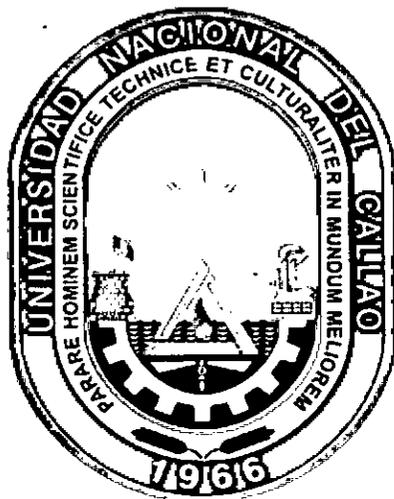


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LOS PACIENTES CON PIE DIABÉTICO
DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014 - 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

SELVA ANGELA TACURI ÑAUPARI

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA SECRETARIA
- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 426

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución Decanato N° 2705-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	04
1.2 OBJETIVO	06
1.3 JUSTIFICACIÓN	06
II. MARCO TEÓRICO	09
2.1 ANTECEDENTES	09
2.2 MARCO TEÓRICO	13
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:	27
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	37
IV. RESULTADOS	41
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	52
VII. REFERENCIALES	53
ANEXOS	54

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) se ha convertido en uno de los mayores problemas de este siglo, el número de personas afectadas con esta enfermedad a nivel mundial supera los 400 millones, por lo tanto constituye uno de los problemas de salud de mayor trascendencia.

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o de efecto de la insulina.

Los efectos de la diabetes mellitus influyen efectos a largo plazo como son la disfunción y fallo de varios órganos. Los efectos no controlados pueden llegar a fallo renal y neuropatía con riesgo de úlcera en el pie, con las posibles complicaciones como las amputaciones.

Las personas con diabetes necesitan revisar y actualizar sus conocimientos, ya que constantemente se están desarrollando nuevas investigaciones y maneras eficientes de tratar la enfermedad. El paciente tiene que realizar un laborioso autocuidado que va desde el conocimiento de la enfermedad, hasta la prevención que incluye el cuidado de los pies, la higiene y el ejercicio físico.

Para lograr un óptimo resultado se necesita una asistencia de calidad, unida a la implicación del paciente en todo el proceso.

En el presente informe de experiencia profesional titulado "Prevención y cuidado de los pacientes con pie diabético en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en 2014-2016", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería con el objetivo de educar, corregir y reforzar los conocimientos previos del paciente diabético.

El presente informe consta de siete capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe el planeamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional donde se detalla la recolección de datos, la experiencia profesional y los procesos realizados en el tema del informe; el capítulo IV donde se exponen los resultados; el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, capítulo VII referenciales y por último los anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Los pacientes diabéticos tienen una indiscutible predisposición a presentar lesiones a nivel de las extremidades inferiores. Ulceración, infección y amputación son las complicaciones más frecuentes. La diabetes mellitus constituye la principal causa de amputación no traumática de extremidad inferior.

A nivel mundial cada 6 segundos muere una persona de diabetes, cada 30 segundos alguien pierde una pierna debido a la diabetes y cada 3 nuevos casos son diagnosticados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que la diabetes ya es una epidemia y que en solo tres décadas se ha cuadruplicado el número de casos afectando a 422 millones de personas en todo el mundo. La diabetes causa cada año la muerte de 3.2 millones de personas en el mundo.

Esta enfermedad es una de las mayores amenazas para la salud pública de la población tanto por su frecuencia, como por su repercusión social y económica. La razón que hace de la diabetes un importante problema sanitario es la presentación de complicaciones como: ceguera, insuficiencia renal, amputaciones de miembros inferiores, etc.

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 en los pies como secuelas 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.

En el Perú, la prevalencia de diabetes es del 1 al 10% (2'520. 000)de la población en general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados, de estos pacientes el 12-15% padecen 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 y el 44.3% de los pacientes amputados fallecerán dentro de los 5 años siguientes.

Durante el 2015 en los hospitales y centros asistenciales del seguro social de Salud se atendieron un total de 146.996 casos de pacientes con diabetes mellitus. Lo más preocupante es que alrededor de 140 mil pacientes asegurados tienen esta enfermedad pero lo desconocen.

La enfermería constituye un pilar básico en la educación del paciente con diabetes en la prevención de sus complicaciones. La educación del paciente diabético es uno de los aspectos más importantes del tratamiento. Es un proceso continuo que comienza en el momento del diagnóstico y continua durante toda la vida, estando implicadas la atención primaria y especializada. La educación en diabetes es la base del tratamiento y pretende conseguir la implicación del paciente para el auto cuidado.

El paciente con diabetes tiene que realizar un laborioso auto cuidado, que va desde el conocimiento de la enfermedad, hasta la prevención que incluye el cuidado de los pies. Está claro que el tratamiento de la diabetes está en manos del propio paciente, lo profesionales de Salud somos los principales educadores de los pacientes con diabetes, pero el éxito en la prevención de las complicaciones como el pie diabético depende fundamentalmente de los mismos pacientes.

En ese sentido el personal de enfermería juega un papel muy importante en la educación de estos pacientes, sin embargo ello debe ser precedido por la información previa que poseen los pacientes para que así la enfermera actúe corrigiendo y/o reforzando dichos conocimientos previos a través de la elaboración de estrategias y/o programas de educación al paciente sobre los cuidados a tener en el hogar a fin de contribuir a prevenir las complicaciones como el pie diabético.

1.2 Objetivo

Describir la prevención y cuidados de enfermería al paciente con pie diabético en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en 2014 - 2016.

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados y prevención en los pacientes con pie diabético en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2014 – 2016 con el propósito de educar, corregir y/o reforzar los conocimientos del pie diabético, así como también darle la importancia debida sobre la prevención del pie diabético.

El tratamiento de la diabetes está en manos del propio paciente, nosotros los enfermeros profesionales en salud, somos educadores y colaboradores del paciente. De ahí la importancia de nosotros como personal de enfermería contribuimos al incremento de conductas saludables para mejorar su calidad y pronósticos de vida.

El presente trabajo brinda información válida y confiable sobre las personas con diabetes mellitus sobre la prevención del pie diabético, de tal forma que la enfermera fortalezca la función educativa como acción preventiva promocional para modificar conocimientos y como consecuencia fomentar comportamientos saludables y generar entornos saludables en la población de tal forma que les permita tomar conciencia acerca de prevención y cuidados del pie diabético. También se describe la práctica de cuidado de los pies diabéticos dado que la mayoría de los mismos no tiene conocimiento de la importancia de los cuidados que necesita el pie o su patología de base, ya que no reciben información necesaria o porque le restan importancia a los signos de alarma.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a la prevención y cuidados del paciente con pie diabético. Se educará al paciente y al familiar en cuanto al autocuidado que este debe realizar para prevenir las complicaciones del pie diabético.

Nivel Metodológico: El siguiente informe considera de gran relevancia realizar el estudio en este grupo de pacientes, porque al preparar un plan de prevención y cuidados no solo nos centraremos en las complicaciones que presenta el paciente diabético, sino que debemos evaluar constantemente las áreas de funciones básicas para optimizar el estado de salud e independencia, teniendo en cuenta para esto las características socio-culturales de la población.

Nivel Social: Este informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes con pie diabético en el servicio. Los cuidados que hay que tener en cuenta no sólo son al paciente diabético, sino también a la persona que lo atiende habitualmente.

La enfermera ha de ayudar a las familias a gestionar la situación mediante el apoyo emocional, la información, la motivación, la coordinación y el uso adecuado de los recursos disponibles.

Nivel Práctico: El presente informe permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia y a este mismo sobre el manejo adecuado después de haber realizado un correcto diagnóstico y el grado de autonomía personal.

Nivel Económico: Los pacientes con pie diabético representan un problema económico: Estudios económicos estiman que un adecuado manejo del pie diabético significaría a nivel nacional un ahorro de \$2.724.815 y se lograría evitar 791 muertes y 2.087 amputaciones.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

NIETO GIL, Pilar. España (2016). en su tesis doctoral titulada: **“Análisis de la Problemática del Pie Diabético en la Comunidad Valenciana**, cuyo objetivo es conocer y analizar los ingresos de pacientes diabéticos con úlcera en pie en los Hospitales Públicos de agudos de la Comunidad Valenciana, durante el periodo 2009-13, según bases de datos hospitalarias. Se realizó un estudio observacional ecológico retrospectivo y descriptivo con componentes analíticos. Se analizó la base de datos CMBD en el periodo de tiempo que se extiende entre el 1 enero de 2009 al 31 de diciembre de 2013, para extraer los datos estadísticos relativos a las altas ocurridas en los hospitales públicos de agudos de la Comunidad Valenciana, incluidas las concesiones administrativas. Siendo sus resultados que entre 2009-2013 se atendieron 2.702 ingresos por úlcera de miembro inferior en pacientes diabéticos en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana, con una media de 547,6 casos atendidos por año. 2013 presenta el mayor número de ingresos atendidos (584) y 2012 el menor (512). Los principales GRD fueron; amputación de miembro inferior por trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos (15,4%); diabetes en mayores de 35 años (13,8%) y trastornos vasculares periféricos con complicaciones (11,8%). De los cuales más de la mitad fueron quirúrgicos. Al 40% de los pacientes les fue amputado algún dedo del pie y al 20% se les practicó desbridamiento quirúrgico. Las amputaciones supusieron el 64% de los procedimientos.

LLANES B, José A. Cuba (2009). Manual para la prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. El pie diabético y su impacto sobre los sistemas de salud han sido puestos de manifiesto en diferentes estudios en todos los continentes. En Cuba, el sistema nacional de salud permite brindar un elevado nivel de atención a la población y han sido múltiples, prolongadas y bien dirigidas las acciones para prevenir esta enfermedad con cuya atención y manejo están responsabilizados todos los trabajadores de salud en los tres niveles de atención. Aquí se propone acciones para la detección del pie de riesgo y la población de riesgo para pie diabético, así como el tratamiento farmacológico de la neuropatía diabética. También propone acciones para la identificación del pie diabético y su clasificación.

Este manual está dirigido a los profesionales de la salud que realizan la prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación de una entidad en los niveles de atención del sistema nacional de Cuba.

