoria, se sospecha osteomielitis (realizar siempre una radiografía de la zona)

1.5. Materiales para el Grado 3-4 de pie diabético, según clasificación de Wagner:

- Material de curas y control glucémico), oxígeno directo sobre la úlcera

1.6. Actividades

1. Exploración física del pie (especial atención a los pulsos periféricos, tiempo de llenado capilar).
2. Si presenta abscesos, gangrena húmeda o signos generales de infección, derivar al hospital.
3. Radiografía focalizada de la zona.
4. Muestra de la herida para cultivo y antibiograma.
5. Limpiar con suero fisiológico a chorro teniendo en cuenta que el envase no toque la piel. Desbridamiento si procede y vendaje de la zona.

6. Antibióticos en caso de infección según prescripción médica. Analgésicos necesarios asociados a inhibidores de la secreción gástrica. Heparina cálcica subcutánea y uso de algún plan de antiagregación plaquetaria y pentoxifilina.
 7. Oxigenoterapia según prescripción médica directamente sobre la piel (con mascarilla o tubo).
 8. Educación sanitaria y fisioterapia del pie diabético.
 9. Gangrena de un dedo/dedos del pie: estudiar circulación periférica y valorar tratamiento quirúrgico.
- 1.7. Materiales para el Grado 5 de pie diabético, según clasificación de Wagner:
- Material de curación.
- 1.8. Actividades
2. Tratamiento preoperatorio: abarcaría 1-5 días.
 3. Cuidados posquirúrgicos: valorar el estado físico y mental del paciente.
 4. Educación sanitaria.
 5. Recomendaciones al alta hospitalaria: controlar la presión arterial, el consumo de tabaco y controlar los valores de glucosa y lípidos en sangre; dieta correspondiente. Se recuerdan los cuidados de la lesión y la importancia de evitar el apoyo sobre ésta.

IV. RESULTADOS

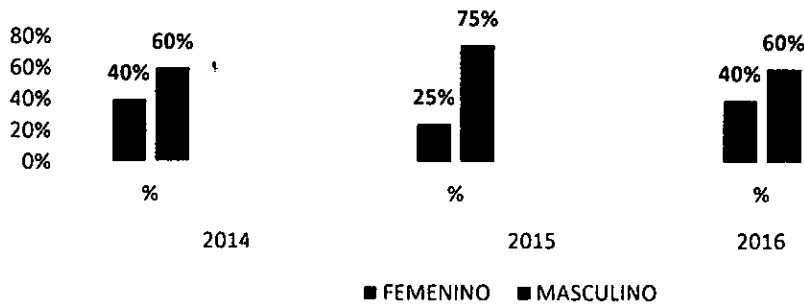
TABLA 01: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN GENERO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2014 – 2016.

SEXO	2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	8	40%	4	25%	8	40%
MASCULINO	12	60%	12	75%	12	60%
TOTAL	20	100%	16	100%	20	100%

Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

GRAFICO 01: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN GENERO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2014 – 2016.

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABETICO SEGUN SEXO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES, PERIODO 2014 - 2016



Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

La tabla 01: Según género en la tendencia de los años existe mayor prevalencia en el sexo masculino que el femenino, en el año 2014 el 60% fue del sexo masculino frente a un 40% del sexo femenino, el año 2015 el 75% estuvo representado por el sexo masculino frente a un 25% del sexo femenino y en el año 2016 el 60% fue sexo masculino frente a un 40% del sexo femenino.

TABLA 02: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2014 - 2016

EDAD	2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%
40 - 44 años.	2	10%	2	13%	2	10%
45 - 49 años.	3	15%	2	13%	3	15%
50 - 54 años.	1	5%	3	19%	3	15%
55- 59 años.	2	10%	1	6%	4	20%
60 - 64 años.	4	20%	3	19%	2	10%
65 - 69 años.	3	15%	1	6%	2	10%
70 - 74 años.	4	20%	2	13%	3	15%
75 - 79 años.	1	5%	2	13%	1	5%
TOTAL	20	100%	16	100%	20	100%

Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

Tabla 02: Las complicaciones según la edad en el periodo 2014 – 2016, en el año 2014 hubo mayor incidencia en las edad de 60 – 64 años con un 20%, seguido del grupo de 45 – 49 años y el de 65 – 69 años con un 15%, y seguido del grupo de 40 – 44 años y el de 55 – 59 años con un 10%. En el año 2015 hubo mayor incidencia en el grupo de 50 – 54 años seguido del grupo de 40 - 44 años, 45 - 49 años, 70 - 74 años, 75 - 79 años con el 13%. En el año 2016 la mayor incidencia se presentó en el grupo de edad 55 – 59 años con un 20% seguido por 45 - 49 años, 50 - 54 años, 70 - 74 años con un 15%.

