

224

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**CUIDADOS AL PACIENTE
DIABETICO CON ULCERAS EN LOS
PIES**

**ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Elena Zúñiga Onorato

DIRECTOR ACADEMICO
LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia

Coordinación de
FEBRERO, 2001
Servicio Social

MEXICO, D.F.

292554





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO:

A todos los profesores que me guiaron para que pudiera alcanzar los objetivos planteados durante la realización de la teoría y práctica académica.

A mis compañeros de grupo y a las coordinadoras por el apoyo y afecto demostrado, hacia mi persona.

Y de manera muy especial a mi asesor académico que además de su apoyo cognoscitivo, me brindó siempre un aliciente con su actitud positiva, que sin lugar a dudas fue un gran estímulo para lograr la culminación de este trabajo

INDICE

Introducción	2
Objetivo.	3
Justificación	4
Metodología.	5 - 12
Universo de trabajo.	13
I. Marco teórico	
I.1 Diabetes mellitus y su repercusión en la salud en México.	14 - 15
I.2 Pie diabético, factores predisponentes, prevención y curación de lesiones.	16 - 26
I.3 Características física psicológicas y sociales del paciente con pie diabético.	27 - 28
I.4 Intervenciones de enfermería.	29 - 36
II Historia clínica de enfermería.	37 - 42
Diagnósticos de enfermería.	43
III Plan de Atención de Enfermería	
Objetivo general.	44
Problemas reales y potenciales.	45 - 64
Razón científica del problema.	45 - 64
Objetivo de las acciones de enfermería.	45 - 64
Acciones de enfermería.	45 - 64
Razón científica de la acción de enfermería.	45 - 64
Evaluación.	45 - 64
Conclusiones y sugerencias.	65
Bibliografía.	66 - 67

INTRODUCCION

La diabetes mellitus, en los últimos años se ha situado dentro de las principales causas de morbilidad en México y ha ocupado el cuarto lugar como causa de mortalidad en el país siendo las complicaciones de los pies la causa mas frecuente de hospitalización de los pacientes con diabetes.

Las úlceras de pie diabético actualmente constituyen las lesiones mas frecuentes de las extremidades inferiores que conllevan a amputaciones. Se estima que la mayoría de las complicaciones del pie diabético que terminan en amputación inician con la formación de úlceras de la piel o por heridas o punciones con cuerpos extraños del tipo de agujas, clavos y vidrios como es el caso de la paciente que nos ocupa, quien fué diagnosticada como diabética hace dos años. Actualmente se encuentra hospitalizada en el H.G.R. Vicente Guerrero de Acapulco, sufre de una infección en el primer orotejo del pie izquierdo, que fué producida por un vidrio al caminar descalza en su domicilio, problema que se agudizó por no acudir oportunamente a su unidad hospitalaria así como a un descontrol metabólico agregado. Lo anterior manifiesta la falta de educación recibida hasta el momento con respecto a su padecimiento.

Por éste motivo he considerado importante elaborar un proceso de atención de enfermería que además de ayudaría a recuperar la integridad del miembro pélvico infectado, me de la oportunidad de educar a la paciente y a sus familiares adiestrándolos y sobre todo motivándolos para que ellos mismos exploren y detecten oportunamente las complicaciones que pueden llevarla a la pérdida de un miembro pélvico. Es decir mis actividades estarán dirigidas no solamente a solucionar el problema actual sino a evitar posibles nuevas complicaciones que pongan en peligro la integridad del paciente. Para ello se requiere de una estrategia encaminada en un gran porcentaje a la educación y que podré ir desarrollando durante los días que la paciente esté hospitalizada y que de ser necesario extenderé posterior a su egreso del hospital

OBJETIVOS

- Contar con conocimientos sobre el manejo y prevención de las complicaciones del pie diabético que me permita brindar atención oportuna y de calidad, actuando con un alto grado de confianza y satisfacción.
- Alcanzar los requerimientos académicos para sustentar el examen que me acredite como Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

JUSTIFICACION

Desde hace algunos meses en el Hospital General Regional Vicente Guerrero, en donde presto mis servicios se a venido incrementando el número de pacientes diabéticos con ulceraciones en los pies que ingresan al servicio de especialidades quirúrgicas. Esta complicación ha propiciado además de prolongadas estancias hospitalarias, hechos tan lamentables como la pérdida de la extremidad pélvica.

Lo más preocupante de estos casos, es que algunos de éstos pacientes ya habían estado hospitalizados y sufrido una amputación, es por este motivo mi interés de elaborar un Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) que no solo se limite a cuidados para limitar el daño existente, sino lograr un cambio de conducta del paciente y su familia , encaminados a evitar en lo posible los factores que puedan dar como resultado una complicación de pie diabético.

La importancia de la elaboración de un P.A.E. Es el ayudar a asegurar la calidad en los cuidados del paciente, durante su estancia hospitalaria, propiciando además su participación en el auto cuidado, que pueda garantizarle la continuidad de su atención aún fuera del hospital, con el único fin de mejorar su calidad de vida.

METODOLOGIA

Para la realización de este trabajo he requerido de información actualizada de cómo es manejado el paciente diabético de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Sistema Nacional de Salud. He consultado documentos sobre el tratamiento y prevención de las úlceras de pie diabético de fuentes como Medeline y Artemisa, esto es en cuanto se refiere a la Patología; en lo referente a la información sobre los lineamientos del proceso de atención de enfermería (P.A.E.) consulté bibliografía que pude obtener mediante el Sistema Universidad Abierta de la Universidad Nacional Autónoma de México además de recibir asesoría de un académico de esta institución.

De acuerdo a la bibliografía consultada y considerando que el proceso de atención de enfermería nos ayuda a asegurar la calidad en los cuidados del paciente, aplicando el método científico para evitar omisiones y duplicaciones, he optado por las siguientes fases para lograr mi objetivo.

PRIMERA FASE: VALORACION.

La valoración fué el paso inicial de este proceso y tal vez el mas importante. Ya que todo el plan de atención se elabora con la información obtenida en esta fase.

El proceso de valoración consiste en tres actividades separadas pero dependientes entre sí: recolección de datos, organización de los mismos y formulación de diagnósticos de enfermería.

RECOLECCION DE DATOS: Desde el momento en que se inicia la recolección de los datos se tiene la oportunidad de ir planeando la atención para nuestro paciente. Estas actividades se inician en el momento de la admisión del paciente y continúan en cada fase del Proceso Atención de Enfermería. Para la recolección de los datos se utilizan métodos como la observación, el interrogatorio y el examen clínico. Las fuentes de información son: el paciente como fuente primaria, el expediente clínico y su familiar.

ORGANIZACION DE DATOS: Existen diversas formas de organizar los datos obtenidos, mas sin embargo considero que cada enfermera debe guiarse por su experiencia, es decir emplear el método que le funcione mejor, pero pensando siempre en el bienestar del cliente. En este caso opté por examinar la información basándome en el trabajo del psicólogo Abraham Maslow; en el que postuló que todos los seres humanos tienen necesidades básicas comunes como son:

- **Necesidades fisiológicas.** Son necesidades que deben satisfacerse para sobrevivir. Ejemplo: necesidad de comida, agua, oxígeno, temperatura corporal adecuada, eliminación, descanso, evitar dolor.

