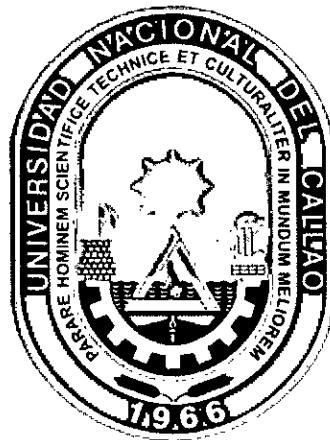


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CUIDADO DE ENFERMERÍA Y PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO
EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS EN
EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

SANDRA HAYDEE ALVARADO CHUMACERO

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 436-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2796-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre 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	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	20
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe	24
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIALES	36
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

El pie diabético constituye un grave problema de salud, que se incrementa año por año y que provoca grandes repercusiones sanitarias y socioeconómicas, alterando así la calidad de vida del paciente, es una de las complicaciones más importantes de la diabetes mellitus y la principal causa de hospitalización por úlceras, infección, gangrena o amputación. En nuestro país la Diabetes es una de las enfermedades más frecuentes, se estima que la prevalencia es del 5 al 10% (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo) en personas que oscilan entre los 60 y 70 años de edad y dentro de las complicaciones más frecuentes de esta enfermedad crónica encontramos al Pie Diabético considerado como un problema de Salud Pública.

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 integridad inferior, y por otra parte, la neuropatía que puede hacer que disminuya la sensibilidad, se pierden los reflejos musculares profundos y se altera la biomecánica del pie llegando hasta la amputación que supone una mayor carga económica y social para el paciente y familiar. Se considera el responsable de más del 50% de las amputaciones no traumáticas.

Las consecuencias humanas y económicas del pie diabético son extremas debido a las distintas complicaciones diabéticas, el pie de una persona se vuelve vulnerable, las lesiones nerviosas, los problemas vasculares y la lenta curación de las heridas pueden desencadenar ulceraciones crónicas en el pie, pudiendo acabar en una amputación, sin embargo la situación no tiene que ser tan terrible por que mediante una guía de cuidados básicos integrales, siguiendo pautas y cuidados esenciales importantes que todo paciente geriátrico con Diabetes Mellitus o familiar a cargo debe de conocer podríamos prevenir futuras lesiones en los pies que desencadenan en una amputación parcial o radical del miembro afectado.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

En el mundo la Diabetes Mellitus es considerada una enfermedad con características pandémicas y de devastadoras consecuencias en la salud mundial, y las más comunes e importantes enfermedades metabólicas que afecta de 2 a 5% de la población en Europa, aproximadamente de 5 a 10% de la población en Estados Unidos y 20% en otras partes del mundo. Así lo anuncia la organización Mundial de la Salud en su primer Informe Mundial sobre la Diabetes en el q sostiene que una de cada 11 personas en el mundo ya padece de ese trastorno .Las cifras también indican que el número de personas afectadas prácticamente se cuadruplico en los últimos 30 años ,según estimaciones 422 millones de adultos tenían Diabetes Mellitus en el 2014 frente a los 108 millones de 1980 asegura la OMS además nos dice que el 8,5% de los adultos en el mundo tienen diabetes ,1,5 millones de personas murieron como resultado de la Diabetes en el 2012 y 43% de estos 3,7% millones de personas murieron antes de cumplir los 70 años de edad . (1)

El pie diabético afecta al 15% de las personas con Diabetes en algún momento de sus vidas ,siendo más frecuentes después de los 40 años de edad ,los mismos que se incrementan con la edad es decir 1 de cada 5 pacientes diabéticos hospitalizados tiene lesiones de pie diabético(2)

La amputación de un pié diabético suele ser el resultado de una secuencia de cambios desafortunados que se inician con un traumatismo menor en un pie insensible, que lleva a la formación de una úlcera que no sana y finalmente al complicarse con un proceso séptico obliga a optar por un tratamiento radical como la amputación parcial o total del miembro inferior. No obstante, las amputaciones pueden prevenirse en un 49 y 85% de los casos. Bakker, K &

Riley, R (2005) "A nivel mundial cada 30 segundos, alguien pierde una pierna debido a la diabetes".

En el Perú el Presidente de la Sociedad Peruana de Endocrinología, Herald Manrique indico que en el año 2016 el 27% de pacientes con la enfermedad no sigue tratamiento y corre riesgo de ser víctima de derrames cerebrales ,infartos amputaciones, ceguera o problemas renales.

La Diabetes sigue creciendo, en los últimos siete años los casos se duplicaron en Lima Metropolitana y pasaron del 4 al 8 % de la población.

Sostuvo lo siguiente "El incremento de los casos se agudizo porque no hay una atención oportuna de calidad, tampoco existe una adecuada política de etiquetado de los alimentos para alertar a la población sobre los que está consumiendo ni un plan nacional de diabetes para hacer el adecuado seguimiento a los casos". (3)

Según la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, el 2.9% de peruanos mayores de 15 años han reportado que tienen Diabetes Mellitus .Esto quiere decir que aproximadamente un millón de personas ya conviven con la enfermedad .Sin embargo ,se estima que otro millón de peruanos padece la enfermedad pero no ha sido diagnosticado y podría ser víctima de complicaciones médicas ,como accidentes Cerebro Vasculares e infartos así como la amputación o perdida de extremidades por el pie diabético o falla renal. (4)

Según la SPE. (Sociedad Peruana de Endocrinología)

El 50% los pacientes con diabetes presentan neuropatía diabética, el 30% retinopatía y el 20% pie diabético. Del total de pacientes con pie diabético el 50% termina con la amputación de algún miembro.

El especialista del Ministerio de Salud Jorge Hanco Saavedra refirió que solo el 73% de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes en el país están recibiendo un adecuado tratamiento farmacológico de la enfermedad.

El resto no lleva un adecuado control de la enfermedad y por lo tanto está en riesgo de tener alguna complicación antes mencionada.

En el Perú las regiones con más casos de diabetes tipo 2 son precisamente las ciudades más desarrolladas ubicadas en la Costa ,como Lima ,Arequipa y Piura ,que es donde la población tiene un estilo de vida más moderno y tiene más acceso a productos procesados.

Se estima que en la Costa peruana existen 8 % de personas con diabetes, mientras que en Sierra 5% y la Selva 4%. (5)

En el Hospital Militar Central, en el Servicio del A21 –Clínica de mujeres se atienden pacientes adultos mayores con diversas patologías, una de las más resaltantes es la Diabetes Mellitus, debido a que existe una alta incidencia de pacientes geriátricos con dicha patología que reingresaban con un diagnóstico de Diabetes Mellitus descompensada y algunos casos con un cuadro de Pie Diabético y que lamentablemente debido a sus complicaciones por la falta de prevención y cuidados necesarios en sus pies desencadenan en lesiones que conllevan a una amputación parcial o total de su miembro afectado . Los pacientes que asisten al hospital Militar no son homogéneos ya que cuentan con distinto nivel educativo y escala social, algunos de ellos no pueden costear los altos costos del manejo de un pie diabético avanzado así como la amputación y la terapia que esta requiere, terminando con un diagnóstico de sepsis dérmica y lamentablemente acabando con la vida del paciente. En el 2016 38% de pacientes diabéticos reingresaron por presentar un cuadro de Diabetes Mellitus Descompensada y Pie Diabético en el servicio del A21 –Hospital Militar Central.

1.2 Objetivo

Describir el cuidado y prevención del pie diabético en pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus en el Hospital Militar Central -2016

1.3 Justificación

En la Unidad de Medicina A21- Clínica de Mujeres del HMC, el mal control de la diabetes por parte de los pacientes se ha visto reflejado en los altos índices de rehospitalización de pacientes con Diabetes Mellitus que no reciben información necesaria sobre las posibles consecuencias de una Diabetes Mellitus descompensada o por que le restan importancia a los signos de alarma. Es por ello que se elabora una guía de autocuidado para pacientes Diabéticos para prevenir una de las complicaciones más graves que es el síndrome de pie diabético.

La presente propuesta surge porque durante mi desarrollo profesional en el servicio A-2-1 del Hospital Militar Central el ingreso de pacientes diabéticos complicado es muy frecuente los tiempos de estancia hospitalaria debido a esta complicación son prolongados, los costos de su manejo son altos, y alguno de ellos ingresan con un cuadro de pie diabético avanzado en su gran mayoría se les realiza amputaciones parciales o totales de las extremidades inferiores afectadas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Federación Diabetologica Peruana (Fuente MINSA)

En el mundo hay más de 220 millones de personas con diabetes.