HERNÁNDEZ TOLEDO, Javier. Madrid (2013). en su tesis doctoral titulado: **Las bacterias gram negativas y su influencia en la cicatrización de úlceras de pie diabético**, siendo su objetivo analizar la microbiología de las infecciones en úlceras de Pie Diabético en base a las características clínicas y generales de los pacientes de la muestra de estudio; comparando las infecciones producidas por bacterias Gram positivas con las producidas por bacterias Gram negativas.

Se diseñó un estudio observacional descriptivo, transversal y de carácter retrospectivo, con una muestra de 201 pacientes diabéticos ulcerados y con sospecha clínica de infección (determinada por la presencia de exudado purulento o de dos o más de los siguientes síntomas: dolor, rubor, calor, tumor, edema, linfangitis, olor fétido o presencia de gas en los tejidos) que acudieron a la Unidad de Pie Diabético de la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad Complutense de Madrid durante el periodo comprendido entre el mes de Enero de 2009 y el mes de Diciembre de 2010.

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 polimicrobianas. 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, anulando cualquier influencia negativa sobre la cicatrización y evitando diferencias estadísticamente significativas en el periodo de cicatrización de las úlceras según el tipo de bacteria.

CONTRERAS SAMANIEGO Eliza Magaly, Lima (2012) en su tesis titulada: "Percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal", tiene como objetivo: Determinar la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. Es una investigación de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 50 pacientes diabéticos amputados en el periodo diciembre 2009. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un formulario modificado tipo Escala de Lickert. En cuanto a la percepción del paciente con pie diabético sobre su imagen corporal del 100%(50), 56% (28) tienen una percepción desfavorable frente a un 44% (22) favorable sobre su imagen corporal. En el aspecto físico tenemos que el 54%(27) tiene una percepción desfavorable frente a un 46%(23) favorable, en el aspecto psicológico tenemos que un 56%(28) tienen una percepción desfavorable frente a un 44%(22) favorable y en el aspecto social un 58%(29) tiene una percepción desfavorable frente a un 42%(21) favorable. Por lo que se concluye que se rechaza la hipótesis de estudio debido a que la mayoría

presenta una percepción desfavorable referida en el aspecto físico por manifestar que antes de tener su miembro amputado se veían más atractivos; en el aspecto psicológico porque les mortifica pensar que podría perder más partes de sus extremidades inferiores, tienen temor de no volver a caminar con normalidad; y en el aspecto social piensan que son una carga para su familia y sienten que su familia muestra desinterés cuando piden ayuda para alguna actividad. Sin embargo existe un menor porcentaje que presenta percepción favorable en el aspecto físico indicando que si bien es cierto no cuentan con la extremidad, pero lo asumen y se sienten cómodos usando muletas y/o sillas de rueda; en el aspecto psicológico no les incómoda hablar sobre su estado de salud con otras personas y en el aspecto social no les desagrada su nuevo aspecto y están bien en compañía de su familia ya que son el mejor apoyo para seguir adelante con la enfermedad.

GAMARRA CONTRERAS, Marco A. Lima (2013) en su tesis titulada: **Características clínicas y factores de riesgo para pie diabético en el Hospital Nacional Dos de Mayo**”, cuyo objetivo es determinar las características clínicas y podológicas de los pacientes diabéticos de la unidad del pie diabético y determinar aquellos asociados a neuropatía detectada al monofilamento. Su metodología fue descriptiva, observacional, siendo sus resultados la evaluación de 176 pacientes con un 54.5 varones. Los promedios de edad y tiempo de diagnóstico fueron de 60 a 85 años respectivamente. Las alteraciones pediátricas más frecuentes fueron piel seca (70.5%), callos (64.8%), dedos rígidos (34.1%). Se encontró HTA en el 53.6%, retinopatía diabética en el 50.5% e IRC en el 14.3% Neuropatía al monofilamento en el 21.6% los factores asociados más relevantes fueron la retinopatía diabética (OR 4.47%) IRC (3.95).

2.2 Marco Teórico

Pie diabético

El **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

Síndrome del Pie Diabético

El Síndrome del Pie Diabético (PD) es la complicación más frecuente de la diabetes mellitus a nivel de las extremidades inferiores. Asimismo, es la complicación tardía más incapacitante de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud lo define como "aquel síndrome en el que confluyen complicaciones de diversa etiología: neuropática, vascular e infecciosa derivadas de la Diabetes mellitus y que predisponen al padecimiento de úlceras". Se incluye dentro del grupo de lesiones de pie diabético todas aquellas que se localicen a nivel inframaleolar.

Alrededor del 15% - 25% de los diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo del padecimiento de su enfermedad (58;59), y de éstos, más de la mitad sufrirán una infección en esa úlcera (60). Un 85% de los casos de amputación en diabéticos va precedido por una úlcera en el pie (52;61). Las amputaciones de extremidades inferiores son 15 veces más frecuentes en diabéticos que en no diabéticos (25).

En el año 1985 se practicaron más de 50.000 amputaciones en diabéticos en EE.UU.; en el año 1997 la cifra se incrementó hasta 85.000 amputaciones (con un riesgo entre 17 y 40 veces superior respecto a la población sana) (62;63). Estas cifras se incrementan anualmente debido al crecimiento de la población diabética mundial y a la presencia de factores de riesgo como la polineuropatía simétrica distal, la EVP y la infección (actualmente considerada como el principal factor de riesgo para una amputación)(64). La prevalencia del Pie Diabético, según diversos autores se sitúa entre un 2% y un 10% (65). Boulton et al. calculan una prevalencia del 1,3% al 4,8% (61). La incidencia acumulada anual es de aproximadamente un 0,5%-3% (20). Estudios en países en vías de desarrollo indican que pacientes con úlceras de Pie Diabético sin tratamiento (tanto local como quirúrgico) acumulan una tasa de mortalidad del 54% a los dos años (66). Diversos autores sostienen que en caso de sufrir una amputación mayor, la tasa es aún más elevada, alcanzando una mortalidad del 50% - 68% a los 5 años de realizarla (67;68), y del 0% a los 5 años en casos de amputaciones bilaterales (68). Además, la incidencia de amputaciones en el miembro contra-lateral transcurridos de 2 a 5 años de seguimiento es del 50% (69). Se han descrito numerosos factores de riesgo para la ulceración diabética. Hokkam (9) identificó como los factores más importantes la neuropatía periférica ($p=0.006$), la EVP ($p=0.004$), la presencia de úlcera previa ($p=0.008$) y el sexo masculino ($p=0.009$). El pronóstico de cicatrización va a depender de la duración de la diabetes mellitus ($p=0.004$), del control glucémico ($p=0.006$) y de la presencia de anemia ($p=0.003$).

Estos datos coinciden con los obtenidos por Boyko et al. (70) en su estudio sobre 794 pacientes diabéticos, donde identificaron como principales factores de riesgo también la neuropatía periférica y la

EVP (valores bajos del índice tobillo-brazo y de la presión transcutánea de oxígeno), pero además, añaden la retinopatía diabética, el tiempo de evolución de la diabetes, el peso y la altura (determinados por el IMC), la claudicación intermitente, los valores elevados de glucosa, hemoglobina glicosilada, velocidad de sedimentación globular, creatinina sérica y la presencia de alteraciones biomecánicas y morfoestructurales tales como dedos en garra y en martillo, limitación de los rangos de movimiento articular, hallux limitus, edemas crónicos y úlceras y/o amputaciones previas. En el mismo estudio no se observó significación estadística relacionada con la edad, raza, educación diabetológica previa, tabaquismo, hallux valgus y nefropatía diabética.

La neuropatía diabética es un aspecto fundamental en el desarrollo del Pie Diabético. La importancia de la neuropatía como causa que contribuye a la ulceración del pie se puso de manifiesto en un amplio estudio multicéntrico realizado entre Europa y EE.UU., que demostró un riesgo anual de ulceración del 7% en pacientes diabéticos neuropáticos frente al 1% en pacientes no diabéticos (43). En la extremidad inferior, la neuropatía diabética es simétrica y distal. Puede progresar en sentido proximal por lo que recibe el nombre de "en calcetín". Anatómicamente, primero se afectan las fibras nerviosas cortas no mielinizadas, (responsables de la sensibilidad térmica y dolorosa) para posteriormente pasar a las fibras de mayor calibre, responsables de las sensibilidades táctiles, propioceptivas y vibratorias, dando como resultado un déficit sensitivo muy importante. Esta carencia de sensibilidad es un factor de riesgo fundamental para la aparición de úlceras por mecanismos de presión, roce y cizallamiento, calzado estrecho e inadecuado, quemaduras por contacto, lesiones por caminar descalzo, etc.

Complicaciones neuropáticas

Cuando se dice que el pie diabético tiene una "base etiopatogénica 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 atrofien, 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. 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

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 aún 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.

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 pueden 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).

Determinación del grado de riesgo de la lesión 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.

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 osteomielitis. 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.

Prevención

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, paranoquia, 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 atrofiaciones 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

Teorías de Enfermería

Es conocido por los profesionales de enfermería que no se pueden aplicar en todas las situaciones todos los modelos y teorías, sino una parte ellos que responda a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen la capacidad suficiente para proporcionarse así mismo la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular. Durante mis más de 20 años de labor como enfermera asistencial los modelos y teoría que han facilitado mi labor en la atención del paciente han sido la teoría de Dorothea Orem y la teoría de Florence Nightingale.

A continuación se detallará las características de este cuidado.

a) LAS TEORÍAS DE DOROTEA OREM:

La teoría Orem está conformada por tres teorías que se relacionan entre si, la teoría del auto-cuidado, teoría del déficit del auto-cuidado, teoría de sistema de enfermería. Pero la que tiene relación con nuestro estudio es la teoría del auto-cuidado, ya que el paciente con pie diabético tiene muchas necesidades y la capacidad de auto conocerse, valerse por sí mismo y cuidar su propia salud. El personal enfermería debemos educar al paciente y familia en cuanto a los cuidados fundamentales que debe de seguir para mejorar la calidad de vida y prevenir posibles complicaciones a corto y largo plazo que conlleva la Diabetes

Orem define la enfermería como:

Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

- **Teoría del Autocuidado:**
El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.
Define además tres requisitos de autocuidado:
 - Requisitos de autocuidado universal
 - Requisitos de autocuidado del desarrollo
 - Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

- **Teoría del déficit de autocuidado:**
 - Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit.
 - Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

- **Teoría de los sistemas de enfermería**
Explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación.

b) LA TEORÍA DE FLORENCE NIGHTINGALE:

Esta teoría influye directamente en nuestro tema de estudio. Florence Nightingale se centra en el entorno y todo que pueda afectar la vida del paciente y describe 5 elementos esenciales para la pronta recuperación del mismo como son ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruidos. Cada uno de estos elementos es

primordial en la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Nightingale diferenció estos conceptos de enfermería de aquellos cuidados que se proporcionan a un paciente enfermero para potenciar su recuperación o para que viva dignamente hasta su muerte. Esta teoría describe la higiene como un cuidado importante para el paciente con pie Diabético para prevenir complicaciones como las infecciones necrotizante hasta una osteomielitis. La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. Nightingale enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, el horario de las comidas y su efecto en el paciente.