Se puede decir que la incidencia de complicaciones según edad es cambiante en los años pero la mayor incidencia se presente en personas adultos maduros y adultos mayores con mayor frecuencia.

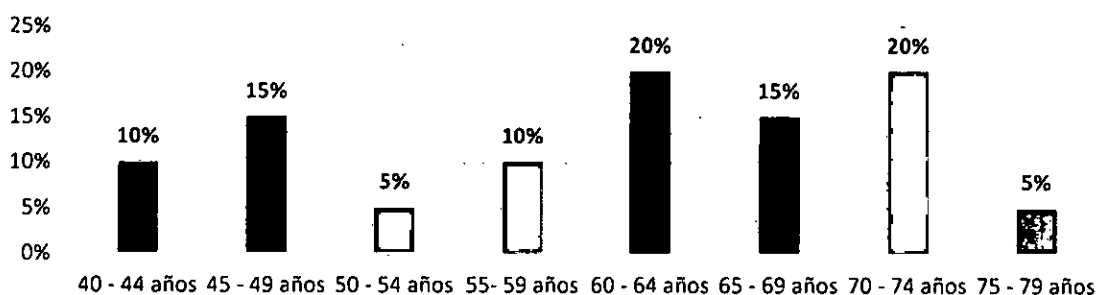
TABLA 03: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2014.

EDAD	N	%
40 - 44 años	2	10%
45 - 49 años	3	15%
50 - 54 años	1	5%
55- 59 años	2	10%
60 - 64 años	4	20%
65 - 69 años	3	15%
70 - 74 años	4	20%
75 - 79 años	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

GRAFICO 02: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2014.

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABETICO SEGUN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGIA ESPECIALIDADES, PERIODO 2014.



Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

Tabla 03: las complicaciones según edad en el año 2014 hubo mayor incidencia en el grupo de edad 60 – 64 años con un 20%, seguido del grupo de 45 – 49 años y el de 65 – 69 años con un 15%, y seguido del grupo de 40 – 44 años y el de 55 – 59 años con un 10%.

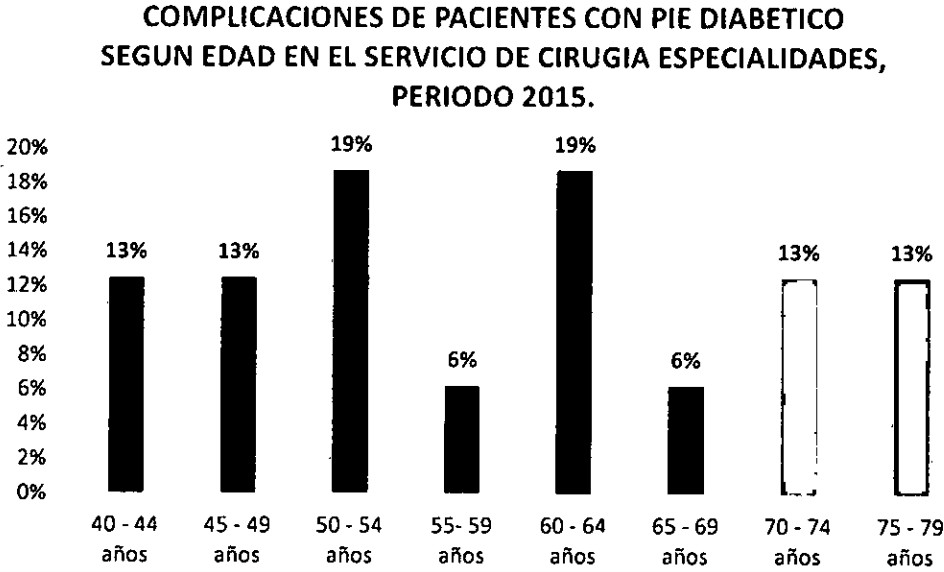
Según la tabla 03 se puede decir que los grupos de edad que presentan mayor complicaciones son las personas adultas mayores del grupo de edad de 60 – 64 años.