Se calcula que en 2005 fallecieron por diabetes 1,1 millones de personas.

Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.

Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y un 55% a mujeres. En el año 2010, se han registrado 55.4 millones de personas con Diabetes que viven en América, de los cuales 18 millones están en América Central y Sur y 37.4 millones en Norte América y El Caribe.

“En el Perú, diabetes mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, según informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del año 2003”.

La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030. Según las causas de muerte y afectaciones por la Diabetes, el 50% mueren por enfermedad cardiovascular, el 10%-20% mueren por insuficiencia renal, el 40% padece de neuropatía diabética debido a lesiones en los nervios, que afectan pies y manos.

La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes o retrasar su aparición, así como el control permanente de la persona diabética y el tamizaje continuo en personas con familiares diabéticos.

NEYRA Luis , ARIMENDIZ José, CASTILLO Óscar – RAMOS Sayán y GARCÍA Ramos Fredy-2012 Sociedad Perú Medica Interna

El pie diabético (PD) es una complicación crónica de la DM, con etiología multifactorial, teniendo como factores principales la infección, isquemia, neuropatía y mal control metabólico. Tiene características clínicas frecuentes como úlceras, gangrenas y amputaciones en las extremidades inferiores, ocasionando en el paciente discapacidad parcial o definitiva.

Los pacientes con este problema de salud deben ingresar a un programa de Prevención y el tratamiento del PD. Ellos han implementado un programa de PD que hasta la fecha tiene doce años de funcionamiento y se han evaluado aproximadamente cinco mil pacientes. En dicho programa, se han realizado estudios de investigación publicados y presentados en congresos internacionales de DM.(6)

SÁNCHEZ , Rosario (2014) “Nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pies y aplicación de medidas de autocuidado en pacientes adultos con diabetes. Hospital Albrecht, Trujillo”

Su objetivo es conocer el nivel de conocimiento sobre el autocuidado de los pies en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus para ello se aplico un cuestionario a 41 pacientes, llegando a la conclusión que un 95% de la muestra tienen un nivel de conocimiento alto, y el 97% de la muestra poseen un nivel medio de las medidas de autocuidado de los pies. Se concluye que;

existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pies y la aplicación de las medidas de autocuidado del paciente adulto con diabetes.(7)

SAAVEDRA Martínez Dolores, (2001) México, realizó un estudio sobre: “Paciente Diabético; ¿Conoce y acepta su padecimiento?”

El cual tuvo como objetivo: Describir el grado de conocimiento y aceptación que tiene quien padece esta enfermedad respecto a los síntomas y complicaciones que presenta.

El método utilizado fue el descriptivo comparativo. La población estuvo conformada por 119 paciente con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital General de la Zona y 69 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar. El instrumento utilizado fue la encuesta. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron: “La mayoría de los pacientes conocía su padecimiento, pero casi un porcentaje igual no lo aceptaba, apreciándose un mayor grado de conocimiento, menor aceptación y un porcentaje mayor de complicaciones.

“Con relación a la asociación de las variables, conocimiento de la patología y presencia de complicaciones un 69.7 conoce las complicaciones y el resto no. No existe significancia estadística”.

“En la relación complicación y aceptación se encontró un bajo porcentaje de aceptación, sólo un 3.7% acepta su enfermedad y no ha presentado complicaciones.(8)

MUÑOZ G Gonzales Luz, (1996) en Brasil, realizó un estudio sobre: “La enfermedad vino para quedarse”, el cual tuvo como objetivo: conocer la experiencia del paciente diabético que vivencia el fenómeno salud-enfermedad en el ambulatorio de un Hospital – Escuela en Sao Paulo Brasil.

El método utilizado fue el etnográfico. El instrumento utilizado fue las entrevistas a profundidad. Las conclusiones a las que se llegó entre otras fueron: “La enfermedad es vivida en este universo cultural como una enfermedad herida.

Cuando vivencia sensaciones de dolor y de sufrimiento derivadas de la evolución crónica de las heridas, su yo sufre al verse en los otros lo que lo atemoriza tornando difícil la convivencia y la aceptación de la enfermedad. Los sentimientos y las creencias que provoca la enfermedad, muchas veces estrechan los horizontes existenciales, revelando la ambigüedad en el deseo de morir y en el esfuerzo de dar sentido a su vida .(9)

MOREIRA Navarrete Manuela, SOLÍS Gonzales Sainé (2013) HOSPITAL LIBORIO PANCHANA-Ecuador- “Factores de Riesgo que influyen en la amputación de Miembros Inferiores en pacientes con PIE DIABÉTICO”,

Realizaron un trabajo de investigación sobre: “Factores de Riesgo que influyen en la amputación de Miembros Inferiores en pacientes con PIE DIABÉTICO”, tipo de Investigación Descriptivo Transversal, es una investigación cuantitativa por que utilizo métodos estadísticos.

Su objetivo fue determinar el estilo de vida, los conocimientos y cuidados de enfermería en los pacientes con pie diabético del hospital Dr. Liborio Panchana –Ecuador.

Llegando a la conclusión que la mayoría de pacientes diabéticos tienen un estilo de vida inadecuado debido a la poca práctica de actividad física y actividades sedentarias además del desorden alimenticio, tomando en cuenta que el profesional de enfermería no aplica el proceso de enfermería que permite realizar estrategias, prevenir y reducir complicaciones diabéticas llegando a la amputación de miembros inferiores. (Pie Diabético) (10)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Cuidados de Enfermería

Los cuidados de Enfermería son aquellos cuidados que un profesional brinda a un paciente ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que este padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo luego que este haya sido sometido a una operación.

Los cuidados de Enfermería están fundamentados en cuatro conceptos fundamentales:

El primer concepto refiere al ser humano quiere decir que los cuidados se centran en todas las funciones biológicas, psíquicas y emocionales del pacientes.

El segundo de estos conceptos consiste en la salud, lo cual alude a la ausencia der la enfermedad física y moral de una persona.

El tercer concepto hace referencia al entorno, para lo cual se toma en cuenta factores que componen el entorno más cercano del paciente.

El cuarto concepto son los cuidados de enfermería: preventivos, paliativos, curativos.

La salud es fundamental para el funcionamiento humano, sin embargo el papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto continuo con el enfermo, su misión es que restablezca su independendencia, favorecer su salud es más importante que cuidar al enfermo.

2.2.2 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades que cursan con un trastorno metabólico común, la hiperglucemia. Esto resulta de un defecto en la acción y/o secreción de insulina, así como el consumo y producción de glucosa.

Si bien la hiperglucemia es el rasgo más notorio de la diabetes mellitus (DM), la acción ineficaz de la insulina establece tres síndromes:

-Síndrome metabólico, con afección del metabolismo de hidratos de carbono, lípidos y proteínas;

-Síndrome vascular, por afección de pequeños y grandes vasos (micro y macroangiopatía respectivamente), que compromete la irrigación de todos los territorios pero en especial del corazón, cerebro, miembros inferiores, riñón y retina.

-Síndrome neuropático, con compromiso del sistema autónomo y periférico.(11)

Tipos y clasificación de la diabetes

Se admiten fundamentalmente dos tipos de diabetes: diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) o tipo 1 y diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o tipo 2.

En la parte clínica se diferencian por que la DMID, se caracteriza por aparecer antes de los treinta años, tener un inicio brusco, tender a la cetosis y precisar rápidamente insulina; y la DMNID, suele afectar a personas obesas y mayores de cuarenta años, su presentación es solapada y puede controlarse sólo con dieta largo tiempo, no requiriendo insulina.

Es también heterogénea, por lo que se ha clasificado en una forma asociada con obesidad, otra no asociada con obesidad, y la que se caracteriza por la aparición de una diabetes no cetósica y de progresión lenta en individuos jóvenes, la cual se transmite por herencia autonómica dominante y su tratamiento no requiere insulina al menos durante los primeros diez años.