- **Necesidades de protección y seguridad.** Son las cosas que hace una persona para sentirse segura y cómoda.

- **Necesidades de afecto y pertenencia.** La necesidad de recibir afecto y amor.

- **Necesidad de autoestima.** Las cosas que hace una persona para sentirse bien consigo misma.

- **Necesidad de autorrealización.** La necesidad de seguir creciendo, cambiando, trabajar hacia el logro de objetivos.

Por este motivo los datos se organizaron de tal manera que los problemas relacionados a necesidades fisiológicas se resolvieran de manera mas expedita pero sin restar importancia a otros problemas detectados.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. El paso final de la fase de valoración es la formulación del diagnóstico. El diagnóstico de enfermería es un enunciado del problema real o en potencia del paciente, que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Existen varias formas de exponer los diagnósticos de enfermería pero en este trabajo utilicé el método desarrollado por la North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA) que fué adoptado por la Asociación Americana de Enfermería como el Sistema Oficial de Diagnóstico para los Estados Unidos en 1988.

De acuerdo a esta asociación el diagnóstico de enfermería debe constar de dos partes unidas por la frase "Relacionado con". La exposición del diagnóstico empieza con una determinación de la respuesta humana de interés en el cliente (1a. Parte) e identifica los factores relacionados (2a. Parte)

1a. PARTE: RESPUESTA HUMANA

Una respuesta humana en el contexto del diagnóstico de enfermería identifica el modo en el que el cliente responde ante un estado de salud o enfermedad, la primera parte de la exposición del diagnóstico especifica determinada respuesta humana de interés, identificada por la enfermera durante la fase de valoración.

2a. PARTE: FACTORES RELACIONADOS.

En la segunda parte de la exposición del diagnóstico se identifican los factores relacionados (etiología). Su importancia radica en que si la enfermera quiere impedir, reducir o mitigar una respuesta en el cliente debe saber por qué está ocurriendo el problema. Los factores relacionados identifican los factores fisiológicos, psicológicos, sociales, ambientales o espirituales, que se creen son los causantes o que contribuyen a la respuesta manifestada por el cliente.

SEGUNDA FASE: PLANEACION

Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y elaborar algunos diagnósticos de enfermería inicié la fase de planeación, que consiste en elaborar un plan de atención para ayudar a solucionar, disminuir o reducir el efecto de los problemas del paciente. Para lograrlo realicé los siguientes pasos: a) establecer prioridades, b) identificar objetivos y c) planear las acciones de enfermería.

- A) Establecer prioridades.** El establecimiento de prioridades sirve para ordenar la distribución de la atención de enfermería, de tal manera que los problemas mas importantes se consideran antes que los menores. El establecer prioridades no significa que un problema debe resolverse completamente antes de poder considerar otro. Los problemas suelen tratarse de manera simultánea.
- B) Identificar objetivos.** Enunciar un objetivo es sumamente necesario ya que nos permite conocer específicamente lo que desea lograrse. Sin un enunciado claro y conciso de objetivos, la enfermera no sabe si el objetivo deseado se alcanzó. Un enunciado claro de objetivos identifica el resultado de las acciones de enfermería y pone un tiempo límite; de tal manera de cualquier enfermera que observa al paciente después de leer los objetivos de enfermería podrá determinar si alcanzó o no el objetivo.
- C) Planear las acciones de enfermería.** Las acciones de enfermería son todas aquellas actividades que la enfermera planea hacer para ayudar al paciente a lograr su objetivo. Estas acciones deben incluirse por escrito en el plan de atención y numerarse en forma progresiva. Esto ayuda a la enfermera a organizar sus cuidados y asegura la continuidad en la atención del paciente en cada turno. En el momento de planearse se debe considerar que dichas acciones sean seguras para el paciente, congruentes con otros tratamientos, y que deben estar basados en principios y conocimientos adquiridos en una educación y experiencia previas en enfermería así como en ciencias médicas y de la conducta.

Desarrollo de un plan de orientación o enseñanza

Cuando la enfermera valora a un paciente y hace el diagnóstico de enfermería con relación a un déficit de conocimiento, deberá aplicar el proceso de atención de enfermería a la formulación de un plan de enseñanza, la enfermera sigue una secuencia lógica del problema a resolver.

Primero, identifica la falta de información, en la fase de valoración del proceso. Se elige entonces un objetivo que identifica los resultados deseados del aprendizaje. Después elabora un plan para dar información al paciente y desarrollar su habilidad.

TERCERA FASE: EJECUCION

Al igual que las dos fases anteriores la fase de ejecución consta de varios pasos: Validación, Brindar atención de enfermería y continuar con la Recolección de datos.

- **Validación.** Para buscar la validación del plan se debe buscar apoyo de otro personal profesional de mayor experiencia. En este caso el asesor académico y la jefe de piso del hospital fueron quienes validaron el plan. Posteriormente se compartió con el paciente algunos objetivos como son los de enseñanza ya que se considero de gran importancia su aprobación y colaboración para el logro de estos objetivos en particular.

- **Brindar atención de enfermería.** Una vez validado el plan, se aplican los cuidados de enfermería, recordando que un plan de cuidados debe ser difundido y no limitado a una sola enfermera, es decir; las acciones de enfermería deben establecerse por escrito para comunicar los planes al personal de varios turnos, ya que algunos objetivos requieren del esfuerzo de varias enfermeras para su ejecución.

- **Recolección de datos.** A lo largo de la fase de ejecución se continúa recolectando datos. La información que se obtiene puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado o para modificar algunas de las acciones de enfermería.

CUARTA FASE: EVALUACION

Esta fase nos sirve para evaluar los resultados de los cuidados proporcionados, con relación a lo esperado, permitiendo considerar con oportunidad qué problemas fueron resueltos y sobre todo cuáles requieren una revaloración y cambios en las acciones de enfermería para su resolución.

REVISION BIBLIOGRAFICA. Además de los lineamientos del proceso de atención de enfermería se debe prestar particular atención a la revisión de libros, revistas, folletos, etc. que nos puedan proporcionar información en relación al padecimiento que nos ocupa. Todo con el único objetivo de adquirir los conocimientos necesarios para sustentar con bases científicas nuestro marco teórico así como las acciones de enfermería que proporcionaremos a nuestro paciente para resolver los problemas detectados.

FICHAS DE TRABAJO. Este es otro aspecto importante ya que de la forma en que concentremos la información, dependerá la rapidez y fluidez para realizar nuestro marco teórico y fundamentar las acciones de enfermería.

ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA. Elaborar una historia clínica nos permite una interacción con el paciente y su familia, la información obtenida nos proporciona un panorama general sobre el estado físico, psicológico, social y cultural, dándonos pautas para detectar los problemas reales o potenciales que aquejan a nuestro paciente.