TABLA 04: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2015.

EDAD	N	%
40 - 44 años	2	13%
45 - 49 años	2	13%
50 - 54 años	3	19%
55- 59 años	1	6%
60 - 64 años	3	19%
65 - 69 años	1	6%
70 - 74 años	2	13%
75 - 79 años	2	13%
TOTAL	16	100%

Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

GRAFICO 03: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2015.



Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

Tabla 04: Las complicaciones según la edad en el año 2015 hubo mayor incidencia en el grupo de 50 – 54 años seguido del grupo de 40 - 44 años, 45 - 49 años, 70 - 74 años, 75 - 79 años con el 13%. En el año 2016 la mayor incidencia se presentó en el grupo de edad 55 – 59 años con un 20% seguido por 45 - 49 años, 50 - 54 años, 70 - 74 años con un 15%.

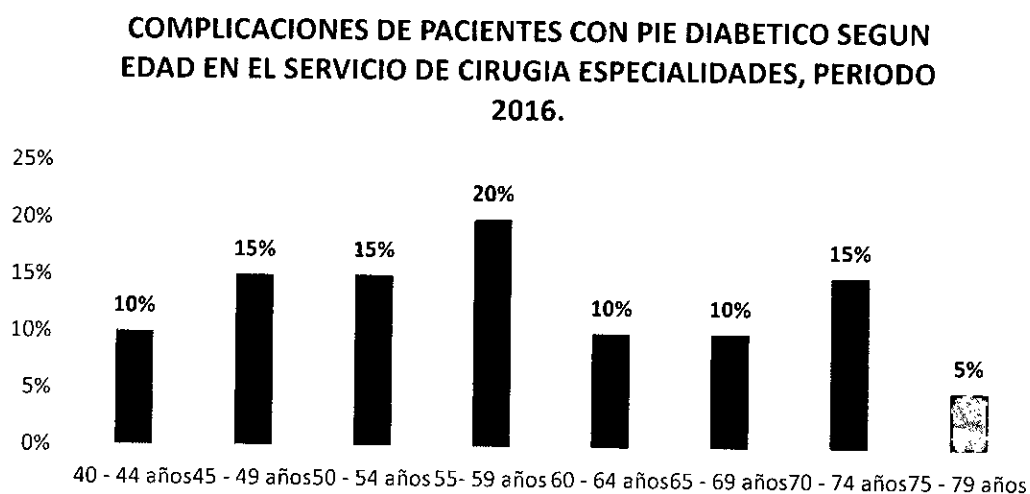
Se puede decir que mayor incidencia se presenta en el grupo de 60 – 64 años con un 19%; seguido de los mayores grupos de edad que representa el 13%.

TABLA 05: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2016.

EDAD	N	%
40 - 44 años	2	10%
45 - 49 años	3	15%
50 - 54 años	3	15%
55- 59 años	4	20%
60 - 64 años	2	10%
65 - 69 años	2	10%
70 - 74 años	3	15%
75 - 79 años	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

GRAFICO 04: COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO SEGÚN EDAD EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ESPECIALIDADES, PERIODO 2016.



Fuente: Unidad de estadística del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura.

Tabla 05: Las complicaciones según la edad en el año 2016 la mayor incidencia se presentó en el grupo de edad 55 – 59 años con un 20% seguido por 45 - 49 años, 50 - 54 años, 70 - 74 años con un 15% y el de 40 – 44 años, 60 - 64 años, 65 - 69 años con un 10% y por último el grupo de 75 – 79 años con un 5%.

Se puede decir que la incidencia según la edad se mantiene relativamente a mayor edad mayores son los casos de complicaciones.

V. CONCLUSIONES

- a. La incidencia y prevalencia de pie diabético con un porcentaje de años existe mayor prevalencia en el sexo masculino que el femenino, en el año 2014 el 60% fue del sexo masculino frente a un 40% del sexo femenino, el año 2015 el 75% estuvo representado por el sexo masculino frente a un 25% del sexo femenino y en el año 2016 el 60% fue sexo masculino frente a un 40% del sexo femenino.
- b. Las complicaciones según la edad en el periodo 2014 – 2016, Se puede decir que la incidencia de complicaciones según edad es cambiante en los años pero la incidencia se presente en personas adultos maduros y prevalece en los adultos mayores.
- c. La deficiente cultura de prevención en salud y la falta de educación en el paciente diabético que no acude tempranamente ante la presencia de una pequeña herida, sino cuando ya esta complicada, o en riesgo de ser amputado.
- d. Déficit de concientización y sensibilización de los pacientes con diabetes mellitus para su autocuidado y aceptación de su enfermedad.