-Diabetes gestacional: Se presenta en el 2-3% de todos los embarazos y a menudo revierte a la normalidad después del parto. El reconocimiento clínico de esta situación es importante porque estos pacientes tienen un riesgo aumentado de morbilidad fetal si no reciben el tratamiento adecuado y porque el 60% de los pacientes desarrollarán diabetes en los siguientes quince años después del parto. (12)

Epidemiología:

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se incluye a las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, ha ido en aumento en los últimos años. Se ha estimado que en el 2008 el 62% de las muertes y cerca del 50% de la carga de enfermedades a nivel mundial se debieron a ECNT. Además, estudios de la OMS señalan que para el 2020 el 75% de las muertes serán atribuibles a este tipo de enfermedades. En Argentina, sobre un total de 304.525 muertes ocurridas en 2009, 7.701 fueron por diabetes. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. (OMS)

Patogenia:

La diabetes tipo 1 se debe a la destrucción de las células beta del páncreas por linfocitos T del huésped, lo cual origina una deficiencia absoluta de la insulina (insulino deficiencia). Los marcadores de este proceso auto inmunitario incluyen anticuerpos frente a células de los islotes, insulina y descarboxilasa del ácido glutámico. Se supone que la destrucción auto inmunitario se halla relacionado con predisposiciones genéticas (alelos HLA-DR/DQ), en combinación con factores ambientales mal definidos.

La patogenia de la diabetes tipo 2 es multifactorial, aunque se desconocen las etiologías específicas. Se caracteriza por un defecto en la acción de la insulina (conocido como resistencia a la insulina) y una deficiencia relativa de

insulina. La pérdida de la primera fase de secreción de la insulina es el defecto inicial, con un aumento resultante de las concentraciones post pandriales de glucosa. Al final, se acelera la muerte de las células beta y aumentan las concentraciones de glucosa en ayunas. Se calcula que en el momento del diagnóstico de la diabetes, los pacientes han perdido casi el 50% de su masa de células beta.

Complicaciones:

Agudas: Son aquellas situaciones en las que el desconocimiento de la enfermedad, la ausencia de sintomatología concreta o brusquedad de la aparición, hacen que a la persona con DM puede sufrir modificaciones severas en su metabolismo que pueden poner en peligro su vida.

-Cetoacidosis diabética: Se presenta con un cuadro de anorexia, náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia y astenia. Puede existir aliento cetónico, deshidratación en piel y mucosas, globos oculares hundidos e hipotónicos y taquicardia, hipotensión y oliguria debido a la hipovolemia.

-Coma hipoglucémico hiperosmolar no cetósico (CHHNC): comas metabólicos que no cursan con acidosis, se da en pacientes mayores de 60 años con un cuadro de poliuria intensa, hipovolemia, deshidratación y manifestaciones neurológicas como desorientación, convulsiones y pérdida de conciencia.

-Acidosis Láctica: concentración plasmática de ácido láctico es muy alta, cursa con taquicardia, deshidratación, dolor abdominal y grado variable de coma.

Crónicas: Se clasifican en microangiopáticas (retinopatía, nefropatía), macroangiopatía (ateromatosis) y neuropática.

-Aterosclerosis y macroangiopatía diabética: Complicaciones a nivel de la micro y macro circulación, afectando principalmente a la retina, glomérulo

renal y sistema cardiovascular. La Ateroesclerosis es la fundamental, de progresión más rápida que en un no diabético, con aparición de calcificaciones en la capa media de las arterias y con predisposición de afectar principalmente a las arterias como los vasos femorales y tibiales o a la arteria coronaria izquierda. La dislipemia, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, etc., representan la principal causa de morbi-mortalidad en la población diabética.

-Complicaciones oculares: Retinopatía diabética

-Nefropatía diabética: La primera manifestación es la proteinuria persistente, también denominada macro albuminuria, evoluciona a la insuficiencia renal.

-Complicaciones Cutáneas: La fragilidad capilar es muy frecuente y está asociada casi siempre con microangiopatía. Las úlceras isquémicas predominan en las extremidades inferiores y se producen como consecuencia de la afección arterial. Son úlceras de bordes bien delimitados, superficiales, y dolorosas, que deben diferenciarse de las neuropatías, situadas en los puntos de apoyo del pie y que son profundas e indoloras.

-Neuropatía diabética: Las lesiones más comunes son degeneración y pérdida axonales, desmielinización segmentaria, cambio en las células de schwann, en las células perineurales y en los vasos endoteliales.

-Neuropatía Sensitiva: Hay abolición de reflejos aquileanos, disminución de la sensibilidad vibratoria, retraso en la conducción nerviosa. Suele ser simétrica e insidiosa y afectar a las piernas, con una distribución en calcetín. Los síntomas son parestesias, calambres, dolor, sensación urente en los pies. El dolor es muy intenso, predomina por la noche y se acompaña de hiperestesia, hasta el punto en el que el paciente no tolera el roce de las sábanas. La pérdida de sensibilidad es responsable de las úlceras neuropática que se presentan en los puntos de apoyo del pie (mal perforante plantar), así como de la artropatía neuropática (articulación de charcot), que afecta

preferentemente las articulaciones de los dedos del pie, y con menos frecuencia rodillas y caderas-. (13)

Pie Diabético

Las lesiones que se producen en el pie constituyen una fuente importante de morbi- mortalidad en las personas con diabetes mellitus, estas tienen entre 15 y 30 veces más riesgo de sufrir amputaciones que las personas sin diabetes, y esto supone un gran problema de salud para nuestro país.

Los tres factores patogénicos principales son: Neuropatía, enfermedad vascular periférica y la infección, que llevan a una evolución desfavorable de la lesión inducidas por la hiperglucemia sostenida. Resulta útil incluir dentro del síndrome de "pie diabético", el pie en riesgo, el pie diabético ulcerado, o con lesión y el pie diabético complicado que amenaza la viabilidad de la extremidad. El pie que aún no presenta lesiones, pero en el que la diabetes ha producido alteraciones estructurales o funcionales que lo colocan en riesgo de lesionarse, es también un pie diabético. Según estadísticas

Del 5% al 10% de los diabéticos sufren una amputación

La diabetes aumenta 15 veces el riesgo de amputación de las extremidades inferiores (Dedo del pie, pie o pierna)

Del 20% al 25% de los diabéticos acuden al médico al menos una vez en su vida por una lesión del pie.

Entre 3. 000 y 5. 000 amputaciones (dedo del pie, pie o pierna) son provocadas cada año por la diabetes.

La amputación: la obstrucción de las arterias que llevan la sangre a los pies será la responsable de una gangrena que conllevará una amputación

Casi el 70% de las amputaciones afecta a personas que padecen diabetes
Más del 50% de las amputaciones podrían ser evitadas.

Las lesiones de los pies son responsables del 25% de los días de hospitalización de un diabético

La diabetes es la segunda causa de amputación.

La gangrena de las extremidades es 40 veces más frecuente en los diabéticos

La arteritis de los miembros inferiores que acompaña a la diabetes necesita del aporte de 20 veces más de oxígeno para ayudar a cicatrizar una herida.

Factores de Riesgos:

Existen factores causales extrínsecos e intrínsecos. Estos se constituyen con aspectos del paciente, su padecimiento, estilo de vida y aspectos socioculturales y educativos sobre prevención y evolución de la enfermedad.
(Anexo 1)

Entre los factores etiológicos absolutos y directos en la génesis de las úlceras del pie diabético se incluyen la fisiopatología de la neuropatía, la angiopatía, el retorno venoso, el traumatismo externo, la respuesta inmunitaria y la cicatrización de los pacientes con pie diabético.

Neuropatía: puede ocasionar una pérdida parcial o total de la sensibilidad en el pie o la extremidad. Cualquier corte o traumatismo puede pasar inadvertido días o semanas y no es raro que el paciente indique que acaba de aparecer. No hay curación para la neuropatía, pero el control estricto de la glucemia disminuye su progresión

La deformidad denominada PIE DE CHARCOT ocurre como resultado de la menor sensibilidad, donde los pacientes no determinan de manera automática la sobre presión sobre un área específica del pie.

La neuropatía puede afectar la inervación de los pequeños músculos intrínsecos del pie y disminuir la sensibilidad y percepción del dolor. También puede afectar la inervación simpática y originar disminución de la sudoración.