REVISION DEL EXPEDIENTE CLINICO. El expediente clínico es una fuente secundaria de suma utilidad y de gran valor, ya que nos servirá como guía para contrastar la información otorgada por nuestro paciente así como concentrar nuevos datos para la realización de los diagnósticos de enfermería.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

En este apartado se plasma anticipadamente los cuidados que se otorgan al paciente para resolver los problemas detectados durante la valoración. Para fines de este trabajo el plan de atención estará formado por los siguientes rubros:

Diagnóstico de enfermería: Forma parte de la fase inicial del Proceso Atención de Enfermería (valoración) y consiste en un enunciado del problema real o en potencia del paciente, que requiere de la intervención de enfermería, con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Problema: Insatisfacción de necesidades. Aquel que obstaculice.

Razón científica del problema: Aquí se señalará con fundamento en la bibliografía consultada, la razón de toda la Fisiopatología dada en el paciente.

Objetivo de enfermería. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería.

Acción de enfermería. Son todos aquellos cuidados de enfermería que se otorgan al paciente de manera organizada y sistematizada para ayudarle a resolver sus problemas o necesidades detectadas.

Razón científica de la acción. Es todo conocimiento fundamentado en toda actividad de enfermería describiendo y explicando cada una de ellas.

Evaluación. Es la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería en donde se determina si se han alcanzado los objetivos planteados, permitiendo considerar con oportunidad que problemas fueron resueltos y sobre todo cuales requieren una revaloración.

UNIVERSO DE TRABAJO

Seleccioné un paciente del sexo femenino con padecimiento de pie diabético, que se encuentra hospitalizada en el sexto piso del Hospital General Regional Vicente Guerrero de Acapulco Guerrero.

I. MARCO TEORICO

I.1 DIABETES Y MELLITUS Y SU REPERCUSION EN LA SALUD EN MEXICO.

La diabetes mellitus, al igual que las enfermedades del corazón, los tumores malignos, los accidentes y las enfermedades cerebro vasculares son entre otras, las causas de mayor número de muertes en México.

En 1990 la diabetes mellitus alcanzó una tasa de 32.7 muertes por cada 100,000 habitantes, colocándose como la cuarta causa de mortalidad general y la primera causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas, así mismo dentro de las primeras causas de morbilidad con una tasa de 155 diabéticos por cada 100,000 habitantes. (1)

Las personas con diabetes tienen un riesgo dos veces mayor de desarrollar enfermedad arterial coronaria y cerebral; y la enfermedad vascular periférica se ve marcadamente aumentada en presencia de la diabetes mellitus.

En algunos países, incluyendo México la diabetes es la causa de mas de la mitad de todas las amputaciones que se llevan a cabo anualmente. La diabetes es la principal causa de ceguera adquirida en adultos de 20 a 74 años. Los pacientes diabéticos tienen 17 veces mas posibilidades de desarrollar enfermedad renal siendo la primera causa de nefropatía en estado terminal. La neuropatía es otra de sus complicaciones; entidad que puede alterar la función de los nervios en todo el cuerpo y afectar cualquier sistema del organismo. (2)

(1) Norma Oficial Mexicana Nom-015-ssa2-1994 Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Pág. 1

(2) Rull, Zorrilla. Diabetes mellitus, complicaciones crónicas. Pág. 31

Lo anterior da como resultado el incremento de la estancia hospitalaria de 4.2 día cama que se requiere como promedio general a 7.4 en padecimientos relacionados con diabetes mellitus; además de que en casos de pacientes con pie diabético la estancia se duplica y en ocasiones se prolonga hasta 40 días, según datos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social. (3)

I.2 PÍE DIABÉTICO, FACTORES PREDISPONENTES, PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE LESIONES.

CONCEPTO:

El pie diabético es una grave complicación de la diabetes mellitus condicionada por varios factores, que incluyen daño endotelial con aumento de la viscosidad sanguínea aterogénesis con aterosclerosis acelerada, alteración de factores de coagulación.

MANIFESTACION CLÍNICAS:

Clínicamente el pie diabético se caracteriza por daño neurológico sensitivo, motor autónomo, infección frecuente y desarrollo de ulceración. (4)

EPIDEMIOLOGÍA:

Los pacientes diabéticos tienen un riesgo 15 veces superior a los no diabéticos a experimentar una amputación no relacionada con un traumatismo. En Estados Unidos, más del 50% de las amputaciones no traumáticas se realizan en diabéticos y una de cada cinco hospitalizaciones de diabéticos se debe a un problema de pie. Estos datos proporcionan una visión parcial del problema, ya que solo se refieren a los casos que revisten mayor gravedad y que requieren ingresar a un hospital. Se desconoce la frecuencia de situaciones tales como úlceras que pueden tratarse en servicios de consulta externa y problemas de claudicación intermitente. (5)

(4) Martínez de Jesús Fermín OPCIT. ; P.g.. 10

(5) Lerman Garber Israel. Atención integral del paciente diabético. Pág.. 260

FISIOPATOLOGIA:

Existen tres principales elementos que actúan en forma conjunta en la particular fragilidad del pie diabético y estos son: Neuropatía, Alteraciones vasculares, y Procesos infecciosos. La presencia y participación de estos es de magnitud variable, pero en la mayoría de los casos la Neuropatía es el factor predominante. Debe enfatizarse que un cuidado inadecuado del pie suele estar presente en un buen número de problemas del pie diabético. (6)

NEUROPATIA:

La neuropatía es la complicación más común de la diabetes mellitus y con frecuencia es la causa inicial de las lesiones. La ocurrencia de la neuropatía esta en relación directa con el tiempo de duración de la diabetes y con la eficacia del control de la hiperglucemia. En raras ocasiones la neuropatía se inicia en los primeros cinco años después del diagnóstico y su incidencia aumenta conforme mayor es el tiempo de evolución de la diabetes mellitus. (7)

Las consecuencias de la neuropatía periférica en el pie diabético son múltiples, la neuropatía motora que conlleva a un desequilibrio entre los distintos grupos musculares y que finalmente da como resultado el llamado dedos de martillo propiciando puntos de apoyo anormales, sobre los que se ejerce una presión muy importante durante la marcha.

(6) Lerman Garber Israel. OP CIT; Pag.261

(7) Mayor Mac. Ricardo Díaz Armenta. Nuevas perspectivas en el tratamiento del pie diabético. Pág. 119-122.

Además, la disminución de la sensibilidad impide que el paciente cobre conciencia del aumento de intensidad del traumatismo o adecue su pisada. Finalmente la neuropatía autonómica resulta de cambios vasomotores con disminución en la sudoración y la consecuente resequead de la piel que favorece la formación de fisuras y así mismo la penetración de bacterias y hongos que conllevan a la infección. (8)

INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFERICA.