VI. RECOMENDACIONES.

- a. A nivel preventivo: realización de programa educativo, spot publicitarios, charlas educativas sobre la enfermedad haciendo énfasis sobre el autocuidado.

- b. En hospitalización: Realización de guías y/o protocolos de atención para el cuidado de paciente con pie diabético de tal forma que se sienta seguro, brindándosele educación en el momento oportuno a cargo del equipo multidisciplinario de turno.

- c. Educar haciendo énfasis en tener estilos de vida saludable (alimentación, higiene, actividad física, etc.) y el control de su enfermedad de tal manera que se pueda prevenir complicaciones.

- d. Educar y brindar medidas necesarias sobre signos de alarma ante la aparición de cualquier lesión en los miembros inferiores y el cuidado de los pies.

VII. REFERENCIALES.

1. Hernández Toledo J. Las Bacterias Gram Negativas y su influencia en la cicatrización de úlceras de Pie Diabético. [Tesis doctoral]. Madrid: Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid; 2014.
2. Heberprot. Gran impacto mundial del medicamento cubano Heberprot-P. [en línea] 2015 Jun 22 [fecha de acceso 3 de mayo de 2016]; URL disponible en: <http://heberprot-p.cigb.edu.cu/index.php/es/noticias/item/142-gran-impacto-mundial-del-medicamento-cubano-heberprot-p>
3. Almonacid M. Cuidado de los pies de pacientes diabéticos de las áreas programáticas de los CAPS. [Tesis de maestría]. La Rioja: Fundación H. A. Barcelo, Instituto Universitario de ciencias de la Salud; 2015. URL disponible en: <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH21ca.dir/TFI%20Almonacid%20Maria.pdf>
4. NICE: National Institute for Health and Clinical. [Internet]. España: Copyright; 2017[actualizado 14 Feb 2013; citado 4 abr 2017]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/footcare_scope.pdf.
5. Aragón Sánchez F.J, Lázaro Martínez J.L Atlas de manejo práctico del pie diabético. Ed Aragón – Lázaro Madrid 2004: 133 – 14.
6. Stephen A. Brigido S, Schwartz E, McCarroll R, Young J. Use of an Acellular Flowable Dermal Replacement Scaffold on Lower Extremity Sinus Tract Wounds. [En línea] 2009 Abril 1 [fecha de acceso 5 de mayo de 2017]; 2(2). URL disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1938640009333474>
7. Iakovos N, Constantinos M, Nicholas C. Aspectos de protección y perjudicial de la Curación: Una revisión. [En línea] 2016 Abril 1 [fecha de acceso 5 de mayo de 2017]; 18(7). URL disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/541978_6

8. Lobman R, et.al, Expression of matrix-metalloproteinases and their inhibitors in the wounds of diabetic and non diabetic patients, *Diabetologia*. [En línea] 2002 May 25 [fecha de acceso 5 de mayo de 2017]; 45(7). URL disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12136400>
9. Marinello RJ, Blanes MJL, Escudero RJR, Ibáñez EV, Rodríguez OJ. Consenso sobre pie diabético. *Angiología*. 1997. 49 (5):193-230.
10. Dirección Médica de Esteripharma Pie Diabético. [Internet]. México: 2017 [actualizado 14 Feb 2013; citado 4 abr 2017]. Disponible en: http://www.esteripharma.com/Pdf_View.php?Concepto=17&Archivo=pie%20diabetico.pdf
11. Hernández, D. Abellán, y I. Lluch. “Manual básico para la exploración y cuidado de los pies de las personas diabéticas”. Valencia, editorial Medikronic Ibérica S.R.L, 2005.
12. López, M, y et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. [en línea]. 2006 Jul 4 [fecha de acceso 5 de mayo de 2017]; 16(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200017
13. Tizón Bouza E. y et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. [en línea]. 2004 Set 5 [fecha de acceso 5 de mayo de 2017]; 34(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-atencion-enfermeria-prevencion-cuidados-del-13066406>
14. Dirección Territorial de Melilla. Guía Básica de Enfermería para personas con Diabetes en Atención Primaria. España: DTM; 2009. Colección Editorial de Publicaciones de INGESA.
15. Daberkow Hernández F, Villagran Contreras G, Rodríguez Pérez I. Plan de cuidados a una paciente con pie diabético. *Rev. Med.* [En Línea] 2014 [fecha de acceso 5 de mayo de 2017]; 7pag. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-pie-diabetico/>

ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	PROCEDIMIENTO	HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
PROCESO	ATENCIÓN EN HOSPITAL	SERVICIO CIRUGÍA " B"
PROCEDIMIENTO	COLOCACIÓN DE VÍA ENDOVENOSA	
<p>DEFINICIÓN: Es la vía parenteral que comúnmente se utiliza para la introducción de fármacos al torrente sanguíneo. Canalizar una vía venosa periférica es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente. A través de esta vía podremos administrar suero terapia, medicación y nutrición parenteral</p> <p>OBJETIVO: Administrar el fármaco directamente al torrente circulatorio, facilitando la obtención de concentraciones plasmáticas altas y precisas</p>	<p>VENTAJAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite la obtención de la concentración deseada del medicamento con exactitud • Es factible aplicar sustancias irritantes • Permite infundir grandes volúmenes de líquido, lo que sería imposible mediante otras vías de administración. • Ofrece control sobre la entrada del fármaco • La totalidad del fármaco administrado llega a la circulación sistémica sin pasar por un proceso de absorción 	<p>DESVENTAJAS: Una vez introducido el compuesto farmacológico no se puede retirar de la circulación</p> <p>Surgen reacciones adversas con mayor intensidad .Es imposible revertir la acción farmacológica</p> <p>Ofrece dificultades técnicas mayores que las otras vías parenterales, sobre todo si hay carencia de venas accesibles</p>

<p align="center">PERSONA RESPONSABLE: <i>Licenciada en Enfermería</i></p>	<p align="center">RECURSOS HUMANOS <i>Licenciada en Enfermería</i> <i>Técnico de enfermería</i></p>	<p align="center">MATERIAL</p>
<p>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. informar al paciente de lo que vamos hacer. 2. Nos ponemos los guantes y colocamos la ligadura en el brazo del paciente. 3. valorar las venas más distales como las del dorso de la mano o el antebrazo. 4. Las venas las valoraremos por su calibre y recorrido, desecharemos las venas rotas previamente, las que están encalladas. 5. Cuando hayamos elegido una, elegiremos el calibre del catéter que vamos a introducir. Los catéteres venosos más pequeños tienen números pares más altos, siendo el número 26 el más fino y el 14 el más grueso. 6. Antes de pinchar, tendremos en cuenta que el bisel de la aguja esté hacia arriba- En el momento que pinchamos y veamos que ya refluye sangre de la vena, aguantaremos la aguja con una mano y con la otra iremos empujando el catéter de plástico hasta su total introducción. 7. Retiraremos el compresor del brazo del paciente, pegaremos una tira de esparadrapo para sujetar la vía, retiraremos la aguja y conectaremos la llave de tres pasos previamente salinizada. 8. Fijaremos el apósito transparente sobre la vía y pondremos las tiras de esparadrapo que creamos conveniente, para asegurar la sujeción. 9. Finalmente, inyectaremos suero fisiológico de la jeringa previamente cargada, para salinizar la vía y mantenerla permeable. 		<ul style="list-style-type: none"> • Ligadura . • Antiséptico. • Guantes no estériles. • Algodón o gasa. • tegaderm. • Catéter venoso de calibre adecuado. • Llave de tres vías. • Esparadrapo. • Jeringa con suero fisiológico.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	PROCEDIMIENTO	HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
PROCESO	ATENCIÓN EN HOSPITAL	SERVICIO CIRUGÍA " B"
PROCEDIMIENTO	GUÍA DE PRÁCTICA EN EL PIE DIABÉTICO	
<p>DEFINICIÓN: Definimos pie diabético como el conjunto de síndromes en los que la existencia de neuropatía, isquemia e infección provocan alteraciones tisulares o úlceras secundarias a microtraumatismos, ocasionando una importante morbilidad que puede devenir en amputaciones.</p> <p>Un pie diabético es un pie con heridas o úlceras en una persona que padece de diabetes. El pie diabético se produce debido a la disfunción de los nervios periféricos en estos pacientes</p> <p>LAS COMPLICACIONES DEL PIE DIABÉTICO SON:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección. • Isquemia. • Dolor neuropático 	<p>CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN ¿Cuándo es necesario ingresar al paciente en una unidad clínica de pie diabético?</p> <p><i>Recomendado en:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de alto riesgo que amenacen la integridad de la extremidad. • Infección en el paciente con circulación precaria por el peligro de gangrena. • Gran tumefacción y edema en los pies. • Celulitis ascendente. • Afectación de los espacios profundos del pie. • Osteomielitis. • Complicaciones del estado general: sepsis, deshidratación, insuficiencia renal. • Descompensación diabética (hiperglucemia). • Falta de respuesta al tratamiento correcto en 4-5 días. • Paciente no colaborador. O no autosuficiente. • Imposibilidad de asistencia domiciliaria adecuada 	<p>FACTORES DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad vascular periférica establecida. • Neuropatía periférica. • Deformidades en el pie. • Presión plantar elevada. • Callosidades. • Historia de úlceras previas. • Amputación previa. • Tabaquismo. • Edad avanzada o tiempo de evolución de enfermedad superior a 10 años. • Movilidad articular disminuida. • Mal control metabólico. • Calzado no adecuado. • Higiene deficiente de pies. • Nivel socioeconómico bajo. • Alcoholismo, aislamiento social