Conceptos de la disciplina según la teoría de Florence Nightingale

- **Enfermería:** Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas. Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua.

- **Persona:** Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Se enseñaba a las enfermeras a preguntarle sus preferencias, poniendo de manifiesto la creencia de que Nightingale veía a cada paciente como un individuo.
- **Salud:** Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud.

Creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas.

2.3 Definición de términos

- a) **Enfermera:** Profesional formado en una institución universitaria, que posee el título de Licenciada en enfermería a nombre de la nación, registrada en el Colegio de enfermeros del Perú y cuyo rol principal es el cuidado del paciente adulto mayor hospitalizado.

- b) **Cuidados de Enfermería:** Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda la enfermera al paciente adulto mayor para satisfacer sus necesidades.

- c) **Diabetes:** Es una enfermedad en la que los niveles de glucosa de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. En la diabetes tipo 2, el tipo más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina adecuadamente. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre. Con el tiempo, el exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas serios. Puede provocar lesiones en los ojos, los riñones y los nervios. La diabetes puede causar enfermedades cardíacas, derrames cerebrales e incluso la necesidad de amputar un miembro.

- d) **Diabetes mellitus:** Es el conjunto de síndromes metabólicos caracterizados por la hiperglucemia mantenida, debido a un déficit absoluto o relativo en la secreción de la insulina, junto con diferentes grados de resistencia periférica a la acción de la misma.

- e) **Pie diabético:** Es una infección, ulceración y/o destrucción de los tejidos debido a la pérdida de sensibilidad. Dicha pérdida de sensibilidad es el resultado de la afección de la enfermedad hacia los nervios periféricos que ocasionan que estos no puedan transmitir mensajes al cerebro.

- f) **Prevención:** Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, datos estadísticos, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de Datos: Se realizó mediante la inspección de registros y observación estructurada y participante.
- Se tomaron datos estadísticos de 2014 hasta 2016 incluyendo datos estadísticos de las consecuencias que llevan a un pie diabético infectado llegando a la amputación.

3.2 Experiencia Profesional

3.2.1 Recuento de la Experiencia Profesional

A lo largo de mi experiencia laboral existen varios Estudios clínicos de Profesionales de enfermería con diferentes experiencias clínicas y educativas colaboran para identificar y describir problemas de salud que se puedan diagnosticar y tratar. Se recogen todas estas experiencias y de la literatura pertinente aquellos fenómenos clínicos que describen diversos estados de

salud. Las características definitorias se identifican para describir estos estados. Se han observado, categorías generales de diagnósticos que pueden ser utilizadas por la mayoría de las enfermeras.

El pie diabético Es una patología multidisciplinar, donde nos encontramos tres importantes complicaciones:

a) Úlceras neuropáticas, b) Úlceras por/o Isquemia vascular periférica o de la microcirculación y c) Procesos infecciosos abiertos o cerrados (abscesos) de tejidos blandos e infecciones óseas. Los mecanismos más importantes en la fisiopatología del pie diabético son: un retraso de la cicatrización, y una pobre respuesta frente a la infección.

Pie Diabético Infectado Clínicamente es posible distinguir tres formas, que pueden cursar de forma sucesiva, pero también simultánea: celulitis superficial, infección necrotizante y osteomielitis.

Celulitis Superficial: En un porcentaje superior al 90%-95% está causada por un único germen patógeno gram positivo, que generalmente es el estafilococo aureus o el estreptococo. Puede cursar de forma auto-limitada, o progresar a formas más extensas en función de la prevalencia de los factores predisponentes.

Infección necrotizante: Afecta a tejidos blandos, y es poli-microbiana. Cuando se forman abscesos, el proceso puede extenderse a los compartimentos plantares.

Osteomielitis: Su localización más frecuente es en los 1, 2 y 5 dedos, y puede cursar de forma sintomática, pero no es infrecuente que falten los síntomas y signos inflamatorios, siendo a menudo difícil de establecer su

diagnóstico diferencial con la artropatía no séptica. En este sentido, la exteriorización ósea en la base de una ulceración tiene un valor predictivo del 90%.

Amputación Las personas con diabetes tienen probabilidades mucho más altas que otras personas de que se les ampute un pie o pierna. ¿Cuál es el problema? Muchas personas con diabetes tienen enfermedad arterial periférica, que reduce el flujo sanguíneo a los pies. Además, muchas personas con diabetes tienen neuropatía, que reduce la sensación. Estos problemas en conjunto pueden hacer que le salgan llagas y que se infecten más fácilmente, lo que puede llevar a una amputación. En la mayoría de los casos, es posible prevenir las amputaciones con atención frecuente y calzado adecuado. Una de las mayores amenazas para los pies es fumar, pues afecta los vasos sanguíneos más pequeños. Esto puede disminuir la circulación a los pies y hacer que las llagas tarden en curar. Muchas personas con diabetes que requieren amputaciones son fumadores

COMO EVITAR LAS LESIONES DEL PIE DIABÉTICO? A los pacientes de riesgo (ancianos y aquellos que tienen mala circulación), se les recomienda los siguientes cuidados rutinarios de los pies: Cada día, los pies deben ser lavados (aunque no empapados) en agua caliente, cuya temperatura ha sido probada previamente con la mano. Se deben secar con meticulosidad, prestando una atención especial a los espacios interdigitales (entre los dedos).

Las uñas de los pies deben cortarse con cuidado. Los pacientes con mala vista o manos temblorosas deben pedir a otras personas que se las corten. Las uñas no deben ser más cortas que el extremo del dedo.

Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas resacas y fisuras en la piel, sobre todo alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales. Deben espolvorearse con talco, si la piel está húmeda, o recubrirse con crema hidratante, si la piel está seca. Las plantas deben ser inspeccionadas con un espejo o por otra persona. Debe tenerse un cuidado especial con los callos y las durezas, que deben ser atendidas por un podólogo. No se deben utilizar antisépticos potentes (yodo), ni callicidas.

- Si aparecen ampollas o infecciones, debe consultarse inmediatamente al médico.
- No deben utilizarse bolsas de agua caliente. Es preferible utilizar unos calcetines.
- Pueden emplearse mantas eléctricas, pero deben apagarse antes de meterse en la cama.
- Los zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables, dejando espacio para que los dedos descansen en su posición natural.
- Los zapatos nuevos deben calzarse progresivamente, cada vez durante un tiempo un poco más largo.
- Se deben utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon. Deben ser de la talla adecuada y no tener zurcidos ni costuras que puedan producir presiones. Deben cambiarse diariamente.
- Caminar con los pies descalzos es peligroso, ya que una pequeña herida puede tardar mucho en curarse.
- Dejar de fumar. El tabaco es muy perjudicial para los diabéticos, porque produce vasoconstricción.

3.2.2 Descripción del Área Laboral

- **Organización:** Estructura Orgánica de la Red Asistencial Rebagliati

Gerencia de Red Asistencial

Dra. Malú Lea Alicia Arias Schreiber Barba

Gerencia Clínica

Dra. Silvia Evangelina Santos Reyes

Departamento de Enfermería

Lic. Eliana Rodríguez Rodríguez

- **Recursos Humanos**

El equipo de enfermeras está conformado por 14 enfermeras asistenciales, 03 enfermeras administrativas, 12 técnicos de enfermería, en la modalidad de nombrados, contratados y CAS en turnos rotativos de mañana, tarde y noche.

Por lo general no se cuenta con reemplazos por vacaciones, licencias, renunciaciones o descansos médicos prolongados, por lo que los grupos de trabajo quedan incompletos, teniéndose que redistribuir la labor de enfermería.

Esta falta de recursos humanos ocasiona disminución de las horas disponibles para la atención de enfermería e incremento de la carga laboral que a su vez contribuye con el ausentismo mensual mayor al 8.6% de las horas programadas y del personal técnico es del 5.75%. En promedio se programa 2250 horas enfermero mensuales y se realizan 1935 horas efectivas.

- **Infraestructura**

Está conformado por un conjunto de edificios de 14 pisos y sótano. En el sótano se sitúan los consultorios externos del área de rehabilitación. En el primer nivel están los consultorios externos de

las diferentes especialidades, farmacia, módulo de citas, laboratorio central, banco de sangre, unidad de quimioterapia ambulatoria, Rayos X, áreas específicas de tomografía axial computarizada, resonancia magnética, acelerador lineal, área de pediatría y emergencia. A partir del segundo piso en adelante están los ambientes de hospitalización, estando dos pisos reservados a pediatría. Actualmente cuenta con un nuevo centro de emergencia, construido con un sistema antisísmico capaz de soportar un fuerte movimiento telúrico.

El servicio se encuentra en el Block C y cuenta con una capacidad de 39 pacientes distribuidos en 15 ambientes unipersonales para pacientes con problemas de inmunosupresión, colagenopatías, enfermedades infecto-contagiosas; 10 ambientes bipersonales para pacientes de dependencia II y III y 02 ambientes bipersonales adaptados para la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), con equipos completos de oxígeno, aspiración de secreciones y monitores de cuatro funciones vitales; en los cuales se encuentran los pacientes de alto riesgo y con mayor requerimiento de cuidados de enfermería.

▪ **Prestaciones**

- Los Centros del Adulto Mayor (**CAM**) son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.
- Los Centros de atención Integral en Diabetes e Hipertensión (**CEDHI**) es un centro especializado de EsSalud, integrante de la Red de Prestaciones de Salud del seguro social y perteneciente al II nivel de atención.

- Brinda prestaciones de salud especializada, mediante la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la diabetes e hipertensión en los asegurados con patología cardiometabólica, referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo.