La sequedad resultante origina grietas que se convierten en focos de infección, en consecuencia se desarrollan isquemias y necrosis, lo cual causa ulceración plantar. Las fracturas Oseas microscópicas en los pies pasan inadvertidas y se dejan sin tratar, lo que provoca deformidad, inflamación crónica y prominencias Oseas adicionales. La atrofia muscular neuropática provoca un pie deforme en garra. La disminución de la agudeza visual posibilita un traumatismo externo al caminar.

Angiopatía: La aterosclerosis es más frecuente en los diabéticos y tiene predominio micro vascular, esto agrega la posibilidad de isquemia, que perpetua la lesión, la origina o la incrementa.

-Disminución del retorno venoso: Es otro factor que incrementa la presión en el pie afectado, donde genera edema y cambios tróficos en la piel que favorecen la aparición de lesiones.

-Traumatismo externo: Posibilita úlceras en el Pie, lo que incluye desde un zapato apretado, un corte de uña incorrecto o un callo, hasta una piedra o un clavo en el zapato. La típica lesión del pie incluye paroniquia, una infección de los tejidos blandos alrededor del lecho ungueal, así como infecciones interdigitales, lesiones del tercio medio del pie por traumatismo indoloro y mal plantar que compromete áreas del pie sobre la cabeza de los metatarsianos, esta lesión se complica por necrosis de la piel, infección de partes blandas u osteomielitis.

El traumatismo debe identificarse como mecánico, químico o térmico. La presión excesiva produce callosidades plantares que con el tiempo incrementan su grosor. En el diabético con neuropatía, la ambulación ocasiona hemorragia, abscesos y ulceración en estos sitios. Los zapatos ajustados causan ulceración en el dorso del pie o a los lados.

Úlceras: Fisiopatología

La neuropatía sensitivo motora causa insensibilidad y disminución de la propiocepción, con lo que se pierde el importante mecanismo de protección y alarma ante un daño. La propiocepción permite una actitud del pie en reposo y durante la marcha. Desde luego, la isquemia contribuye a la persistencia o incremento de la septicemia al impedir la oxigenación adecuada de los tejidos y el correcto flujo de los elementos de defensa en el sitio de la lesión.

Clasificación: Según EDMONS

Úlcera Neuropática: Definida como la existencia de ulceración en un punto de presión o deformación del pie, presenta tres localizaciones prevalentes: Primer y quinto metatarsiano en sus zonas acras, y calcáneo en su extremo posterior. Son ulceraciones de forma redondeada, callosidad peris ulcerosas e indoloras. La perfusión arterial es correcta, con los pulsos periféricos conservados.

Úlcera Neuro-Isquémica: Necrosis inicialmente seca y habitualmente de localización latero- digital, que suele progresar de forma rápida a húmeda y supurativa si existe infección sobre añadida. Generalmente los pulsos tibiales están abolidos.

Pie diabético infectado: Es la fase de infección de las dos anteriores y se caracteriza por tres formas que pueden ser secuenciales o solapadas: Celulitis superficial, infección necrotizante y osteomielitis. (14)

Clasificación del Pie Diabético: según WAGNER

Algunos autores deducen que los grados I, II y III son de origen neuropático y que los grados IV y V son de etiología vascular. Los términos necrosis o gangrena no dan lugar a los estados intermedios que es necesario identificar para tomar decisiones menos radicales. Es más adecuado utilizar el término necrobiosis, pues se encuentran tejidos aparentemente inviables que resultan recuperables. En esta clasificación se ubica al pie en riesgo como grado 0, que permite el movimiento de los dedos.

La clasificación de Wagner del pie diabético es la clasificación más empleada para las cuantificaciones las lesiones tróficas en caso de pie diabético, por ser simple y práctica.

Como ventajas presenta que es fácil de recordar, incorpora la profundidad de la ulcera, introduce las necrosis como lesiones no ulcerosas y se utiliza el grado 0 para definir el Riesgo del Pie. Como inconvenientes tiene que tampoco hace referencia a la etiopatología de la lesión.

La clasificación de Wagner tampoco permite distinguir si una ulcera superficial presenta infección o isquemia y los grados IV y V incluyen signos de insuficiencia vascular severa mientras que los signos más sutiles de isquemia no son tenidos en cuenta.

A pesar de las limitaciones referidas, la clasificación de Wagner ha sido muy útil, ha mostrado excelente correlación con la morbimortalidad.(15) ANEXO 2

2.3 Definición de Términos

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Son las diversas atenciones que un profesional de Enfermería debe dedicar a su paciente, sus características dependerán del estado de gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y asistir sanitariamente al paciente.

DIABETES: Es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la Elevación de la glucemia >110 mg/dl que si no es tratada a tiempo puede Comprometer a muchos órganos como trastornos oculares, enfermedades Cardiovasculares, daño renal y problemas neurológicos; entre ellos el pie Diabético).

PIE DIABÉTICO : El pie diabético es una de las complicaciones de la diabetes que se caracteriza por la pérdida de la integridad cutánea, todo esto es dado debido a las complicaciones neuropatías ya que como no hay sensibilidad el pie queda expuesto a traumatismos indoloros .

Cuando no es tratada correctamente puede complicar el cuadro y terminar en amputación o muerte.

FACTORES DE RIESGO: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

AMPUTACIÓN: Es un procedimiento en el cual se extirpa una parte del cuerpo a través de uno o más huesos. Son indicadas cuando hay una pérdida irreparable del flujo sanguíneo a un miembro enfermo o lesionado. Cuando ésta parte del cuerpo no recibe flujo sanguíneo, su medio de nutrición se muere, se vuelve inútil y una amenaza para la vida.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Se tomó en cuenta:

- Registro de enfermería como las historias clínicas de los pacientes diabéticos hospitalizados en el servicio del A21- Hospital Militar Central
- Datos del servicio de epidemiología y estadística de los cuales se recabaron datos de acuerdo a la temática del estudio
- El libro de Estancia Hospitalaria del A21.

En el servicio del A21 cuenta con un total de 26 camas disponibles, y un total de 20 Licenciadas de Enfermería, tomando en consideración pacientes ingresados en el primer año 2016 contando con un universo de 120 pacientes diabéticos registrados en nuestro libro de estancia Hospitalaria se recolecto datos, con la autorización respectiva de la Jefa de Unidad del Servicio A21 y la oficina del Servicio de Epidemiología y Estadística.

3.2 Experiencia Profesional

El desarrollo de mi carrera profesional, comenzó con el SERUMS en el año 2006 realizado en el Batallón de Servicio 212 Compañía de Servicio de la 2DA Región Militar del Centro "Fuerte Hoyos" Distrito Rímac, departamento Lima, desarrollándome como enfermera asistencial, además llevando programas de Inmunizaciones, programas de Charla Educativa a la población de tropa y personal militar por el periodo de un año.

En el año 2008 ingrese a trabajar al Hospital Militar Central incorporándome como enfermera asistencial cargo que me desempeño hasta la actualidad en el Servicio de Medicina A21-Clínica de Mujeres .

El Hospital Militar Central Cr. Luis Arias Schreiber, es el principal hospital de las Fuerzas Armadas ,se ubica en la Av. José Faustino Sánchez Carrión S/N en el distrito de Jesús María en la Ciudad de Lima .Fue inaugurado el 1 de Diciembre 1958 durante el gobierno del Presidente Manuel Prado ,en 1974 fue remodelado y ampliado ,es un hospital de Categoría III- 1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención)

En el servicio de Medicina A21 –Clínica de Mujeres se encuentra ubicado en el 2do. piso del Pabellón A siendo la Dra. Giovanna Trujillo (Jefa del Servicio de Medicina) y la Lic. Mag. Maribel Ramírez (Jefa de Enfermeras de la unidad A21), cuenta con un área de 300 mts, una capacidad de 30 ambientes individuales para pacientes hospitalizados de los cuales 26 se encuentran aptos y 4 en reparación ,cuenta también con un área de tóxico sucio, lencería, tóxico limpio, Star de Enfermeras, Estación de Enfermería, Baño del Servicio ,Área de Psicología, ambiente para capacitaciones.

El Servicio de Medicina del A21 cuenta con un equipo multidisciplinario comprometido en brindar una atención integral de salud, con calidad y calidez para lograr su pronta recuperación de nuestras pacientes en su mayoría mujeres adultas mayores de diversas patologías.