La enfermedad microvascular es un problema significativo para los pacientes diabéticos y también puede coadyuvar a la ulceración del pie. La mayoría de las consecuencias de la obliteración microvascular no puede ser corregida por procedimientos quirúrgicos. Por ese motivo es sumamente importante que el paciente mantenga un control estricto de la glucosa, del peso y deje de fumar para disminuir la progresión de la microangiopatía. (9)

La insuficiencia arterial no permite el aporte adecuado de oxígeno, nutrientes y antibióticos al sitio afectado y disminuye las posibilidades de tratamiento exitoso.

Los datos clínicos de la enfermedad arterial periféricas son: disminución de temperatura en los pies, claudicación intermitente, dolor nocturno o de reposo que se alivia al sentarse con las piernas péndulas (colgando) pulsos disminuidos o ausentes, palidez marcada al elevar la extremidad, rubor al dejar las piernas péndulas, piel brillante, pérdida de vello y gangrena.

La suspensión del tabaquismo y el ejercicio son medidas generales de gran importancia en el tratamiento de la enfermedad vascular periférica. El tabaquismo es el factor de riesgo modificable mas importante. El tabaco puede causar espasmo arterial y reducir el flujo sanguíneo, además de aumentar la agregación plaquetaria y el nivel de fibrinógeno. (10)

(8) Lerman Garber Israel. OP CIT.: Pág. 262

(9) Martínez de Jesús Fermín. OP CIT. Pág. 12

(10) Lerman Garber Israel. OP CIT. Pág. 242, 243,246

INFECCION:

Los gérmenes patológicos más comunes suelen ser estafilococos, estreptococos y algunos gramnegativos como *Escherichia coli*. Una vez que se inicia el proceso séptico, su evolución clínica se caracteriza por un comportamiento más agresivo que en los no diabéticos. El control de éste requiere esquemas de antibióticos intensivos y prolongados.

Por último, cabe recordar que lo que precipita un problema grave del pie diabético es un pequeño traumatismo que causa una ulceración cutánea que no sana a pesar del tratamiento médico y que al final requiere amputación.

Las heridas y punciones con cuerpos extraños del tipo de agujas, clavos y vidrios son frecuentes y no es raro encontrar este tipo de cuerpos extraños en las partes blandas de los pacientes que no son conscientes del dolor. (11)

(11) Harrison Principios de medicina interna. Pág. 2301.

CLASIFICACION DE LAS LESIONES DEL PIE DIABETICO

Es importante mencionar que debido a la complejidad del pie diabético se ha tenido ciertas dificultades para la unificación de criterios para su clasificación. Existe una gran variedad de clasificaciones de las lesiones del pie diabético, desde la mas simple, como la de lesiones complicadas y no complicadas hasta las mas complejas.

Para fines de este trabajo y con fin de poder identificar el tipo de lesión que puede afectar a nuestro paciente decidí utilizar la clasificación propuesta por los médicos adscritos al Hospital General de Tampico, Tamaulipas.

LESION ANGIOPATICA.- Lesión superficial sin celulitis, sin presión ósea. Sus datos clínicos son: antecedentes de claudicación intermitente, dolor en reposo, cambios de coloración distal, piel fria, pulsos disminuidos o ausentes, úlceras muy dolorosas, gangrena seca sin infección.

LESION NEUROPATICA.- Lesión profunda hasta con 2 cms. periféricos de celulitis y compromiso óseo probable. Sus datos clínicos son: alteraciones de la sensibilidad, hiperestesia, anestesia, disminución de la sudación, cambios en la forma del pie, reflejos alterados, callos, úlceras duras indoloras y de larga evolución (algunas)

LESION MIXTA.- Lesión que incluye todos los planos, mas de 2 cm periféricos de celulitis, secreción purulenta, áreas de necrosis, hueso o articulación francamente afectados con cambios de la estructura.

Datos clínicos: abscesos profundos, síndrome compartamental, estados muy avanzados de necrobiosis, áreas de gangrena, septicemia, desequilibrio metabólico y compromiso del estado general. (12)

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DEL PIE DIABETICO

La evaluación de la gravedad de un problema particular como es el pie diabético es indispensable para tomar las medidas terapéuticas adecuadas en el tratamiento. (13), (14), (15)

La evaluación completa debe incluir los siguientes puntos:

1. Establecer la etiología de la lesión, tratando de identificar la gravedad del proceso isquémico, la magnitud de la neuropatía y si existe proceso séptico.
2. Determinar las dimensiones de la lesión y en caso de existir la extensión de la celulitis que circunda la ulceración.
3. Establecer la profundidad de la lesión y determinar el grado de afección de estructuras profundas.
4. Determinar si existe infección sistémica.
5. Evaluar el estado general del enfermo, incluyendo grado de afección renal, cardiovascular y riesgo quirúrgico.

Además del examen clínico se debe contar con estudios radiográficos y de ser posible cultivo de lesión. Con estos datos se puede establecer el tratamiento en tres categorías.

LESIONES SUPERFICIALES NO COMPLICADAS.

Son lesiones que solo abarcan la dermis, con poca extensión de la celulitis que rodea la solución de continuidad cutánea, y que no se acompaña de ninguna manifestación sistémica. Su tratamiento puede realizarse fuera del hospital e incluyen las siguientes indicaciones:

(13) Rull, Zorrilla. OP CIT. Pág.. 366

(14) Lerman Garber Israel. OP CIT. Pág. 264-267

(15) Harrison. OP CIT. Pág. 2301

1. Cuidados generales de la lesión:

- Aseo con agua y jabón evitando la aplicación de alcohol y antisépticos con base alcohólica.
 - Cubrir la lesión con gasa estéril (antiadherible)
 - Evitar al máximo la deambulación, para evitar toda presión sobre la lesión.
 - Evitar en lo posible la desbridación.
2. Antibióticos orales. Los mas utilizados son cefalosporinas de segunda generación o bien clindamicina y últimamente ciprofloxacina.
 3. La rehabilitación de la marcha con la indicación de calzado y plantillas de descarga adecuadas a la mecánica del pie.
 4. Doppler para evaluar el flujo sanguíneo de la microcirculación y la oximetría que permite tener una idea de la perfusión tisular en distintos puntos de la extremidad.
 5. La relación de estudios invasivos como la angiografía, solo debe realizarse si el paciente puede ser sometido a revascularización.

LESIONES CON COMPLICACIONES LOCALES O SISTEMICAS

Estas lesiones requieren tratamiento intra hospitalario que tiene como fin normalizar el estado metabólico del enfermo y corregir el proceso séptico.

Empleándose los siguientes principios terapéuticos:

1. Control metabólico, se debe tener como meta la normalización de la glucemia.
2. Los antibióticos deben aplicarse por vía parenteral. Los esquemas a utilizar deben incluir un aminoglucósidos, clindamicina o penicilina y un antibiótico útil contra pseudomonas como la ceftazidima.

3. Debe vigilarse la toxicidad de los fármacos utilizados.
4. En todo momento debe tenerse en cuenta la necesidad de una amputación. La falta de mejoría o la progresión del proceso séptico o isquémico son indicación de tratamiento quirúrgico.