3.2.2 Funciones Desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Destreza para aplicar el proceso de enfermería en el paciente de Medicina.
- Actualización técnico científica para tomar decisiones oportunas y otorgar atención de enfermería eficiente y eficaz.
- Conocimiento y habilidad para la preparación y el manejo de equipos biomédicos de primera eficiente y eficaz.
- Conocimiento y aplicación del proceso de reanimación cardiopulmonar avanzada y prolongada.
- Brinda atención de enfermería especializada, según los requerimientos del paciente.
- Maneja equipos especializados de Diagnóstico y Tratamiento
- Administra el tratamiento médico y farmacológico prescrito integrado el conocimiento científico y su juicio crítico a las situaciones presentadas.
- Orienta el autocuidado y brinda apoyo psicológico al paciente y familia según lo requiera durante la atención en hospitalización
- Participa en la identificación y atención de los problemas de nutrición
- Realiza actividades de rehabilitación físico- social en coordinación con el equipo multidisciplinario y/o

especializado brinda atención de enfermería al paciente en fase terminal y apoyo emocional a los familiares

- Planea, organiza, conduce, ejecuta y evalúa acciones preventivas promocionales que contribuyen de manera efectiva a disminuir los riesgos de enfermar y morir.
- Participa en el desarrollo de la prevención y control de infecciones intrahospitalarias en sus diversas fases: Vigilancia Epidemiológica, normas Universales.

b) Área Administrativa

- Capacidad de planificar, organizar, dirigir, negociar, coordinar, supervisar y controlar los cuidados de enfermería al paciente de medicina.
- Capacidad para promover, realizar, liderar los cambios necesarios para optimizar la atención de enfermería y mejorar la salud de los usuarios.
- Capacidad de resolución de problemas
- Elaborar el plan operativo de enfermería para el servicio en base al diagnóstico situacional y de acuerdo a las normas establecidas
- Establece, prioriza y formula las necesidades de recursos humanos, materiales y equipos requeridos para la presentación del servicio de enfermería al usuario.
- Supervisa, monitoriza y evalúa el avance y logro de las metas establecidas en el plan operativo.

c) Área Docencia

- Conocimiento y manejo de la metodología educativa.
- Participa en el desarrollo de programas educativos orientados al formato, prevención y recuperación de la salud.

d) Área Investigación

- Realiza investigaciones operativas, como aporte al desarrollo de la disciplina y como medio para optimizar la atención profesional.
- Participa en investigaciones multidisciplinarias.

En cuanto al cuidado de pacientes diabéticos:

CUIDADO DE LAS LESIONES YA EXISTENTES Se debe hacer un examen detallado de ambos pies, con una inspección cuidadosa de los talones y los espacios interdigitales. El estado de la circulación, y sensibilidad deben evaluarse con detalle. Deben tenerse en cuenta la temperatura y el color de la piel, la respuesta vascular a la elevación del miembro, es decir si se producen cambios en el color según la postura de la extremidad, el cambio en la cantidad de pelo de la pierna. Una fotografía en color es útil para poder juzgar la progresión de la falta de riego.

EL TRATAMIENTO DEL PÍE DIABÉTICO SE BASA En la protección contra el daño que se asocia a la pérdida de sensibilidad causada por lesión de los nervios periféricos. Tratamiento de la infección que pueda aparecer. Mejoría de la circulación evitando el uso de calzado o prendas ajustadas. Control médico de la diabetes, es decir, comprobar que los niveles de glucosa se encuentran dentro de los límites permitidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LAS ÚLCERAS

a) Anamnesis

Hipoglucemias (número y circunstancias)

Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia)

Lesiones en los pies

Consumo de tabaco

b) Valoración de la Úlcera

Aspecto

Mayor extensión

Profundidad

Exudado cantidad

Exudado calidad

Tejido esfacelado o necrótico

Tejido granuladorio

Edema

Dolor.

El Servicio de Medicina Interna 6C es responsable de otorgar cuidados de enfermería, basados en la filosofía de la calidad, educación continua y trabajo en equipo, durante las 24 horas del día con un total de recursos humanos de 29 personas entre enfermeros asistenciales (14) y administrativos (03) y técnicos de enfermería (12), en turnos rotativos de mañana, tarde y noche.

La atención de pacientes al servicio es exclusivamente por indicación médica procedentes principalmente de emergencias y referidos de otros establecimientos.

La población hospitalizada se caracteriza por ser compleja y según los grados de dependencia el 60% son de grado III, el 30% son de grado II y el 10% son de grado IV. Asimismo es necesario considerar, que el estado de nutrición, la disminución de la actividad física y los problemas de incontinencia urinaria y rectal, los ponen en riesgo al desarrollo de problemas de pérdida de la integridad de la piel.

Ante esta problemática es necesario establecer una buena comunicación, trato humanizado y calidad de los cuidados que depende de muchos factores, como: La actitud del propio personal de enfermería, del paciente y del ambiente donde se desarrolla la actividad.

3.3 Procesos realizados en el informe

Mi experiencia laboral se inicia en el año 2002 luego de culminar mis estudios en la UNDAC. En la actualidad me encuentro laborando en EsSalud Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins desde el año 2008 , 10 años dedicados a la institución. Trabajar en el servicio de Medicina Interna 6C. Este servicio alberga en un 72% pacientes de la tercera edad, con un promedio de permanencia de 25 días, esta población que se caracteriza por ser compleja y de un alto grado de dependencia, dadas sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales; otro problema; es el aumento de pacientes traídos por sus familiares y luego abandonados, lo mencionado sumado a la falta de recurso humano, ocasionan disminución de las horas disponibles para la atención de enfermería y un incremento de la carga laboral, que a la vez conlleva a un estrés laboral, repercutiendo en las relaciones humanas entre colegas, equipo de salud, paciente y familia, con consecuencias de problemas de índole legal. Así mismo se evidencia que el personal de enfermería no efectúa el correcto registro de las intervenciones de enfermería en la historia clínica por la limitación del tiempo; al mismo lapso está siendo sometido a los cambios científicos y tecnológicos permanentes. Esta limitación de tiempo y la falta de facilidades para el desarrollo del programa de educación continua (PEC) y la educación familiar acompañante constituyen un factor que restringe la función educativa de la enfermera, vulnerando la calidad de los servicios, esto se manifiesta en la desarticulación de las

personas enfermas y sus familiares con los programas institucionales. Si bien es cierto que el servicio de medicina interna 6C ha sido reconocido por la institucion por brindar un trato humanizado al usuario, a pesar de la satisfaccion percibida, debe mejorarse el apoyo que se brinda en los momentos criticos, que muchas veces no se realizan debido a la carga laboral que demanda el personal de enfermeria, se carece de datos, de la condicion de funcionabilidad de los pacientes, el cuidado de enfermeria va mas allá, adquiriendo una dimension profunda al compartir sus sentimientos y emociones a sus pacientes, especialmente los del adulto mayor, afectados por enfermedad, sus temores, angustias, por su aislamiento social y familiar y el abandono. El trato diario humanizando mejora la calidad de los cuidados ofrecidos, por ende mejora la calidad de vida respetando su dignidad y su derecho.

Casos Relevantes

Generalmente los pacientes que se hospitalizan con diagnóstico de pie diabético vienen con problemas de infecciones severas y lecciones necróticas.

Los médicos dan alternativas de curación y limpieza, sea en su unidad o en la unidad especializada donde curan a los pacientes con pie diabético, dependiendo de la lesión, el equipo médico toma la decisión de amputación como segunda medida porque la primera medida es curación y limpieza diaria.

Se afronta estas situaciones con los familiares para que puedan superar esta nueva experiencia, en estos casos se trabajan directamente con los familiares para el manejo en casa sobre los cuidados que deben tener ante una lesión del pie diabético o, en su defecto, de una amputación.

Otra acción que tenemos es de preparar al paciente para que asistan a sus exámenes que se realizan como son la cámara hiperbárica, que son otra alternativa que dan los médicos y que estas diferentes citas no se deben perder por una falta de organización.

Después de la curación, los pacientes regresan con mucho dolor, la acción que tomamos es colocarles un analgésico, sea antes o después del procedimiento.

La toma a horario de la glicemia, que nos alerta sobre los valores y las medidas que debemos tomar.

Preparar los equipos para que el medico pueda realizar la curación del pie diabético al paciente.

Innovaciones y Aportes

- Capacitación continúa sobre curaciones ya que el tipo de lesiones no son iguales ya que difieren en el grado y el tipo de materiales que se tienen que utilizar.
- Se capacita al familiar para los cuidados, los tratamientos y la dieta.
- En muchas oportunidades los pacientes no son curados a tiempo por falta de coordinación o demanda de tiempo de los médicos, por lo cual, la enfermera toma este papel y realiza esas funciones.
- Un claro aporte seria educar a la estimada familia para que pueda tener un manejo más consiente sobre este problema y no esperar al terrible final de ser amputado y/o muerte del paciente por una sepsis.