Recursos Humanos

El servicio cuenta con. 01 Medico de Medicina Interna Dra. Giovana Trujillo
. 20 Licenciadas de Enfermería
. 11 Técnicas de Enfermería
. 01 Psicóloga

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En el servicio de Medicina A21- Hospital Militar Central se atiende a personas mujeres adultas mayores de diversas patologías entre la más común Diabetes Mellitus Descompensada por ese motivo se realiza la valoración integral del geronto diabético mediante :

Valoración Clínica General

Estos datos lo recopilaremos de la historia Clínica:

Grado de Control de la DM

Evaluación de Complicaciones Microvasculares

Presencia de Factores de Riesgo

Tabaquismo

Condición Social

Valoración Neurológica

Presencia de dolor en los pies

Dolor en estado de Reposo

Dolor intenso quemante en Miembros Inferiores

Dolor en el reposo o en la marcha

Aumento de temperatura

Dilataciones venosas

Valoración de los pies

1-Exploración minuciosa de los pies:

Piel o Hidratación e integridad: sequedad, hiperqueratosis callosidades, fisuras, grietas, maceraciones interdigitales, eczema dermatitis.

Cambios isquémicos: relleno capilar deficiente, palidez, atrofia, caída del vello distal, edemas.

Uñas: corte, coloración y morfología. Onicopatías (uña incarnata, micosis, engrosamiento de la lámina ungueal)

Marcha: como apoya.

Deformidades: dedos en garra, en martillo, hallux valgus, pie cavo, plano etc.

Temperatura: percibida con el dorso de la mano.

2. Evaluación de la higiene y autocuidado de los pies:

Exploración del calzado:

Tipo de material.

Altura del tacón y material de la suela.

Tipo y desgaste de la suela.

Profundidad, anchura, costuras internas y presencia de contrafuerte

Tipo de calcetines y medias

Tipo de abrochado.

Si cubre totalmente el pie.

3. Exploración vascular

Determinar alteración isquémica

Blanqueamiento del pie al elevarlo y enrojecimiento al descenderlo.

4. Palpación de pulsos pedios:

Por delante del tendón extensor del 1º dedo y tibial posterior.

La ausencia de un solo pulso no indica insuficiencia arterial, tendrían que faltar los dos.

Palpación de pulsos femorales y poplíteos si no se palpan los anteriores.

5. Exploración Neuropática

La evaluación básica que se debe realizar para descartar o confirmar la presencia de polineuropatía es la valoración de :

La sensibilidad vibratoria

La sensibilidad presora.

Reflejos osteotendinosos.

6. Exploración de la sensibilidad y reflejos, metodología:

Situar al paciente de forma adecuada:

Decúbito supino.

Ojos cerrados.

Pies sobre superficie acolchada y sin ninguna molestia.

Explicar al paciente la sensación que produce cada uno de los estímulos

Haciéndoselos sentir en la cara dorsal de la muñeca.

7. Sensibilidad superficial táctil: con un trozo de algodón acariciar con suavidad ambos segmentos laterales del pie. Se considera que se ha perdido cuando no es capaz de detectar el algodón.

8. Sensibilidad superficial dolorosa: se ejerce una pequeña presión con una aguja en la base del 1º dedo. Si no percibe la sensación de dolor, se repite la exploración a nivel plantar (cabeza del 1º y 5º metatarsiano).

Se considera que la sensación dolorosa superficial se ha perdido cuando el paciente no puede distinguir entre un estímulo doloroso y otro suave.

Sensibilidad superficial térmica: se explora en la zona plantar, se pregunta si nota la frialdad de un objeto metálico, por ejemplo con el diapasón.

9. Sensibilidad profunda vibratoria: se debe sujetar el diapasón por el mango y se percute sus ramas con la mano contraria. Luego se aplica su base sobre la articulación interfalángica o metatarsofalángica del 1º dedo. Si la respuesta de paciente no es correcta se repetirá la exploración en una zona más próxima como el maléolo tibial. El paciente debe indicar si percibe o no la vibración del diapasón.

Mediante la guía cuidados para pacientes diabéticos

Con mis años de experiencia en el área de hospitalización A21, brindando cuidados a pacientes mujeres mayores diabéticas y con el objetivo de evitar complicaciones como el pie diabético elaboro una guía de cuidados.

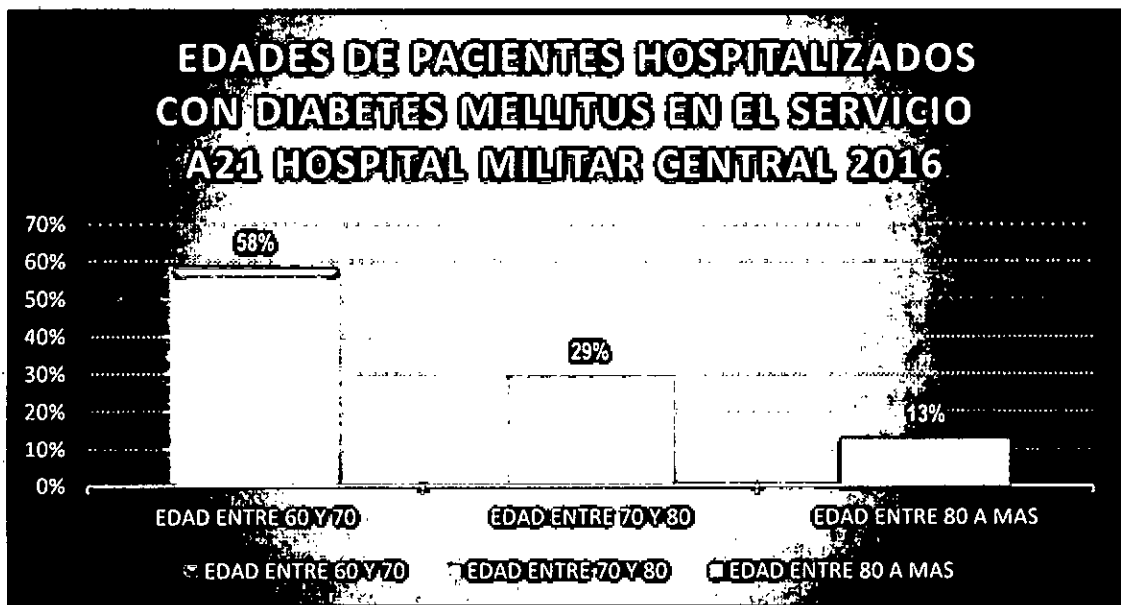
La presente guía consta de un plan de cuidados necesarios e importantes para la prevención de pie diabético, consta de tres partes la primera parte presenta alimentación adecuada para pacientes con Diabetes Mellitus, la segunda parte consta actividad física necesaria para pacientes diabéticos, la tercera consideraciones con respecto a sus medicamentos y la última prevención y complicaciones de presentar Diabetes Mellitus (ANEXO 3)

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

EIDADES		PACIENTES HOSPITALIZADOS	
EDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS		Nº	%
1	EDAD 60 Y 70 AÑOS	70	58%
2	EDAD 70 Y 80 AÑOS	35	29%
3	EDAD 80 AÑOS	15	13%
		120	100%

GRAFICO 4.1

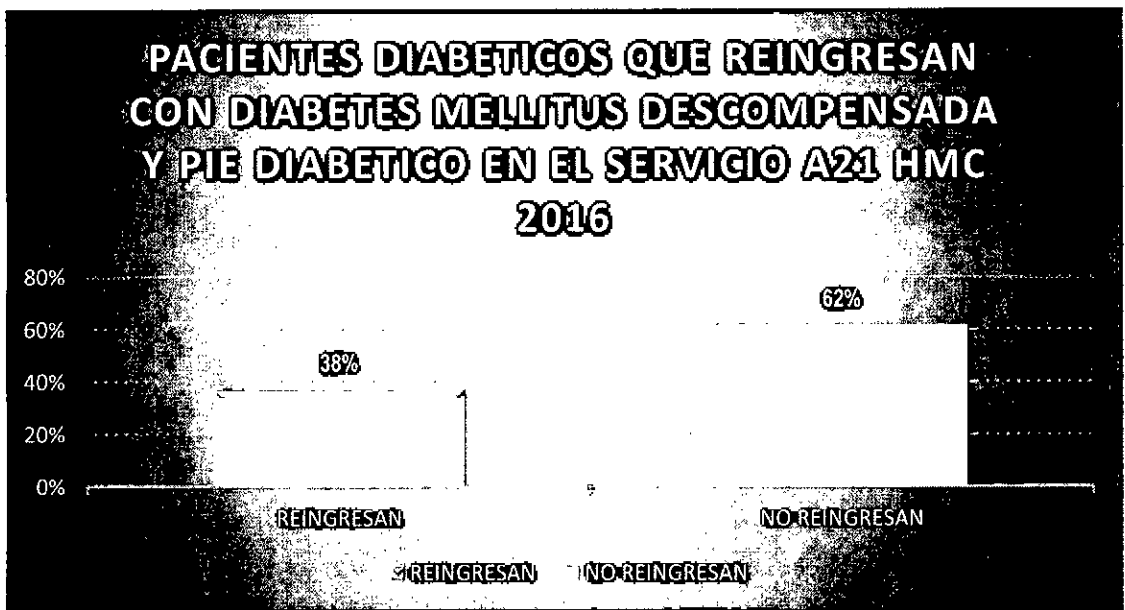


Fuente: Historias Clínicas

En el grafico No. 4.1 se evidencia que de una población de 120 pacientes, 70 pacientes hospitalizados tienen entre 60 y 70 años de edad que equivale a un 58%, 35 pacientes tienen entre 70 a 80 años de edad que equivale a un 29% y por último 15 pacientes tienen más de 80 años que equivale a un 13