LESIONES QUE POR SU EXTENSION O POR ENCONTRARSE EN UN PIE CON ISQUEMIA GRAVE REQUIEREN POR NECESIDAD TRATAMIENTO QUIRURGICO.

En estas lesiones se recomienda administrar antibióticos antes de la cirugía para limitar el proceso infeccioso. En el caso de que el estado séptico del paciente no lo permita se recomienda una operación en dos tiempos quirúrgicos:

Durante el primero se realiza una amputación infracondilea para eliminar el sitio mas afectado.

En el segundo tiempo que se practica cuando el proceso séptico ha sido controlado se construye un muñón infracondileo o supracondileo según el caso. (16)

PREVENCIÓN DE LESIONES Y AMPUTACIONES

Las técnicas para prevenir amputaciones en el pie diabético van de la simple inspección periódica del pie hasta la cirugía vascular. (17)

La educación del diabético, orientada a mejorar los cuidados del pie es esencial para disminuir la magnitud e incidencia de problemas. El tratamiento oportuno y adecuado de una lesión cutánea reduce sustancialmente la frecuencia de amputaciones.

Es sumamente importante la evaluación periódica de los pies del paciente diabético, con el fin de detectar oportunamente, puntos de apoyo anormales y procesos micóticos que suelen pasar desapercibidos para el enfermo, y que pueden ser la puerta de entrada de procesos sépticos que terminan en amputaciones. Además de la detección oportuna del problema, se puede tener la oportunidad de educar al paciente adiestrándolo y sobre todo motivándolo para que el mismo se explore cotidianamente.

Son cuatro los puntos básicos que la enfermera y el médico deben explorar:

1. La búsqueda de cambios isquémicos manifestados por disminución de la temperatura, cambios de coloración, alteraciones de uñas, disminución y ausencia del pulsos.
2. Evaluación de la sensibilidad y fuerza muscular.
3. Alteraciones mecánicas del pie, que se expresan por puntos de apoyo anormales y disminución de arcos de movimiento de las articulaciones.
4. Presencia de cambios cutáneos como soluciones de continuidad, fisuras y datos de micosis. (18)

(17) Lerman Garber. OP CIT. Pág.263

(18) Ibidem.Pág.623

EDUCACION DEL PACIENTE.- No existe ninguna duda de que la educación en relación con los cuidados de los pies disminuye en forma significativa la frecuencia y gravedad de los problemas. Además de la información verbal se recomienda proporcionar información escrita al paciente, para reforzar el conocimiento que va adquiriendo. La instrucción del paciente debe incluir los siguientes aspectos:

1. Higiene de los pies.

- Inspección diaria de los pies en busca de lesiones cutáneas.
- Lavado diario de los pies, secándolos con escurpulosidad en particular entre los dedos.
- Uso de una crema humectante, excepto cuando existe sudación excesiva.
- Uso de calcetines de algodón o lana.
- Evitar uso de antisépticos, astringentes u otras sustancias químicas no prescritas.
- Evitar baños de pies.
- Evitar cortar demasiado las uñas. Si están engrosadas deben limarse en lugar de cortarlas.
- No caminar descalzo.

2. Uso de calzado adecuado.

- Seleccionar zapatos cómodos. Evitar el uso de tacones.
- Cambiarlos a diario, de preferencias dos veces al día.
- Usar plantillas de descarga en caso necesario.
- Inspeccionar en forma visual y manual el interior de los zapatos antes de ponérselos.

3. Dejar de fumar

4. Problemas para reportar al médico.

- Cambios de coloración en la piel.
- Cambios de sensibilidad o presencia de dolor.
- Cambio en la morfología del pie.
- Presencia de lesiones cutáneas, por pequeñas que sean.
- Uñas enterradas. (19), (20), (21)

(19) Mayer G. Davidson et al Tratamiento actual de la diabetes mellitus. Pág. 41

(20) Rull Zorrilla. OP CIT. Pag . 363

(21) Lerman Garber Israel. OP CIT. Pag. 263,264

1.3 CARACTERISTICAS FISICAS, PSICOLOGICAS Y SOCIALES DEL PACIENTE DIABETICO

En nuestro medio uno de los principales obstáculos para el manejo del paciente diabético es la condición socioeconómica en que vive la mayoría de la población, lo que ha condicionado a malos hábitos higiénicos y dietéticos que predisponen al paciente diabético a desarrollar complicaciones tan graves como es el pie diabético; aunado a esto existen otras alteraciones psicológicas que pueden afectar al paciente durante el desarrollo de la enfermedad.

REACCIONES DEPRESIVAS.

El pie diabético es una complicación que se presenta después de que los pacientes han vivido las etapas iniciales de la enfermedad sin embargo; cuando detecta alteraciones en su pie (cambios de coloración, úlceras, hipotermias, etc.) Las reacciones inmediatas pueden ser de pena, tristeza, desmoralización, fatiga, alteraciones psicomotoras (retardo o agitación), que se pueden acompañar de síntomas vegetativos propios como modificaciones del apetito, sueño y gastrointestinales que se pueden atribuir en principio a otras causas orgánicas. Estos síntomas depresivos pueden intensificarse en el momento en que se tiene que desbridar la lesión pedia ya que pierde independencia y función corporal. (22)

La enfermera debe saber diferenciar las reacciones depresivas propias de este momento adaptativo y una depresión patológica que requieren manejo por psiquiatría, ya que los pacientes que muestran reacción depresiva mantienen la capacidad de comunicarse y participar en su autocuidado y en la toma de decisiones en torno al tratamiento. La depresión se vuelve patológica cuando el paciente, muestra desesperanza, abandono y los síntomas vegetativos son persistentes y desproporcionados con el grado del daño, llegando incluso a mantenerse a pesar de la mejoría del pie afectado.

SINTOMAS DE ANSIEDAD.

Además de las reacciones depresivas también pueden presentarse otros síntomas como los de ansiedad, que se caracteriza por palpitaciones disnea, sofocación, náusea, escalofríos, parestesia, sudación, temblor, mareo, opresión precordial, miedo a morir, o a perder la extremidad. En estos casos el empleo de benzodiacepinas puede ser de utilidad en los pacientes hospitalizados pero nunca sustituye al apoyo del médico y de la enfermera.

REGRESION

La regresión implica una reacción universal a la enfermedad que consiste en patrones de conducta y sentimientos infantiles, pues así el paciente llena sus deseos de que se le cuide, reconforte y libere de la responsabilidad de la vida adulta.

La regresión se vuelve problemática mientras mas extensa sea, ya que resulta mas difícil el cuidado de pacientes que no pueden asumir la soledad, que no toleran el mas mínimo dolor, que son infantiles, quejumbrosos y con demasiadas necesidades o que se enojan o se sienten frustrados con facilidad.