TIPOS DE CURAS SEGÚN ESCALA WAGNER

WAGNER GRADO 0

- Lavado correcto con jabón neutro, aclarado abundante y secado exhaustivo.
- Uso de cremas de urea o de lanolina.
- Utilizar piedra pómez para eliminar durezas.
- Retirada de callos por podólogos.
- Uso de prótesis de silicona, plantillas para las deformidades óseas.
- Uña encarnada limar las uñas, no cortarlas.
- Usar de zapatos que no compriman los dedos.
- Aplicar antibióticos tópicos.
- Si existe micosis (pie de atleta) Lavado de la lesión con solución salina 0'9%, secado y aplicar antimicóticos tópicos.
- Evitar la humedad en el pie.

WAGNER GRADO 1

- Reposo absoluto del pie afectado durante 3-4 semanas.
- Lavado abundante de la lesión con solución salina al 0'9 %.
- Desbridamiento de las flictenas (ampollas), si las hubiese.
- No usar antisépticos locales muy concentrados y tampoco aquellos que colorean la piel.
- Curas cada 24-48 horas.
- La piel periulceral habrá que mantenerla hidratada mediante ácidos grasos hiperoxigenados

WAGNER TIPO 2

- Reposo absoluto del pie afectado.
- Vigilancia exhaustiva de la aparición de signos locales de infección: celulitis, exudado purulento mal olor.
- Limpieza de la lesión con solución salina fisiológica al 0'9%.
- Exploración interna de la úlcera valorando la tunelización con un estilete.
- Desbridamiento quirúrgico y/o cortante de esófagos y del tejido necrótico. En aquellos en que no salgan se usarán productos con enzimas proteolíticos o hidrogeles.
- Curas cada 24-48 horas.
- Tratamiento antibiótico según el antibiograma.
- Ante signos de infección estaría indicado el uso de sulfadiacina argéntica o los apósitos de plata. En lesiones muy exudativa usaríamos apósitos absorbentes tales como los alginatos y los hidrocoloides.

WAGNER GRADO 3

- Desbridamiento quirúrgico en las zonas donde halla celulitis, abscesos, osteomielitis, o signos de sepsis.
- Tratamiento con antibióticos.

WAGNER GRADO 4

- Gangrena en los dedos del pie: el paciente debe ser hospitalizado para estudiar su circulación periférica y valorar tratamiento quirúrgico por parte del servicio de Cirugía Vasculat (técnicas intervencionistas como by-pass, angioplastia, amputación, entre otros).

WAGNER GRADO 5

- Gangrena del pie: el paciente debe ser hospitalizado para amputación

PAPEL INTEGRADOR DE LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PIE DIABÉTICO

En la actualidad el papel que desarrolla la enfermería en el mundo sanitario es el de asistencia, docencia, investigación y gestión.