CUADRO N° 4 .2

PACIENTES QUE REINGRESAN AL SERVICIO DEL A21- HOSPITAL MILITAR CENTRAL POST – ALTA 2016		PACIENTES	
		N°	%
1	REINGRESAN	45	38%
2	NO REINGRESAN	75	62%
		120	100%



Fuente: Libro de Estancia Hospitalaria

De un total de 120 Pacientes con Diabetes Mellitus que se encontraron internados en el piso A21 del Hospital Militar Central que equivale al (100%) ,45 pacientes reingresan a hospitalizarse por una Diabetes Mellitus Descompensada que equivale a un 38% y un 62% no reingresan a hospitalizarse que equivale a 75 pacientes.

GRAFICO . Nº 4.3

	Leyenda	2016											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	PACIENTES HOSPITALIZADOS	9	10	8	10	9	8	9	7	10	13	12	15
2	EFFECTIVO TOTAL	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
3	PORCENTAJES	8%	8%	7%	8%	6%	7%	8%	6%	8%	11%	10%	13%



Fuente: Servicio de Epidemiología y Estadística-A21

Se observa que en un total de 120 Pacientes que equivale al (100%) que ingresaron el año 2016, en Enero ingresaron 9 pacientes que equivale a un 8%, Febrero ingresaron 10 que equivale a un 8 %,en Marzo ingresaron 8 que equivale a un 7% ,en Abril 10 pacientes que equivale a 8 %, en Mayo ingresaron 9 pacientes que equivale a un 6%, en Junio 8 pacientes que equivale a un 7 %,en Julio ingresaron 9 que equivale a un 8% ,en Agosto 7 pacientes que equivale a 6 %, en Setiembre 10 pacientes que equivale a un 8%, en Octubre ingresaron 13 pacientes que equivale a un 11%, en Noviembre 12 pacientes que equivale a un 10% y por último en Diciembre 15 pacientes que equivale a un 13%

CUADRO N° 4.4

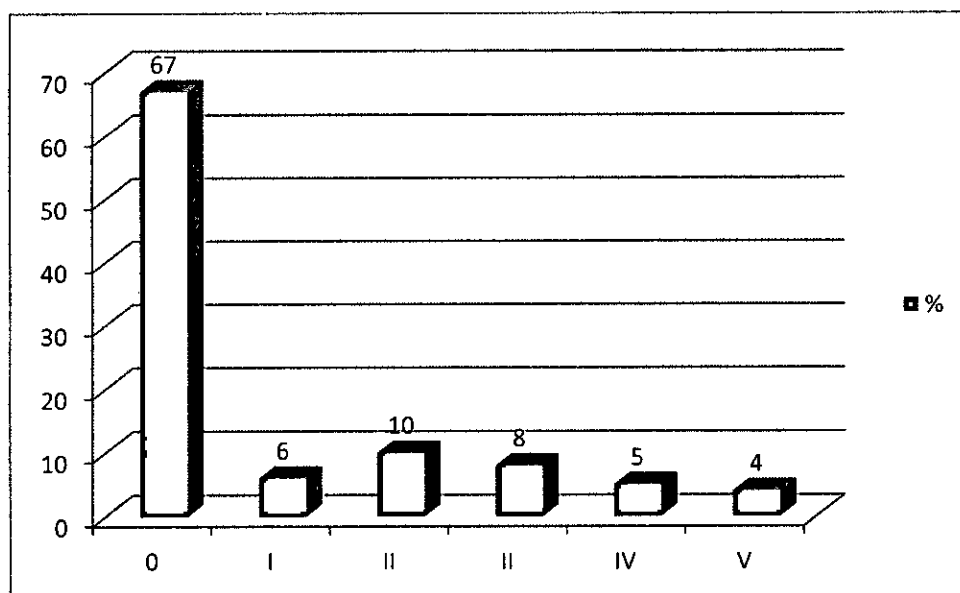
GRADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO A-21 HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Grado de pie diabético	N°	%
0	80	67
I	7	6
II	12	10
II	10	8
IV	6	5
V	5	4
Total	120	100

Fuente: Historia Clínica de la Unidad A-2.1. Hospital Militar Central

GRÁFICO N° 4.4

GRADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO A-21 HOSPITAL MILITAR CENTRAL



De los datos observados se deduce que el 9% de pacientes diabéticos hospitalizados presentan un riesgo de pie diabético grado IV y V que podrían terminar en amputación del miembro afectado.

CUADRO N° 4.5

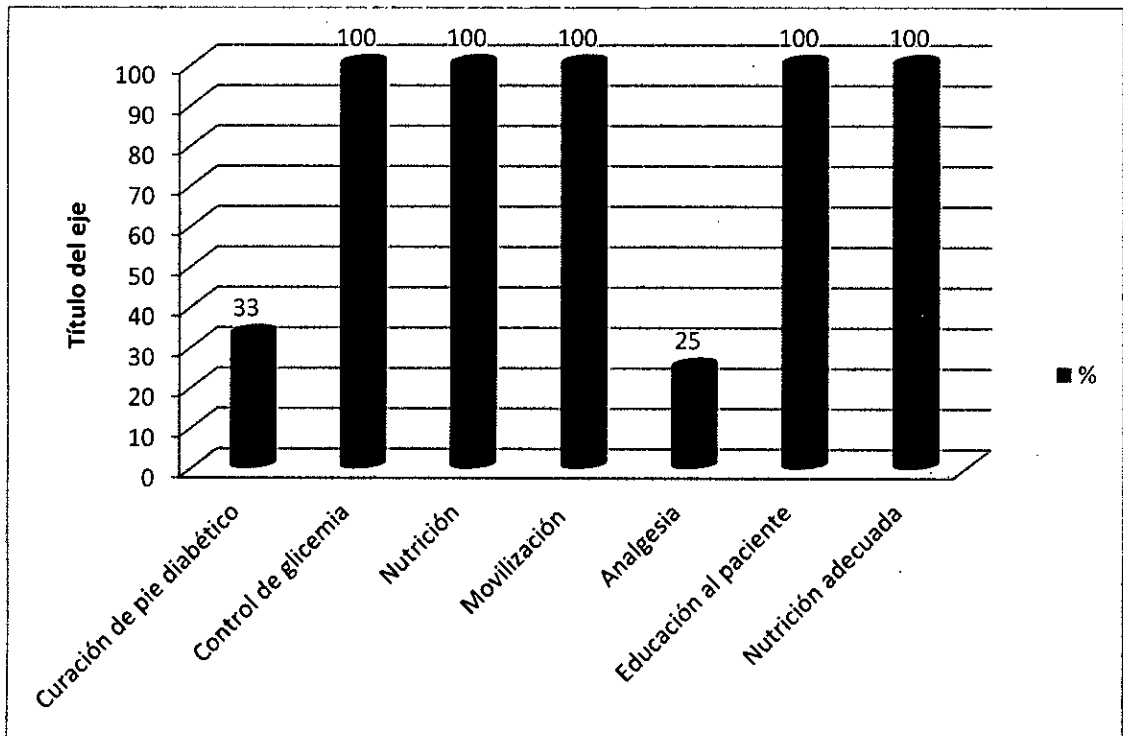
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO A.2.1 HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Cuidados de Enfermería	N°	%	Total	%
Curación de pie diabético	40	33	120	100
Control de glicemia	120	100	120	100
Nutrición	120	100	120	100
Movilización	120	100	120	100
Analgesia	30	25	120	100
Educación al paciente	120	100	120	100
Nutrición adecuada	120	100	120	100

Fuente: Historia Clínica de la Unidad A-2.1. Hospital Militar Central

GRÁFICO N° 4.5

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO A.2.1 HOSPITAL MILITAR CENTRAL



De los datos observados se basan que los cuidados de enfermería brindados a los pacientes hospitalizados del Servicio A-2.1 al 100% son el control de glicemia, nutrición adecuada, educación al paciente sobre su enfermedad, movilización y curación del pie diabético y analgesia en un 33 y 25 % respectivamente.