Cuando la regresión es acentuada, los médicos y las enfermeras pueden impacientarse y enojarse, por lo que se debe evitar al máximo regañar o avergonzar al paciente y en su lugar debe explicarse al paciente que el sentirse dependiente o necesitado es parte de la reacción que se espera de la enfermedad.

Por ultimo también debemos referirnos a los familiares mas cercanos del paciente con pie diabético, ya que pueden existir alteraciones emocionales como resultado de la intereracción con el enfermo, dando lugar a problemas de pareja, o de conducta, aunque también puede observarse que la enfermedad condicione efectos positivos en las relaciones familiares incrementando sentimientos de solidaridad y cohesión. En todo caso resulta vital enseñar al paciente para que colabore en el cuidado de su pie, con el objetivo del éxito del tratamiento y la conservación de los lazos familiares. (24)

I.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Dentro del equipo interdisciplinario de un hospital la enfermera es quien mas cerca se encuentra del paciente en las diferentes etapas de la enfermedad dándose condiciones muy particulares en la interacción enfermera-paciente, que dan como resultado que sea precisamente la enfermera quien detecte sus problemas y necesidades condicionando a que frecuentemente se enfrente a situaciones en las que una intervención acertada y oportuna pueda definir el estado futuro del paciente.

Por lo anterior es sumamente importante que las acciones que efectúa la enfermera desde el primer contacto con el paciente sean lo mas acertadas y oportunamente posibles con el único fin de atenuar o prevenir complicaciones que pongan en peligro la vida y la integridad del enfermo.

INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS

Por lo general el paciente con pie diabético que ingresa al servicio de urgencias es por que tiene un problema agregado relacionado con la infección y/o diabetes es por este motivo que la enfermera debe saber identificar cual es el problema o necesidad que es mas urgente resolver. A continuación enumeraré los cuidados de enfermería que se proporcionan al paciente diabético al ingresar al hospital.

A) ADMISION DEL PACIENTE E INGRESO

Siempre que un paciente ingresa a la sala de urgencias además de la identificación es importante saber algunos datos que nos permitan identificar la evolución de la enfermedad y actuar sobre los problemas mas urgentes a resolver, es por eso la importancia de establecer en forma inmediata comunicación con el paciente o cuando las condiciones no lo permitan (deterioro del estado de conciencia) con el familiar. Sin embargo las prioridades absolutas deben estar basadas en los siguientes puntos.

- Instalar al paciente en su unidad.
- Revisar las vías aéreas para advertir si están libres.
- Retire las prótesis dentarias. En caso necesario colocar oxígeno por puntos nasales.
- Revisar la respiración cuando observe la expansión del tórax. Si respira adecuadamente, continuar. Si no hay respiración emprender inmediatamente ventilación auxiliar.
- Revisar el pulso, si se palpa continuar. Si no palpa el pulso carotídeo comenzar inmediatamente compresiones cardíacas y pedir ayuda.

Por supuesto que no todos los pacientes llegan al servicio de urgencias con graves complicaciones pero la enfermera debe saber como actuar en éstos casos. (25)(26)

B) PREPARACION PSICOLOGICA

Cuando el paciente con pie diabético ingresa a un servicio de urgencias, posiblemente ya ha pasado por las etapas emocionales iniciales de la enfermedad como son: la negación, enojo, hostilidad. Sin embargo la enfermera debe prestar particular atención en todas las necesidades emocionales y espirituales del paciente ya que de esto dependerá en gran parte el éxito del tratamiento.

(25) Potter D.O., M.B. Rose. Urgencias en enfermería. Pág. 475

(26) Ibidem Pág. 67

Sin lugar a dudas el trato amable y la explicación de todos los procedimientos que se le realizan y lo que se espera de ellos son parte importante para hacerlo sentir en un ambiente agradable donde tiene oportunidad de comunicar sus inquietudes y temores. (27)

C) TOMA DE SIGNOS VITALES

Siempre que un paciente con pie diabético ingrese a un hospital se debe sospechar de desequilibrio hemodinámico que puede reflejarse en los signos vitales. Los pacientes deshidratados, están taquicárdicos y presentan valores bajos de presión arterial, la hipertermia puede estar indicándonos cambios tisulares que denotan infección. Por este motivo se debe poner especial atención en su toma y registro. (28)

D) TOMA DE EXAMENES DE LABORATORIO

Es importante recordar que el paciente con pie diabético puede desarrollar complicaciones metabólicas muy graves que de no detectarse oportunamente ponen en peligro su vida, los exámenes de laboratorio pueden darnos datos específicos para evitar y/o detectar oportunamente estas complicaciones, por este motivo la enfermera debe tener la iniciativa de que al puncionar la vena para la administración de líquidos recolecte las muestras para enviarlas lo antes posible a laboratorio. (29)

(27) Martínez de Jesús Fermín. OP CIT. Pág. 68

(28) Guyton Hall. Fisiología y Fisiopatología. Pág. 284-285

(29) D. Urden Linda. Cuidados intensivos en enfermería. Pág. 402

E) ADMINISTRACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

La instalación de dos líneas periféricas es una de las medidas más rápidas y efectivas para la reposición de líquidos. Sin embargo la enfermera debe tener mucho cuidado en una rehidratación sin sobrecarga de líquidos. Durante la fase inicial de rehidratación las enfermeras deben monitorizar continuamente las constantes vitales, incluyendo el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y los factores hemodinámicos. Los cambios en el pulso, pasando de rápido y débil a fuerte y enérgico indican que el aporte de líquidos es efectivo. La disnea, el descenso de la saturación de oxígeno, los incrementos de la frecuencia respiratoria y cardíaca así como la presencia de crepitantes pulmonares y distensión de las venas del cuello indican una sobrecarga de líquidos. Las enfermeras deben prevenir la sobrecarga de líquidos disminuyendo la velocidad de perfusión intravenosa a medida que las constantes vitales se normalizan. (30)

F) MONITORIZACION DE LA GLUCOSA

Los análisis de glucosa en sangre deben realizarse cada hora mediante un glucómetro portátil o tiras reactivas, durante el periodo de tratamiento de insulina, se valorará tanto la respuesta del paciente, como los datos de laboratorio buscando alteraciones relacionadas con las concentraciones de glucosa. Es importante reconocer los síntomas de hipoglucemia.

G) ADMINISTRACION DE FARMACOS POR VIA INTRAVENOSA

La vía intravenosa es sin lugar a dudas la forma más rápida y segura para que un medicamento pueda alcanzar concentraciones máximas en el torrente sanguíneo. Medida indispensable para la administración de antibióticos, analgésicos, antieméticos e insulina en el paciente con pie diabético complicado. (31), (32)

H) MONITORIZACION DE LA DIURESIS

Por lo regular no se introduce la sonda Foley a permanencia en la vejiga de un diabético, por el mayor riesgo de infección pero el médico puede pedir que se introduzca una en caso de diuresis mínima, si el paciente no excreta orina después de haber recibido 500ml. de líquidos intravenosos o si está comatoso. De esta forma se podrá medir con precisión la diuresis. La medición horaria del volumen urinario ayuda en la valoración de la función renal y proporciona información para valorar la hidratación del paciente. (33), (34)

I) VALORACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA

Valore, frecuentemente el estado psíquico del paciente. El decremento en el nivel de conciencia por mínimo que sea es signo inadecuado, razón por la cual hay que señalarlo inmediatamente al médico.