Limitaciones

- Empezaremos por la falta de recursos humanos (personal de enfermería), ya que hay una gran demanda de pacientes con múltiples diagnósticos, los cuales nos dificulta poder a ser una atención oportuna, inmediata y de calidad al paciente en cuestión.
- Muchas veces se prepara al paciente para una amputación y por falta de tiempo su operación se suspende (hasta en 3 oportunidades), lo cual hace que la infección siga avanzando, lo cual trae una frustración al personal de enfermería que nos trae una tristeza por el paciente.
- Hay pacientes con complicaciones renales, hepáticas y/o cardiacas, el cual nos limita a nosotros en el momento de actuar ante un dolor intenso en la administración de sus antibióticos o en el reemplazo de líquidos y electrolitos cuando hay una pérdida de sangre, vómitos o diarreas.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1

INGRESO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014

Año: 2014	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
Enero	3	14	5	29
Febrero	2	10	2	12
Marzo	3	14	2	12
Abril	2	10	1	6
Mayo	2	10	0	0
Junio	1	5	1	6
Julio	3	14	0	0
Agosto	1	5	2	12
Septiembre	2	10	2	12
Octubre	0	0	0	0
Noviembre	0	0	2	12
Diciembre	2	10	0	0
TOTAL	21	100	17	100

De acuerdo a la tabla podemos ver que en el año 2014 el ingreso de pacientes con pie diabético fue mayor en el mes de enero con 14% pacientes del sexo masculino seguido con 5 pacientes con 29% del sexo masculino

Gráfico N° 4.1

INGRESO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2014

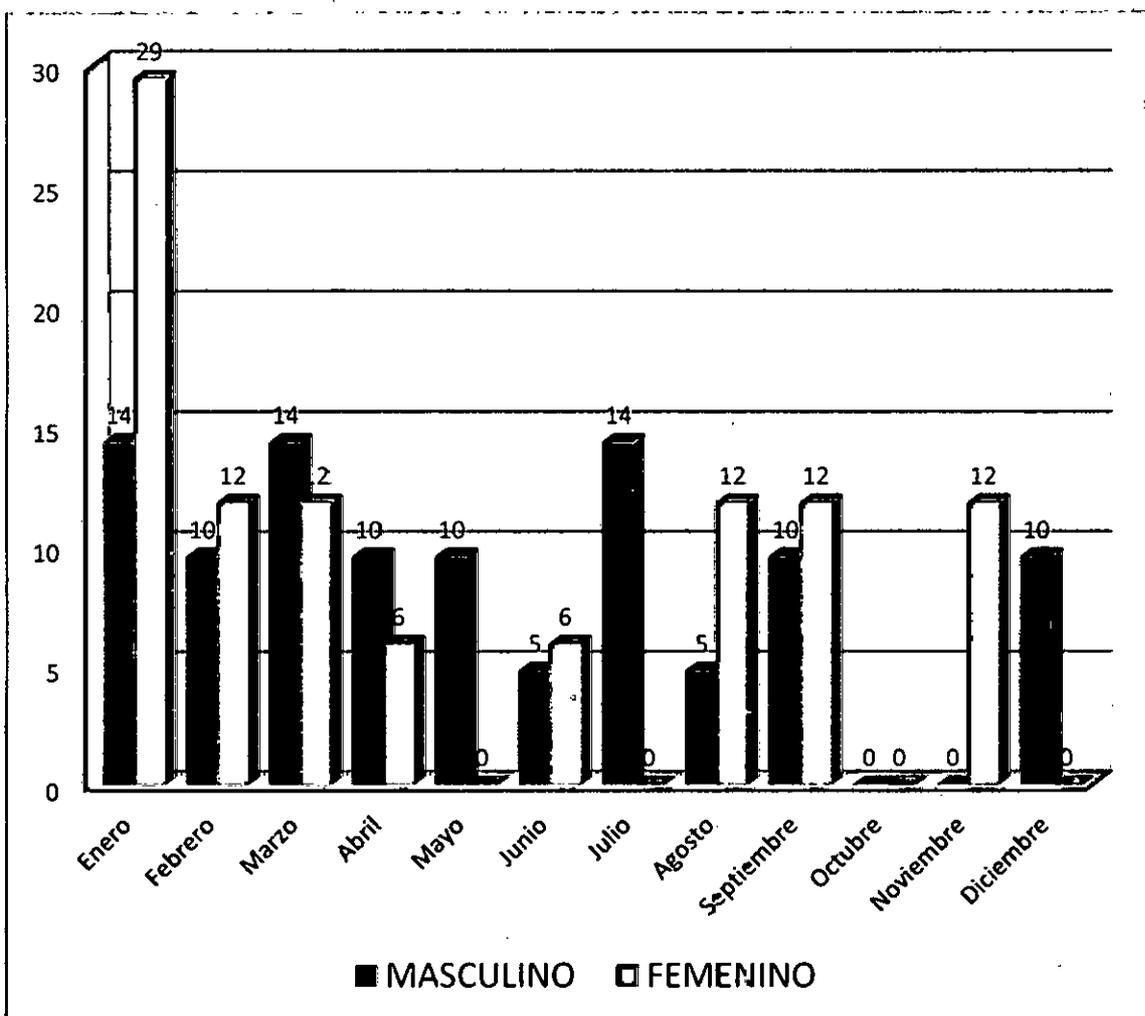


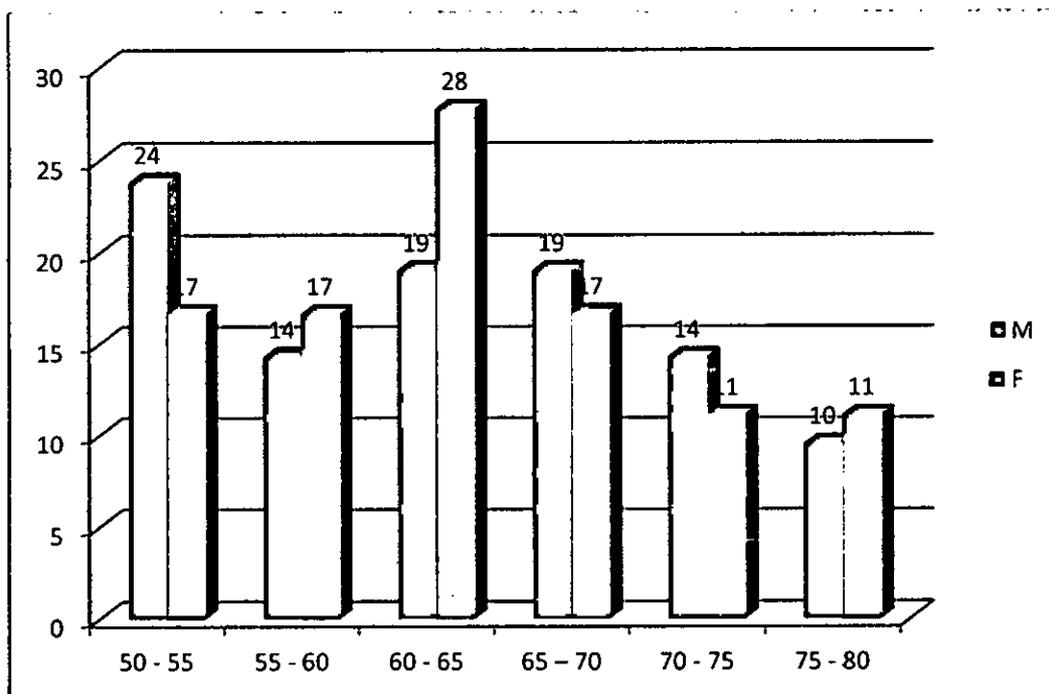
Tabla N° 4.2

EDAD DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014

AÑO 2014	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
50 - 55	5	24	3	18
55 - 60	3	14	3	18
60 - 65	4	19	4	24
65 - 70	4	19	3	18
70 - 75	3	14	2	12
75 - 80	2	10	2	12
TOTAL	21	100	17	100

Gráfico N° 4.2

EDAD DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014



De acuerdo a la gráfica podemos apreciar que las edades que predominan son de 50-55 años con 24% seguido 60 a 70 años con 19% del sexo masculino.

Tabla N° 4.3

**INGRESO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2015**

Año: 2015	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
Enero	3	15	2	25
Febrero	0	0	0	0
Marzo	2	10	1	13
Abril	2	10	0	0
Mayo	3	15	2	25
Junio	0	0	1	13
Julio	2	10	0	0
Agosto	2	10	2	25
Septiembre	1	5	0	0
Octubre	2	10	0	0
Noviembre	1	5	0	0
Diciembre	2	10	0	0
TOTAL	20	100	8	100

De acuerdo a la tabla podemos ver que en el año 2015 el ingreso de pacientes con pie diabético fue mayor en los meses de enero y abril con 15% pacientes del sexo masculino seguido con el 10% en los meses de marzo, abril, julio, agosto, octubre y diciembre del sexo masculino