V. CONCLUSIONES

- a) De un total de 120 pacientes hospitalizados en el área del A21 –Hospital Militar central en el año 2016, se concluyó que un 38 % que equivale a 45 pacientes reingresan por presentar Diabetes Mellitus Descompensada y Pie Diabético y que un 62 % no vuelve a reingresar a hospitalizarse.

- b) Se elabora una guía de Cuidados para pacientes Adultos Mayores con Diabetes Mellitus el cual favorecerá a los pacientes hospitalizados en el Hospital Militar Central.

- c) Los cuidados de Enfermería deben ser más individualizados debido a que la población predominante es la adulta mayor ,por ende los cuidados deben ser específicos y preventivos para acortar la estancia hospitalaria ,y disminuir así las complicaciones

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda el uso de la guía de Cuidados para pacientes Diabéticos a todos los pacientes con Diabetes Mellitus hospitalizados en el Hospital Militar Central.

- b) Se recomienda a la Institución implementar la Unidad de Pie Diabético ya que hasta el momento no cuenta con una.

- c) Se recomienda capacitar constantemente al personal de Enfermería sobre la valoración, cuidados, tratamiento, técnicas de curación generales y específicos sobre el manejo de pacientes diabéticos y complicaciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DIABETES MELLITUS –ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- 2016. Disponible en: WWW.BBC.COM/NOTICIAS DIABETES.OMS
2. FAUCI, A-GRAW HILL HARRISON-PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA VOL 2 INTERAMERICANA 2012
3. DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES MELLITUS-PERÚ [HTTPS.WWW.GOOGLE.COM.PE/ampls/PERU21.PE/AMP/DÍA-MUNDIAL-](https://WWW.GOOGLE.COM/PE/ampls/PERU21.PE/AMP/DÍA-MUNDIAL-)
4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA, PERÚ- 2016 [HTTPS//.WW.INEI.GOB.PE/EST/LIB1356](https://.WW.INEI.GOB.PE/EST/LIB1356)
5. ORGANIZACIÓN DE ENDOCRINOLOGÍAS PERU-LIMA2015 WWW.ENDOCRINOPERU.ORG
6. ARISMENDIZ, JOSÉ –GARCÍA RAMOS FREDY-SOCIEDAD PERÚ MEDICA 2015
7. SÁNCHEZ URIOL JOANNA ANALI Nivel de Conocimiento sobre autocuidado de los pies y aplicación de medidas de autocuidado en pacientes adultos mayores con DM” –Hospital Albrech, Trujillo Perú- 2014””
8. SAAVEDRA MARTÍNEZ DOLORES. “Pacientes Diabéticos ¿Conoce y acepta su padecimiento? México 2001”
9. MUÑOZ GONZALES LUZ “La enfermedad vino para quedarse” –Brazil- 1996
10. MOREIRA NAVARRETE MANUELA, SOLÍS GONZALES SAINÉ “Factores de Riesgo que influyen en la amputación de Miembros Inferiores en Pacientes con Pie Diabético ”-Hospital Liborio Panchana –Ecuador 2013.

11. FAUCIA, MC GRAW HILL-HARRISON: Principios de Medicina Interna
Vol 2- 17 Edición Interamericana de México 2012
12. JARA ALBARRAN, A: Endocrinología –Panamericana S.A –España
2013
13. JIMÉNEZ F. TEBAR MASSO ,F- La Diabetes Mellitus en la Practica
Clínica –Panamericana, Madrid 2009
14. MARTÍNEZ LÓPEZ ,Prevención y Tratamiento de Ulceras y Escaras –
Vértice-España 2008
15. GUTIÉRREZ VASQUEZR, MAZA DOMÍNGUEZ A, ACEVEDO
MARILES J: Medicina de Urgencias –Panamericana –México 2007

ANEXOS

ANEXO 1 :

INTRÍNSECOS

HIPERGLUCEMIA PERSISTENTE

EDAD: MAYOR DE 45 AÑOS

SEXO: MASCULINO

INMUNOCOMPROMISO

HÁBITOS SEDENTARIOS Y OBESIDAD

NEUROPATÍA PERIFÉRICA

ANGIOPATIA

NEFROPATÍA –EDEMA

INTRÍNSECOS

TRAUMATISMO(MECÁNICO, QUÍMICO)

TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO

RIESGOS OCUPACIONALES

NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO

FALTA DE EDUCACIÓN DIABETOLOGICA

FALTA DE MOVILIDAD

ANEXO 2:

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	NINGUNA 'PIE DE RIESGO	CALLOS GRUESOS, CABEZA DE METATARSIANOS PROMINENTES, DEDOS EN GARRA, DEFORMIDADES.
I	ULCERAS SUPERFICIALES	DESTRUCCIÓN DEL ESPESOR TOTAL DE LA PIEL
II	ULCERAS PROFUNDAS	ALTERACIÓN DE LA PIEL ,GRASA Y LIGAMENTOS SIN LLEGAR AL HUESO, INFECCIÓN.
III	ULCERAS PROFUNDAS, MAS ABSCESO	ULCERA EXTENSA Y PROFUNDA , SECRECIÓN ,MAL OLOR
IV	GANGRENA LIMITADA	NECROSIS DE UN APARTE DEL PIEL O DE LOS DEDOS, TALÓN, PLANTA
V	GANGRENA EXTENSA	AFECCIÓN DE TODO EL PIE, EFECTOS SISTÉMICOS.

Utilización del monofilamento

El monofilamento



Evalúa la sensibilidad a la presión y táctil, lo que se ha denominado «sensibilidad protectora».

Se trata de un filamento de nylon unido a un mango, que al doblarse aplica una presión constante de 10 g, con independencia de la fuerza con que lo aplique el explorador.

Normas para utilizar el monofilamento (MF)

- El monofilamento se aplica perpendicularmente a la piel del paciente y la presión se va incrementando hasta que el MF se dobla. Es entonces cuando se valora.
- No debe mantenerse apoyado más de 1-2 segundos.

La exploración se realizará en cuatro puntos plantares de cada pie: primer dedo (falange distal), base del primer, tercer y quinto metatarsiano.

(Nota: Cuando exista hiperqueratosis, el monofilamento se aplicará en la zona circundante a la misma, o bien se repetirá la exploración cuando se haya eliminado la callosidad).

- Por cada una de estas localizaciones se puntuará 1 o 0, según el paciente sea o no sensible. La suma de valores nos dará el índice de sensibilidad al MF (de 0 a 8).
- Se considerará un paciente sensible sólo cuando la puntuación obtenida sea 8/8.



Precauciones en el uso del monofilamento

1. **Procurar que los pacientes tengan una experiencia previa:** Aplicar el MF en una zona distinta y fácil de apreciar (extremidades superiores, cara...), para que puedan hacerse una idea del tipo de sensación.
2. **Durante la exploración:** El paciente cerrará los ojos y se le dirá: «Ahora voy a ponerle este aparato en distintos puntos de los dos pies: avfseme cuando lo sienta e intente decirme *dónde* lo siente: en qué pie, en el dedo, en la planta...». En el momento que apliquemos el MF, *evitar* la pregunta: ¿lo nota ahora? En algún momento, hacer la pregunta sin apoyar el monofilamento.
3. En los pacientes con algún punto insensible se repetirá la exploración en esos puntos al finalizar la primera (exploración repetida en dos tiempos). Si en la segunda ocasión es sensible, se considerará ese punto como sensible.