(31) Brunner Sholtis Lillian. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. Pág. 137

(32) Klusek Hamilton Helen. Procedimientos de Enfermería. Pág. 382

(33) D. Urden Linda. OP CIT. Pág. 402, 403

(34) D. Potter, M.B. Rose. OP CIT. Pág. 475

J) MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

El cuidado de la piel es de suma importancia en los pacientes con diabetes. La deshidratación, la hipovolemia, la hipofosfatemia y la angiopatía ya existente interfieren en el transporte de oxígeno a nivel celular, lo que provoca trastornos en la perfusión y daño tisular. Los pacientes deben de cambiarse de posición por lo menos cada dos horas, para disminuir la presión capilar y proporcionar una adecuada perfusión a los tejidos corporales, también puede ser útil un colchón de agua y proteger las prominencias óseas así como proporcionar masajes al cambiarlos de posición. (35)

K) PREVENIR INFECCIONES

El paciente diabético tiene un alto riesgo de infección por lo que debe mantenerse una asepsia estricta en todas las vías intravenosas. Todos los puntos de punción venosa deben revisarse cada cuatro horas buscando cualquier síntoma de inflamación, flebitis o infiltración, así mismo en todos los procedimientos invasivos debe mantenerse una asepsia quirúrgica estricta. Si es necesaria la cateterización vesical es esencial el uso de medidas estériles. (36)

EDUCAR AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

A lo largo de la hospitalización la enfermera debe explicar al paciente y a sus familiares las causas que provocan el descontrol metabólico, y las úlceras de los pies. Algunos pacientes requieren de orientación sobre el autocuidado, los pacientes y familiares deben aprender el tratamiento básico de la diabetes, así mismo deben conocer los síntomas de alarma, de hiperglucemia e hipoglucemia. (37), (38)

(35) D. Urden, Linda. OP CIT. Pág. 403

(36) Ibidem. Pág. 403

(37) Brunner Shottis Lillian. Manual de Enf. Médico Quirúrgica. Pág. 893

(38) D. Urden Linda. IBIDEM. Pág. 403

ESTANCIA DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACION

Una vez estabilizado el estado general del paciente se pedirá su ingreso a una unidad donde se pueda continuar con los cuidados del pie diabético, que además de los ya iniciados en el servicio de urgencias incluirá:

A) CUIDADOS DE LA ULCERA O LESION

Como ya se ha mencionado el tratamiento intrahospitalario tiene como fin normalizar el estado metabólico del enfermo y corregir el proceso séptico, para lograrlo, además de la administración de insulina y antibióticos se debe tener especial cuidado en la curación periódica y minuciosa de la lesión, conservando siempre una técnica aséptica que debe además evitar la acumulación de pus o secreción en los apósitos, la enfermera debe vigilar y cambiar las veces que sea necesario el apósito que cubre la herida para evitar la colonización de bacterias. (39)

BAÑO Y ASEO DIARIO.

Durante la hospitalización la enfermera debe poner especial atención en la limpieza del paciente, el baño diario, así como el cambio de la ropa de cama contribuye a la prevención de infecciones de la piel, además de que la fricción estimula las terminaciones nerviosas mejorando la circulación periférica.

(39) Berkow Roberto. El manual Merck. Pág. 1240

C) CONSERVAR LA HIGIENE ORAL

Los pacientes diabéticos que están inconscientes y deshidratados requieren un meticuloso cuidado oral. El cuidado de la boca es necesario para eliminar bacterias que se acumulan cuando la saliva que tiene un efecto bacteriostáticos se encuentra disminuida por la deshidratación. En pacientes conscientes se utilizan gasas húmedas así como lavado bucal y cepillado frecuente. (40)

D) SATISFACER LAS NECESIDADES DE INGESTA Y EXCRETA GASTROINTESTINAL

Durante la estancia hospitalaria la enfermera vigilara que el paciente cubra sus requerimientos nutricionales, así como enseñará en coordinación con el departamento de dietología una dieta que se adapte a su poder adquisitivo y a su preferencia de alimentos.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

II.1 FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: J.V.J.

Cédula: 72 74 51 03 58 4f 19 ord.

Edad: 78 años.

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: Ometepec, Guerrero.

Lugar de residencia: Acapulco, Guerrero.

Escolaridad: 3er. Año de primaria.

Edo. Civil: Viuda desde hace 15 años.

Servicio: C. General.

Ocupación: Ama de casa.

Persona responsable: Hija.

No. De cama: 634.

Religión: Católica.

Dinámica familiar: Buena relación solo con tres de sus 10 hijos, se reúne en pocas ocasiones durante el año, existiendo nula dinámica familiar.

II.2 Antecedentes Heredo familiares: Padres y abuelos fallecidos, desconoce las causas, tiene un hermano con Diabetes mellitus.

II.3 Antecedentes personales patológicos. Alcoholismo positivo desde hace 15 años tomando cerveza hasta llegar al estado de embriaguez, actualmente acepta que lo hace solo esporádicamente. Tabaquismo positivo. Uno o dos cigarrillos por las noches, refiere haber sido diagnosticada como diabética hace 3 años.

II.4 Antecedentes personales no patológicos.

Vivienda. La paciente vive en casa propia, de tres habitaciones, construida de tabique con techo y piso de cemento, cuenta con todos los servicios intra domiciliarios donde habitan tres personas, convive además con aves de corral.

Hábitos higiénicos. Refiere bañarse diariamente y cambiarse de ropa, asegura lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, así como lavarse los dientes dos veces al día, usa zapatos tipo sandalia para salir a la calle, dentro de la casa rara vez los utiliza.

Hábitos dietéticos. Su alimentación es a base de tortillas de maíz, pollo, huevos, carnes frescas, pescado, café negro y comidas tradicionales como son: Pozole, mole, tacos y sopes. Por lo regular come tres veces al día aunque en ocasiones solo realiza dos alimentos.

Hábitos de descanso relajación y sueño. Duerme aproximadamente ocho horas diarias, rara vez duerme durante el día.

Ejercicio. Refiere no realizar ningún ejercicio fuera de sus actividades cotidianas.

II.5 Padecimiento actual. Inicia hace un mes al sufrir traumatismo con objeto cortante (vidrio) en el primer orjejo, que ha cursado con datos de infección hasta llegar a formarse un absceso con salida de secreción purulenta y fétida. Acudió a la consulta externa tratándose la lesión con analgésicos y antibióticos orales. Hace cuatro días el cuadro infeccioso se agudizó refiriendo dolor intenso que no cedió a los analgésicos orales, observándose incremento en el halo que rodea la herida, así como aumento de la salida de secreción purulenta, fiebre, disminución del estado de alerta. Por tal motivo fue traída por su hija al servicio de Urgencias donde se indica hospitalización.