Gráfico N° 4.3

**INGRESO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2015**

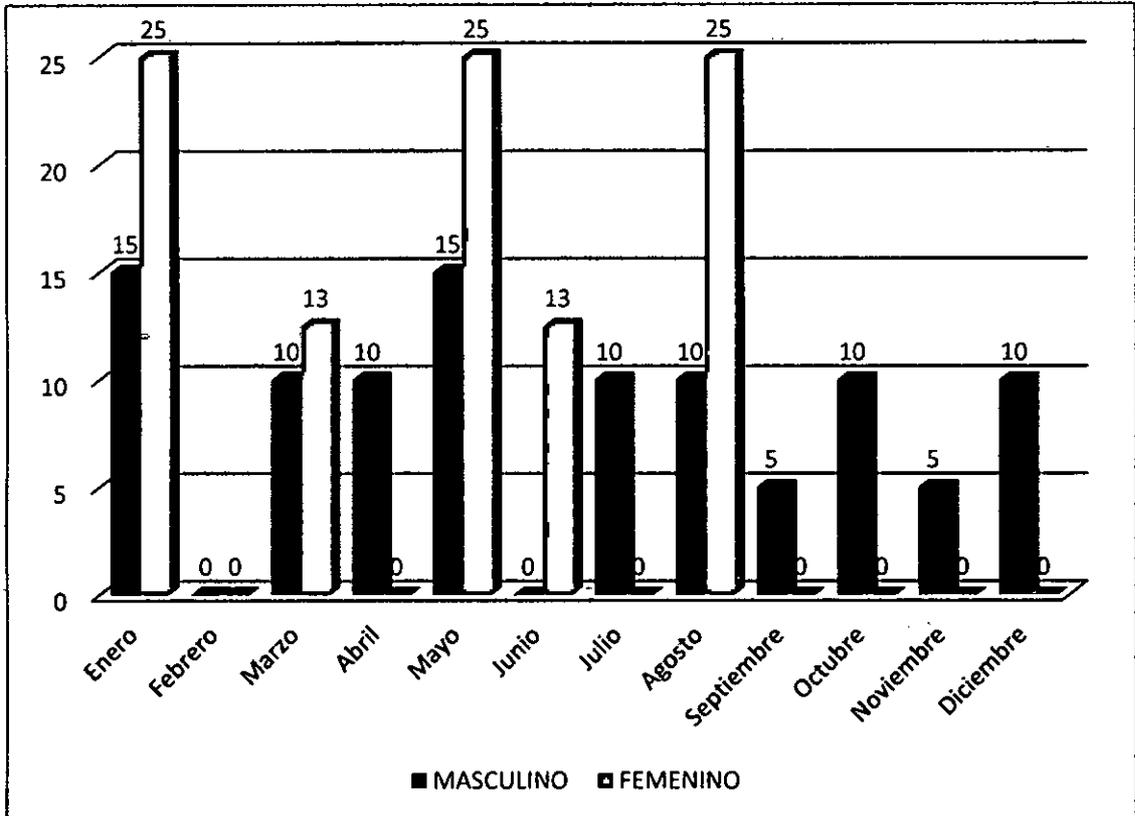


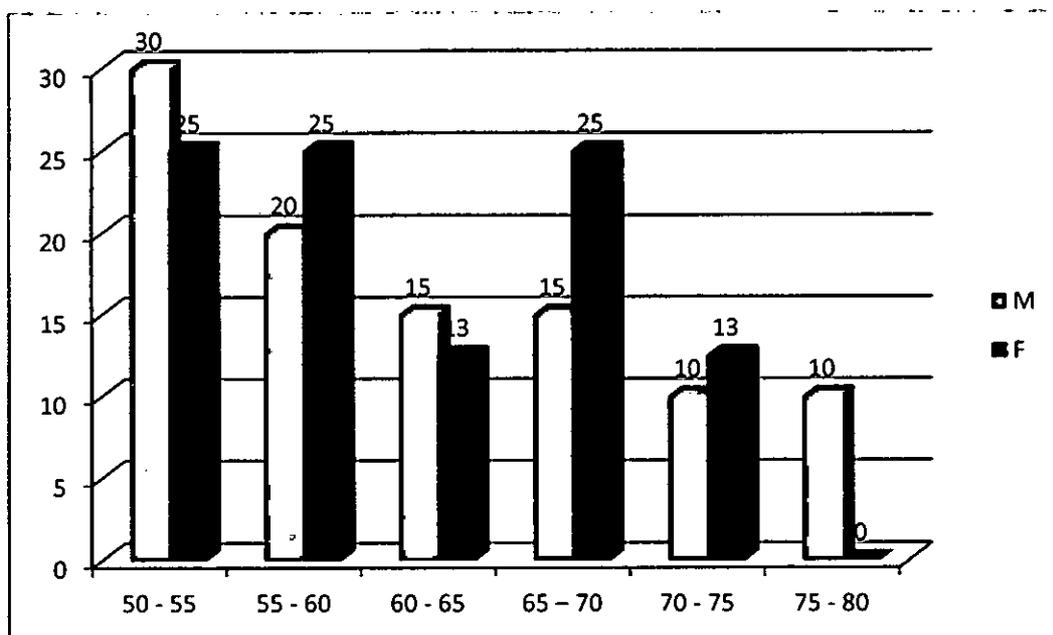
Tabla N° 4.4

SEXO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015

AÑO 2015	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
50 - 55	6	30	2	25
55 - 60	4	20	2	25
60 - 65	3	15	1	13
65 - 70	3	15	2	25
70 - 75	2	10	1	13
75 - 80	2	10	0	0
TOTAL	20	100	8	100

Gráfico N° 4.4

SEXO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015



De acuerdo a la gráfica podemos apreciar que las edades que predominan son 50-55 años con 30% seguido 55 a 60 años con 20%, 60-70 años con el 15% y 70-80 años con 10% del sexo masculino.

Tabla N° 4.5

**INGRESO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2016**

Año: 2016	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
Enero	2	15	1	13
Febrero	0	0	0	0
Marzo	1	8	0	0
Abril	2	15	1	13
Mayo	2	15	2	25
Junio	0	0	1	13
Julio	0	0	0	0
Agosto	1	8	1	13
Septiembre	1	8	1	13
Octubre	1	8	0	0
Noviembre	1	8	0	0
Diciembre	2	15	1	13
TOTAL	13	100	8	100

De acuerdo a la tabla podemos ver que en el año 2016 el ingreso de pacientes con pie diabético fue mayor en los meses de enero, abril, mayo y diciembre con 15% pacientes del sexo masculino seguido con 8% en los meses de marzo, agosto, setiembre y noviembre del sexo masculino.

Gráfico N° 4.5

**INGRESO DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS 2016**

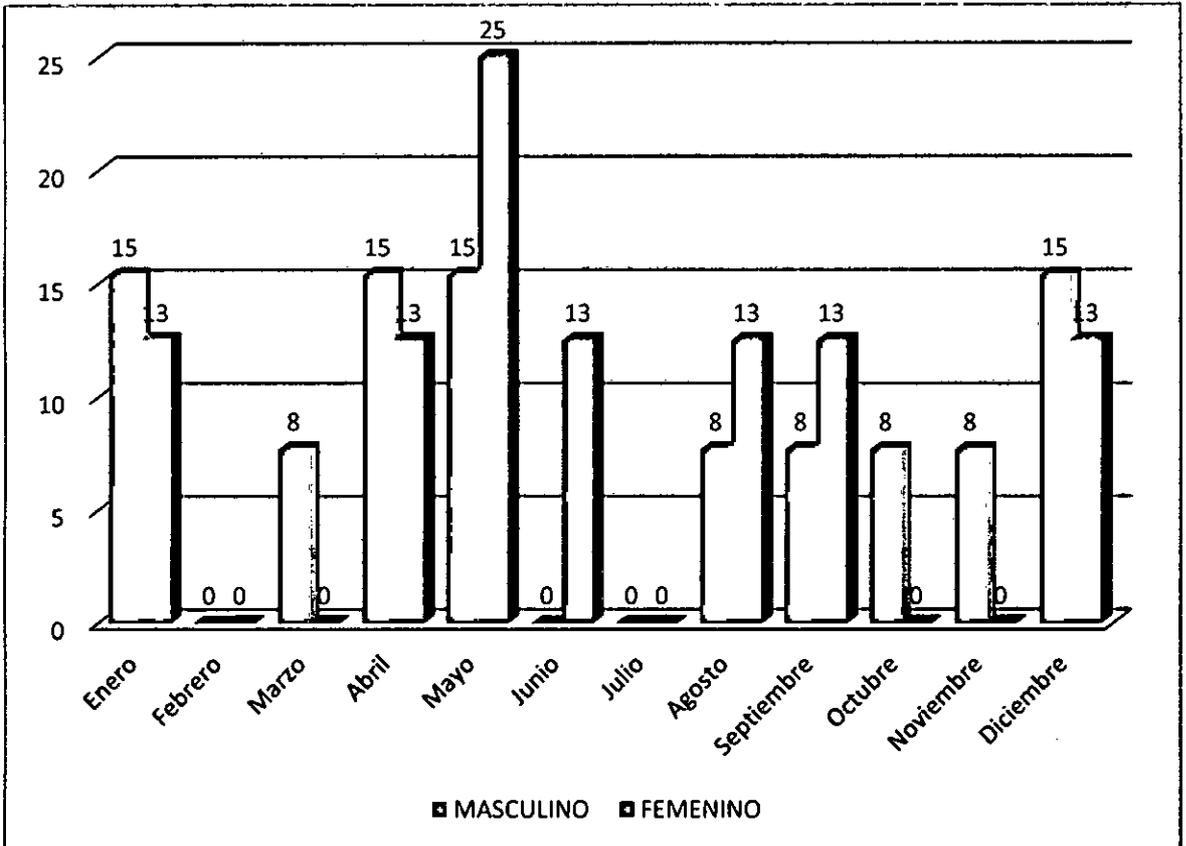


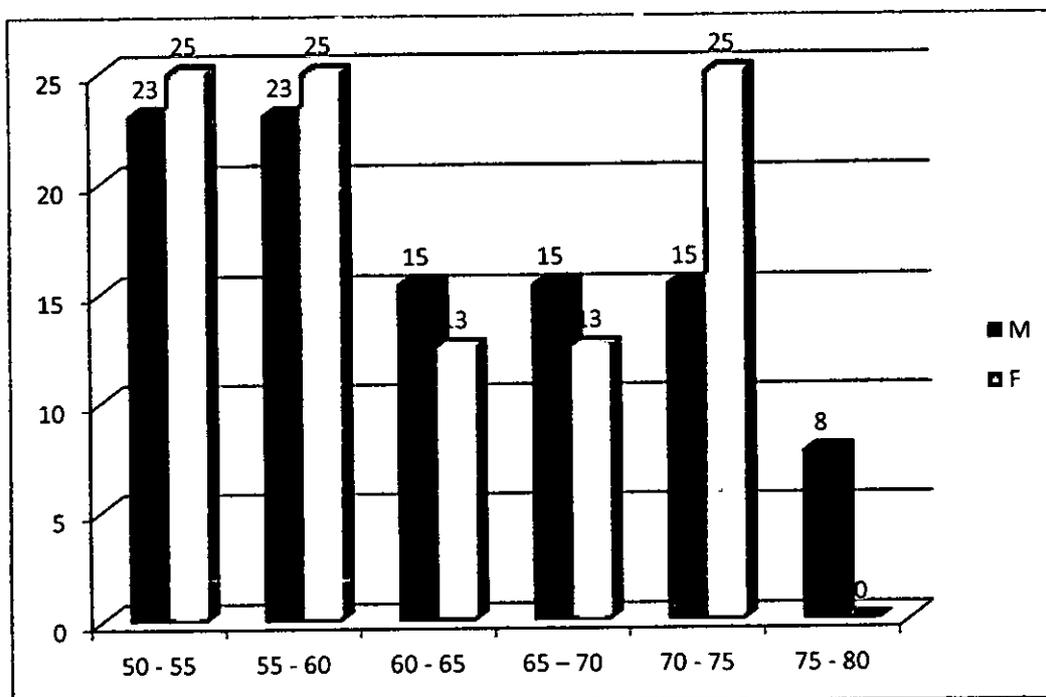
Tabla N° 4.6

EDAD DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016

AÑO 2016 EDAD.	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
50 - 55	3	23	2	25
55 - 60	3	23	2	25
60 - 65	2	15	1	13
65 - 70	2	15	1	13
70 - 75	2	15	2	25
75 - 80	1	8	0	0
TOTAL	13	100	8	100

Gráfico N° 4.6

EDAD DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016



De acuerdo a la gráfica podemos apreciar que las edades que predominan son de 50-60 años con 23% seguido 60 a 75 años con 15% y 75-80 años con 8% del sexo masculino.