En los pacientes con todos los puntos sensibles (índice MF = 8) es suficiente con una sola vez.

ANEXO 4

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DIABÉTICOS

ASPECTOS GENERALES:

La Diabetes es una de las enfermedades más frecuentes a causa de un defecto en la acción ineficaz y/o secreción de insulina, que abarca en nuestro país una prevalencia estimada del 5 al 10 % en personas mayores cuyas edades oscilan entre los 60 y 70 años cuyas complicaciones son múltiples si no dan importancia a la prevención y cuidados necesarios llegando a desencadenar problemas futuros

POBLACIÓN:

Paciente adulto mayor hospitalizado con Diabetes Mellitus en la Unidad A21-Clínica de Mujeres, Hospital Militar 2016.

OBJETIVO:

Lograr un óptimo cuidado y prevención de pie diabético en las personas con Diabetes Mellitus hospitalizadas en el servicio de Hospitalización A21-Hospital Militar Central para mejorar su estilo de vida y evitar complicaciones consecuentes.

ALCANCE:

La presente guía será de uso para las personas adultas mayores con Diabetes Mellitus hospitalizadas en la Unidad Hospitalaria del A2 1- Hospital Militar Central.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	META DEL OBJETIVO
<p>DÉFICIT DEL CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD, MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO R/C FALTA DE CONOCIMIENTO E INCUMPLIMIENTO</p> <p>RIESGO POTENCIAL DE AUMENTO DE COMPLICACIONES R/C DÉFICIT DE CONOCIMIENTO</p>	<p>CONTROL DEL MANEJO TERAPÉUTICO ,AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (DIETA, EJERCICIOS, FÁRMACOS) CONSEGUIR ADHERENCIA A LOS CONTROLES PERIÓDICOS</p>	<p>.INFORME SOBRE SU ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES QUE RECONOZCA SUS SIGNOS DE ALARMA Y FACTORES DE RIESGO</p> <p>.ALIMENTACIÓN ADECUADA(DISMINUIR GRASA ,SAL ,ETC.)</p> <p>.ACONSEJAR LA ACTIVIDAD FÍSICA(CAMINATAS ,PASEOS DIARIOS)</p> <p>.EDUCACIÓN AL FAMILIAR Y/O CUIDADOR A CARGO PARA QUE SEA UN ENTE MULTIPLICADOR EN LA TAREA DE PREVENIR COMPLICACIONES MAYORES.</p> <p>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO OPORTUNO DETECCIÓN TEMPRANA DE EFECTOS SECUNDARIOS</p>	<p>PERMITE TOMAR EN EL PACIENTE UN PUNTO DE PARTIDA PARA EXPLICAR SOBRE SU PATOLOGÍA, COMPRENDERÁ LA IMPORTANCIA DE SU CUIDADO.</p> <p>.UN CONSUMO ALTO EN CALORÍAS PUEDE EMPEORAR EL ESTADO HIPERGLUCÉMICO DEL PACIENTE</p> <p>.EL EJERCICIO PERMITE AUMENTAR LA UTILIZACIÓN DE GLUCOSA POR EL MUSCULO</p> <p>,REDUCE LAS NECESIDADES DIARIAS DE INSULINA O DISMINUYE LA DOSIS DE ANTIDIABÉTICOS ORALES.</p> <p>.LA FAMILIA JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN EL CUIDADO Y PREVENCIÓN DE UNA PERSONA ENFERMA</p>	<p>.EL PACIENTE CUMPLIRÁ LA ACCIONES Y PAUTAS DADAS REFLEJÁNDOSE EN EL DESCENSO DE HOSPITALIZACIONES SEGUIDAS POR DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA.</p> <p>.EL PACIENTE REALIZARA ACCIONES SALUDABLES PARA CONTROLAR SU GLICEMIAS DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	META DEL OBJETIVO
RIESGO DE HIPERGLICEMIA R/C INSULINA TERAPIA HOSPITALARIA	EL PACIENTE CONSERVARA LOS NIVELES DE GLUCOSA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA	<p>.TOMA DE GLUCOSA A HORARIO.</p> <p>.ADMINISTRACIÓN DE INSULINA SEGÚN ESCALA PRESCRITA</p> <p>.VIGILAR EFECTOS DE LA INSULINA Y SI LA CANTIDAD ES EFECTIVA VALORANDO LOS VALORES DE SU GLUCOSA</p> <p>.VALORACIÓN AL PACIENTE EN BÚSQUEDA DE SIGNOS DE HIPERGLUCEMIA</p>	<p>. PARA TENER UN CONTROL PERIÓDICO DE SUS NIVELES DE GLUCOSA Y VERIFICAR SI SU TERAPÉUTICA ESTA BRINDANDO RESULTADOS FAVORABLES .</p> <p>.LA INSULINA SE UTILIZA PARA CONTROLAR LOS NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE ,FUNCIONA AYUDANDO A MOVER EL AZÚCAR DE LA SANGRE HACIA OTROS TEJIDOS DEL CUERPO ,PARA UTILIZAR SU ENERGÍA ,TAMBIÉN EVITA A QUE EL HÍGADO PRODUZCA MAS AZÚCAR.</p> <p>.LA HIPERGLUCEMIA CRÓNICA PUEDE LLEVAR A UNA SERIE DE COMPLICACIONES INCLUYENDO DAÑOS EN EL NERVIO, PROBLEMAS DEL ARO ,DAÑO DEL RIÑON, DAÑO CARDIOVASCULAR Y PROBLEMAS CON LOS PIES.</p>	QUE EL PACIENTE MANTENGA LOS NIVELES DE GLUCOSA DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES PARA EVITAR CUALQUIER EVENTUALIDAD NEGATIVA EN EL TRATAMIENTO DE SU DIABETES MELLITUS

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	FUNDAMENTO	META DEL OBJETIVO
<p>ALTO RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR INEFICAZ R/C DIABETES MELLITUS Y CONOCIMIENTOS DEFICIENTES SOBRE EL PROCESO DE ENFERMEDAD</p>	<p>DISMINUIR EL RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR INEFICAZ PARA PREVENIR COMPLICACIONES SEVERAS SOBRE TODO EN LOS PIES.(PIE DIABÉTICO)</p>	<p>.VALORACIÓN DEL LLENADO CAPILAR DE LOS PIES.</p> <p>.SENSIBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES COLORACIÓN DE LA PIEL</p> <p>.EXAMEN CLÍNICO DE LOS PIES (DEFORMIDAD O PROMINENCIAS OSEAS , ALTERACION DE LA PIEL, ÚLCERAS, CALLOSIDADES , TIPO DE CALZADO)</p> <p>.EXAMEN CLÍNICO NEUROLÓGICO(PRESENCIA DE DOLOR EN LOS PIES, QUEMAZÓN, AUMENTO DE TEMPERATURA ,DOLOR EN LA MARCHA O EN REPOSO</p> <p>.BRINDAR INFORMACIÓN SOBRE SU ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES ASOCIADAS POR UN MAL MANEJO DE ESTA, COMO EL PIE DIABÉTICO.</p>	<p>LA VALORACIÓN DEL PIE DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ES MUY IMPORTANTE</p> <p>.LA VALORACIÓN DE LOS PIES ES FUNDAMENTAL Y NECESARIO PARA EVITAR COMPLICACIONES A FUTURO</p> <p>.ENTRE EL 60% Y 70% DE LAS LESIONES EN EL PIE SON NEUROPATÍAS POR ELLO DEBEMOS DE DETECTAR LOS SIGNOS PREDOMINANTES PARA NO ASOCIARLO A UNA ISQUEMIA QUE NO ES SIEMPRE UN ELEMENTO PREDOMINANTE EN EL PIE DIABÉTICO YA QUE ESTO CONDUCE EN SU MAYORÍA DE CASOS A LA AMPUTACIÓN.</p> <p>-QUE EL PACIENTE Y LOS FAMILIARES CONOZCAN Y DETECTEN A UN PIE COMO ALTO RIESGO AYUDARÍA EN DEMASÍA A CONTRIBUIR COMPLICACIONES QUE EN SU PEOR CASO TERMINA EN AMPUTACIÓN</p>	<p>QUE EL PACIENTE NO PRESENTE RIESGO O COMPLICACIONES EN SUS PIES POR FALTA DE CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD Y LAS COMPLICACIONES QUE ESTA PUEDA TRAER CONSIGO</p>