Entendiendo la asistencia, como la labor que desempeña en los centros hospitalarios (curas, tratamientos, y demás), la docencia como la labor educacional, investigación los estudios realizados por enfermería y como gestión, la gestión de recursos.

Dentro del papel asistencial de la enfermería lo primero que tenemos que tener en cuenta a la hora de abordar un paciente con pie diabético es el de controlar su diabetes. Así pues, realizaremos análisis a estos pacientes para medir su nivel de glucemia. Una vez obtenidos los resultados nos fijaremos en gran medida en la hemoglobina glicosilada, que no solo nos dice los niveles medios de glucemia de los 3 últimos meses, sino que también se considera un buen predictor del ratio de curación de una úlcera de pie diabético, al haberse comprobado que las personas con una hemoglobina glicosilada más alta (HbA1c) tardan más en curar sus heridas

AUTOCUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO

Los pacientes que padezcan de pie diabético pueden realizar una serie de cuidados ellos mismos para minimizar las complicaciones.

- Inspeccionar a diario el pie, planta y talón (con espejo) para detectar lesiones.
- Examinar los zapatos antes de ponértelos.
- Cambiar los calcetines y zapatos diariamente.
- No caminar nunca descalzo
- No utilizar agua o almohadillas eléctricas para calentar los pies.
- Dejar que un podólogo te quite los callos.
- Cortar las uñas de forma recta y limar suavemente los bordes y aristas.
- Lavar los pies con agua y jabón y secarlos muy bien entre los dedos.
- No usar agua demasiado caliente para ducharte.
- Aplicar crema hidratante en los pies después de bañar

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	PROCEDIMIENTO	HOSPITAL REGIONAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA
	ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	SERVICIO CIRUGÍA "B"
	GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN INSULINOTERAPIA	
DESCRIPCIÓN: Es la administración de insulina por la enfermera la insulina es una hormona producida por las células beta del páncreas su función es permitir la entrada de glucosa a las células y así obtener la energía suficiente para que el cuerpo pueda trabajar.	INDICACIONES: <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo I. • Diabetes tipo II • En forma transitoria en traumatismos quemados, desnutridos. En forma permanente pacientes con IRCT Y pactes con enfermedad hepática.	CONTRAINDICACIONES: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que presenten complicaciones físicas osteoarticulares que le dificulten la marcha o la manipulación de objetos. • Pacientes con complicaciones vasculares a nivel de miembros superiores y/o inferiores. • Pacientes con signos de sedación parcial o profunda.
PERSONA RESPONSABLE: Licenciada en Enfermería.	RECURSOS HUMANOS: Enfermera, Técnica de Enfermería	MATERIAL <ul style="list-style-type: none"> • Muñequeras de tela o algún material no abrasivo. • Sábanas o frazadas.

Nº DE ORDEN	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:	
1.	Verificar la indicación del médico de guardia, la necesidad de la sujeción física en instantes que el paciente pierde el control.	Enfermera.
2.	Evalúe el número de personas que serán necesarias para la reducción del paciente según su contextura física. En ocasiones, la sola presencia del personal de apoyo puede calmar al paciente lo suficiente como para hacerlo colaborar.	Enfermera.
3.	Inicie una acción rápida y coordinada, una vez tomada la decisión de realizar este procedimiento.	Enfermera.
4.	Explique al paciente sobre el procedimiento y la forma que va a colaborar.	Enfermera.
5.	Proceda a realizar el procedimiento.	Enfermera.
6.	Conduzca al paciente a un ambiente más seguro cama o cuarto de aislamiento.	Enfermera.
7.	Coloque al paciente con la cara hacia el suelo de tal forma que no pueda morder o dañar a alguien.	Enfermera y/o Técnico.
8.	Asegure al paciente, se usan sábanas o muñequeras, sujetando al paciente mecánicamente a la cama, inmovilizando las cuatro extremidades. En caso de ser necesario se puede utilizar una sábana alrededor del tórax del paciente para evitar movimientos que podrían causar lesiones.	Enfermera.
9.	Inmovilizado el paciente, se debe hacer revisiones periódicas con el fin de garantizar una posición cómoda y funcional, manteniendo una adecuada circulación sanguínea en cada una de las extremidades.	

FOTOS