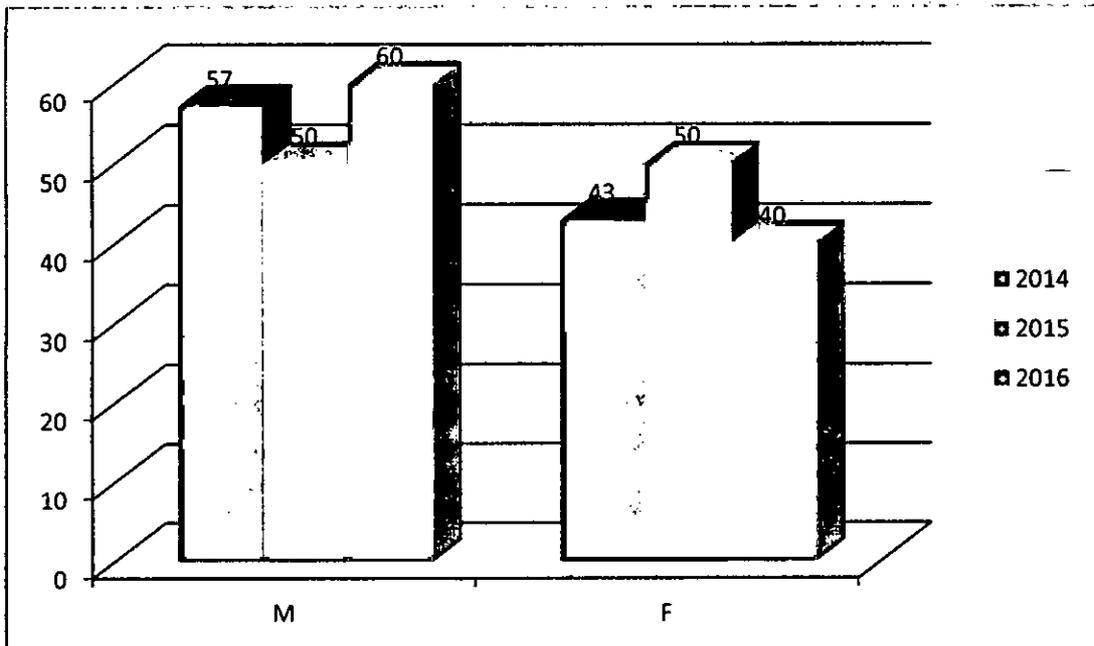
Tabla N° 4.7

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014-2016

AÑOS	Sexo			
	Masculino	M	Femenino	F
2014	4	57	3	43
2015	2	50	2	50
2016	3	60	2	40

Gráfico N° 4.8

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014-2016



Del cuadro podemos apreciar que las complicaciones más frecuentes son las imputaciones siendo en el año 2014 57% Masculino y 43% Femenino, en el año 2015 50% Masculino y 50% Femenino y en el año 2016 60% Masculino y 40% Femenino.

V. CONCLUSIONES

- a) Podemos concluir que en el año 2014 el ingreso de pacientes con pie diabético fueron 38 pacientes de las cuales (21) 55% fueron de sexo masculino y (17) con el 45% de sexo femenino; en el 2015 de 28 pacientes el (20) 71% fueron del sexo masculino y el (8) 29% del sexo femenino y en el año 2016 de 21 ingreso de pacientes el (13) 62% fueron masculino y el (8) 38% fueron femenino.
- b) Los pacientes que ingresaron para la prevención y cuidado del pie diabético fueron las edades de 50-55 años siendo en el 2014 con el 24%, en el 2015 con el 30% y en el 2016 con 23%.
- c) Las complicaciones más frecuentes de los años 2014-2016 son las imputaciones en el Servicio de Medicina Interna 6C donde en el 2016 hubieron 5 casos con un (3) 60% en el sexo masculino seguido (2) 40% en el sexo femenino.

VI. RECOMENDACIONES

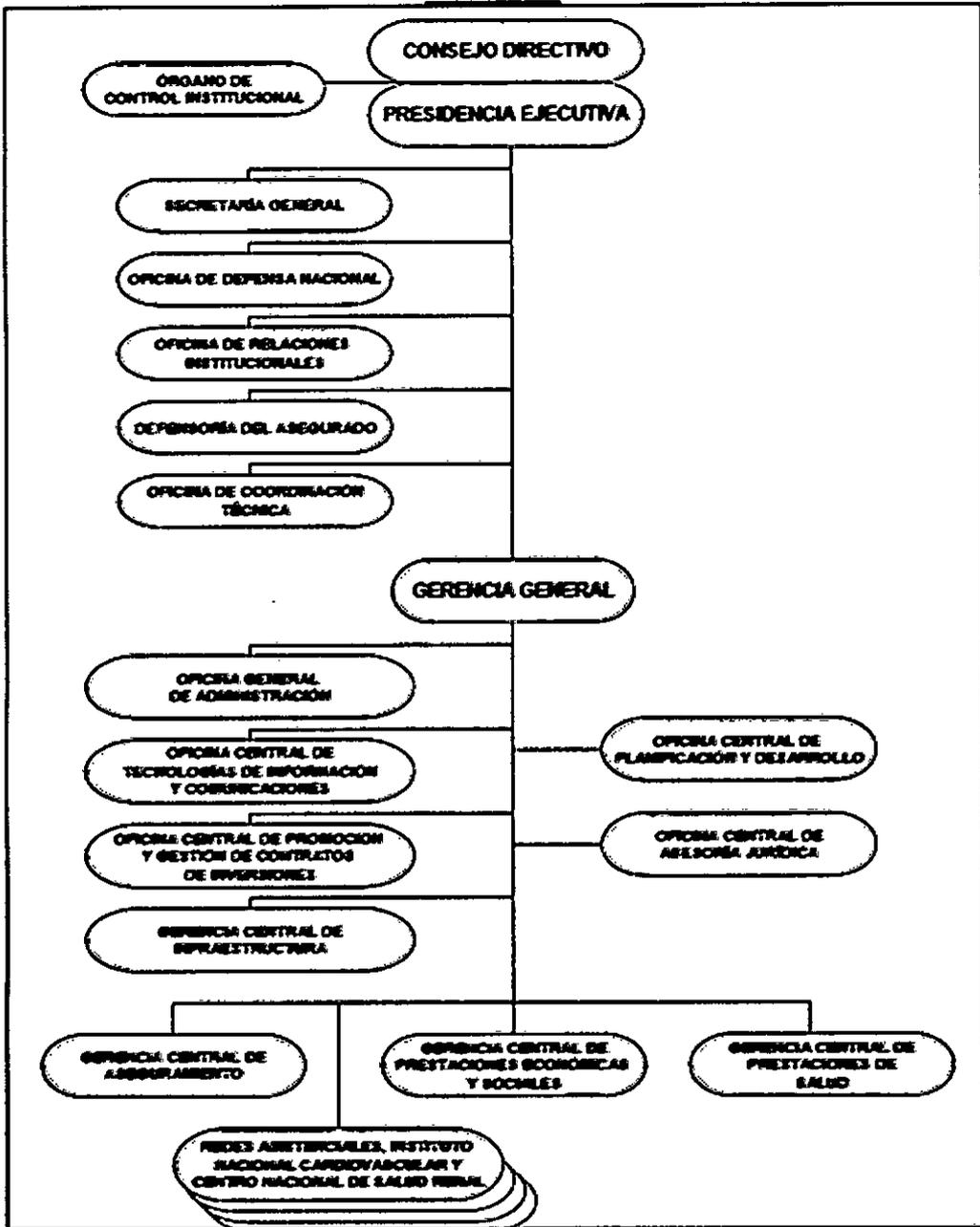
- a) Implementar un Programa Educativo de Prevención del Pie Diabético, para que los profesionales se integren en las actividades de educación continua y así mejorar los conocimientos y habilidades de valoración en el manejo de pacientes con pie diabético, garantizando problemas que puedan surgir y que las intervenciones que deban desarrollar estén basadas en la evidencia, de acuerdo con las políticas y procedimientos de la Institución.
- b) A las Instituciones Educativas incorporar charlas educativas de buenas prácticas sobre la Valoración y manejo del pie diabético en forma semestral o bimestral.
- c) Gestionar la adquisición de materiales e insumos en el Servicio de Medicina Interna 6C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins para pacientes con pie diabético.

VIII. REFERENCIALES

1. Du Gas BW. Tratado de Enfermería Práctica. 5ta. ed. México, D. F: Nueva Editorial Interamerica; 1998.p.53-54.
2. ICN, Ethical Concepts Applied to Nursing, 1973. News Release 1975;(6): 4.
3. Leddy SJ, Mae P. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1ra. ed. Wy. 16 Led, 1984.
4. Carpenito L. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1988.p3-21.(Ed. Revolucionaria).
5. Iyer PW, Taptich BJ. Proceso y Diagnósticos de Enfermería. 3 ed. esp. México. D. F: McGraw-Hill; Interamericana. 1997.p,1-30,186-187.
6. Carpenito. L. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. 1 ed. esp. Madrid McGraw-Hill; Interamericana. 1994.p,4-17.

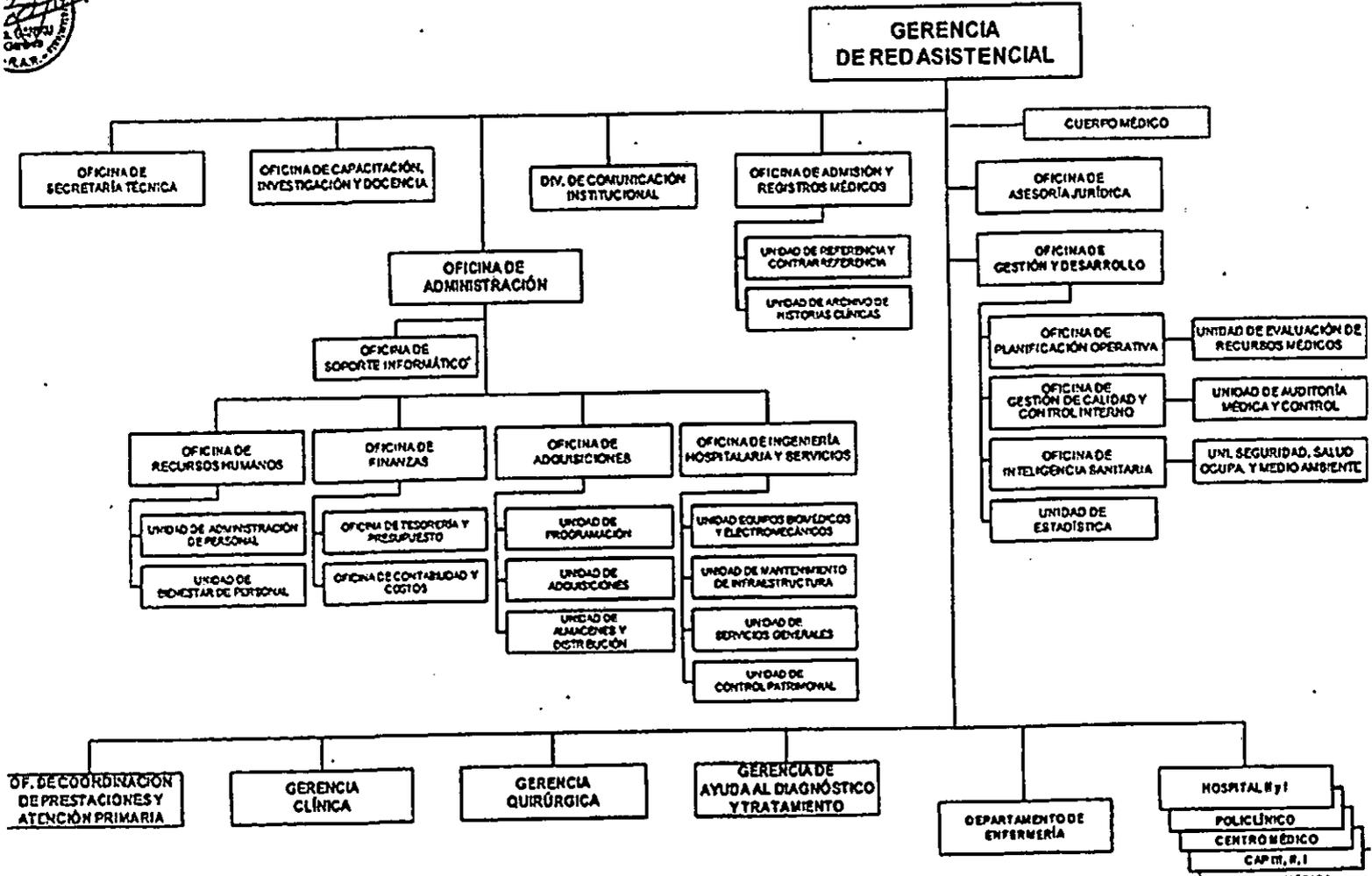
ANEXOS

ANEXO 1



**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL
SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**
 Aprobado por Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014
 Y Modificado por:
 Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015
 Resolución N° 141-PE-ESSALUD-2016
 Resolución N° 310-PE-ESSALUD-2016

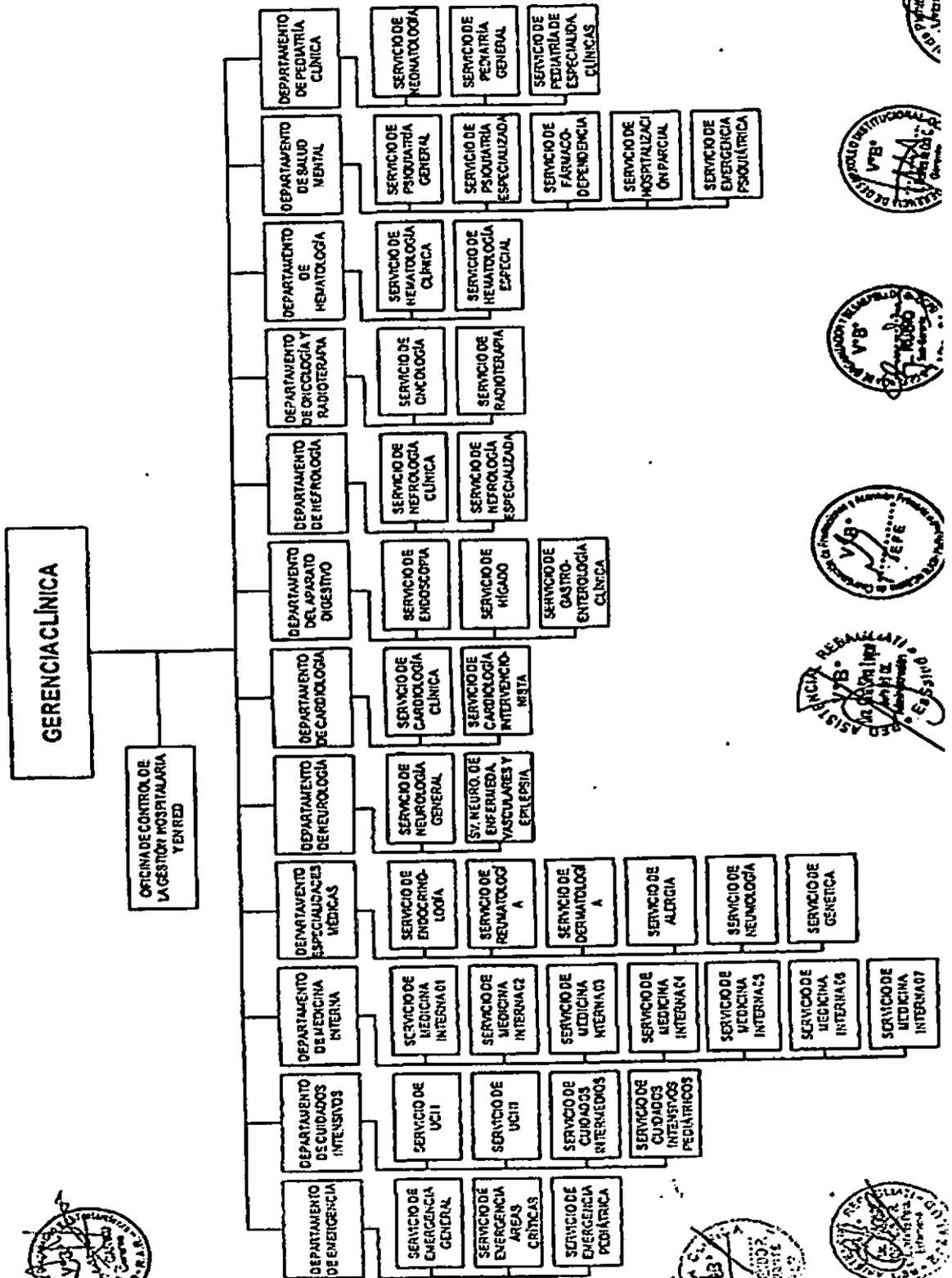
Fuente: www.essalud.gob.pe



Fuente: www.essalud.gob.pe

ANEXO 2

ANEXO 3



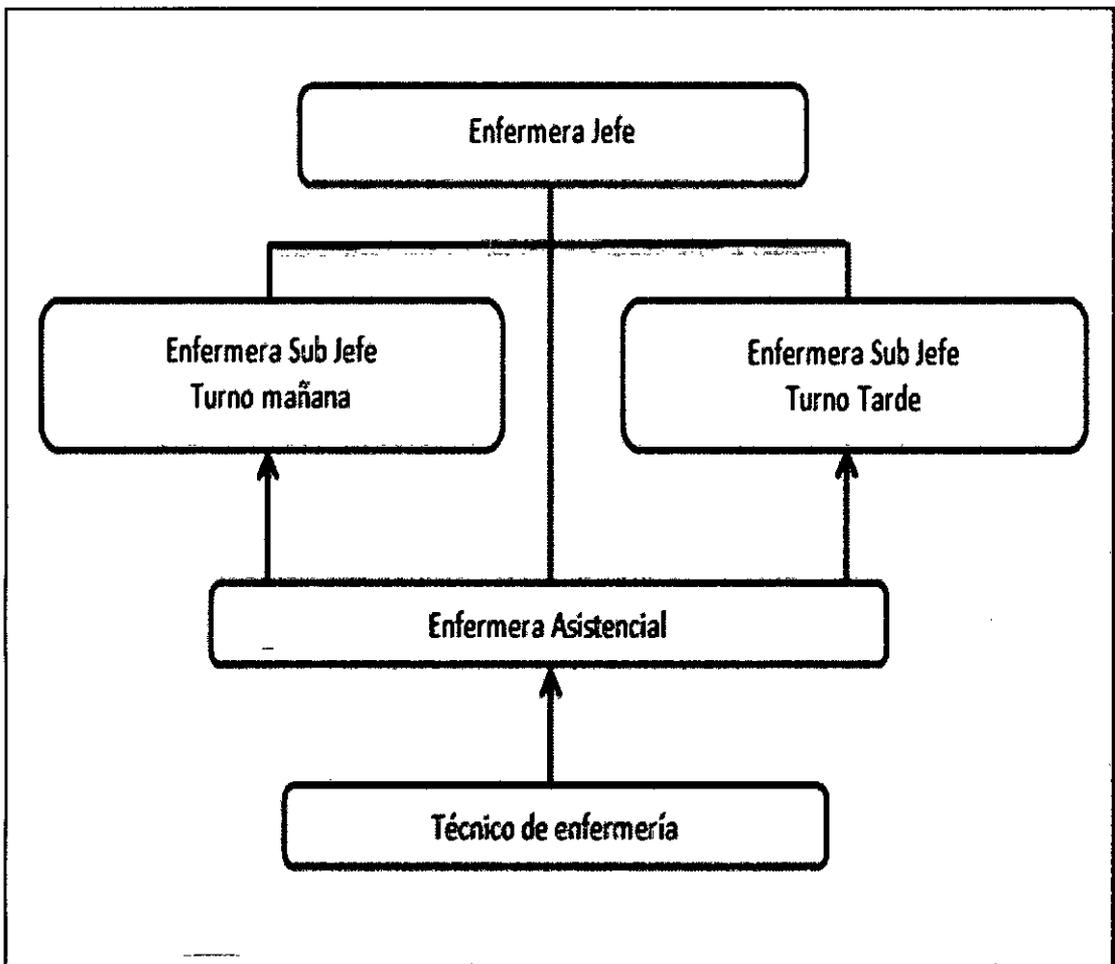
Fuente: www.essalud.gob.pe



ANEXO 5

Figura 1.

Estructura orgánica de enfermería del servicio de medicina interna del 6C



Fuente: Elaboración propia, 2016

ANEXO N° 06

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA 6C



Fuente: Elaboración propia, 2016