II.6 Exploración física. A su ingreso, somnolienta, quejumbrosa, poco cooperadora y quien prefiere mantener los pies péndulos, campos pulmonares bien ventilados, fiebre y taquicardia, refiriendo náusea.

Cabeza. Pelo bien implantado sin alopecia ni parásitos.

Ojos. Simétricos, con buena respuesta foto motora, isocoria.

Narinas. Permeables.

Cavidad oral. Mucosas secas, úvula central.

Carrillos dentarios. Sin compromisos de lesiones.

Extremidades torácicas. Sin datos patológicos.

Abdomen. Blando, depresible.

Extremidades pélvicas. Con infección severa en 1° y 2° orfejos, del pie izquierdo con salida de secreción purulenta. Se observa cambio de coloración de ambos dedos infectados, con predominio del primer orfejo, pérdida de sensibilidad en ambas extremidades pélvicas. Refiriendo dolor en el área infectada.

II.7 Estado psicológico. Presenta ansiedad y tendencia a la depresión.

II.8 Deseos y esperanzas de contacto con familiares y amigos durante la hospitalización.

Cuenta con apoyo económico de dos de sus hijas, mas prefiere pasar la mayoría del tiempo sola en casa de su hija mayor. Durante su estancia en el hospital es visitada solo por la menor de sus hijas ya que sus otros hijos trabajan tiempo completo, refiere le gustaría ver a sus nietos.

II.9 Comprensión del estado actual y de los eventos que la produce.

Refiere que ignoraba que la diabetes le pudiera producir una infección tan severa, y hace preguntas muy particulares de cómo cuidarse al egresar del hospital.

II.10 Cuidados médicos previos y reacciones hacia ellos.

Se queja de que no recibió orientación de cómo cuidar sus pies y que el médico nunca le revisó ni tocó los orfejos lesionados, y que considera que no fue bien tratada.

II.11 Esperanzas del paciente y de la familia puestas en el médico.

Tienen absoluta confianza en su médico tratante y tienen muchas esperanzas de que aun se pueda evitar la amputación de los orfejos.

II.12 Recursos o falta de recursos económicos del paciente.

La paciente es totalmente dependiente de los recursos que le dan dos de sus diez hijos, por lo que refiere en ocasiones es difícil para ella contar con recursos para llevar una buena alimentación y que comprar zapatos especiales le resulta casi imposible.

RESUMEN CLINICO DEL PACIENTE.

Fecha de ingreso: 13 de Febrero del 2001.

Motivo: Herida en base del primer objeto del pie izquierdo, con salida de material purulento, disminución del estado de alerta, fiebre y deshidratación.

Signos vitales al ingreso: TA: 80/50 FC: 128X FR: 22 X TEMP: 38° C

Evaluación inicial: 13 de febrero del 2001.

Se trata de paciente de sexo femenino que inicia su padecimiento actual hace aproximadamente un mes al sufrir herida en la base del primer dedo del pie izquierdo al cortarse con un vidrio, no recibió atención inmediata de la herida, fue tratada en la consulta externa con antibióticos y analgésicos orales, hace cuatro días presenta salida de abundante secreción purulenta, fétida, además de cambios de coloración en el pie, el día de hoy presentó fiebre y disminución del estado de conciencia; por lo que es traída por su familiar al servicio de urgencias. A la exploración física se encuentra somnolienta, quejumbrosa, con mucosa y piel seca, se observa salida de secreción purulenta de herida en el primer orjejo.

Resultados de laboratorio:

Biometría hemática:

Hemoglobina: 11.7 Hto: 37.6 Leucocitos:12,300 Linfocitos: 7

Monocitos: 2 Eosinófilos: 0 Basofilos: 0 Segmentados:85 Bandas: 17

Química sanguínea:

Glucosa. 438 mg/dl Creatinina, 0.4 Na 140 mep K. 3.97

Plaquetas, 165,000

Diagnóstico médico: Pie diabético mas diabetes mellitus descompensada.

INDICACIONES MEDICAS:

- S. Salina al 0.9% 1000 p/2 Hrs.
- S. Salina al 0.9% 1000 p/4 Hrs.
- S. Salina al 0.9% 1000 p/8 Hrs.
- S. Mixta 1000 p/8 Hrs.

- Cefotaxima 1 gr IV c/8
- Metronidazol 500 Mg IV c/8
- Amikacina 50 Mg IV c/12
- Metamizol 1 Gr IV PRN Previa T.A
- Nubain 10 Mg. IV P.RN. P.V.M
- Dextrostix c/4 Hrs. C/esq. de insulina SC
- 180=0 180-250=5u. + 250 =10u.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Déficit de volumen de líquidos **relacionado con** la diuresis osmótica secundaria a hiperglucemia manifestado por hipotensión, taquicardia, somnolencia y pérdida de la turgencia cutánea.
- Dolor **relacionado con** la respuesta inflamatoria manifestado por diaforesis, palidez, taquicardia y movimientos musculares esqueléticos para localizar el área afectada así como manifestación verbal del dolor.
- Ansiedad **relacionado con** la pérdida de la integridad biológica, psicológica y social manifestado por expresión facial tensa, patrón de sueño intermitente y sobresalto fácil.
- Fiebre **relacionado con** la respuesta del organismo al proceso inflamatorio desencadenado por la infección manifestado por debilidad, escalofríos e incremento de la temperatura corporal.
- Alto riesgo de infección **relacionado con** la disminución de la perfusión, desnutrición y procedimientos invasivos.
- Déficit de conocimiento sobre el cuidado de los pies **relacionado con** la falta de orientación profesional sobre el auto cuidado.
- Déficit de conocimientos **relacionado con** la falta de información profesional referente a la relación que tiene la dieta y el tabaquismo con las complicaciones de la diabetes mellitus.

III PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar y llevar a la práctica un Proceso de Atención de Enfermería dirigido al paciente diabético que no solo cubra necesidades curativas, sino alcanzar resultados tan significativos como es el cambio de conducta del cliente y su familia encaminados a la prevención de complicaciones ocasionadas por su enfermedad permitiéndole una mejor calidad de vida.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de volumen de líquidos **relacionado con** la diuresis osmótica secundaria a hiperglucemia manifestado por hipotensión taquicardia, somnolencia y pérdida de turgencia cutánea.

PROBLEMA

Déficit de volumen de líquidos.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA.

El aumento del volumen urinario y la glucosuria se producen como consecuencia de la diuresis osmótica. El exceso de glucosa se filtra a través de los Glomérulos y es eliminado con la orina al no poder reabsorberse. En los túbulos renales. Los solutos no absorbidos ejercen su presión osmótica en los túbulos colectores. Lo que da como resultado que se excrete a la orina grandes cantidades de agua. (41)

OBJETIVO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

El paciente mejorara su estado hídrico para cubrir los requerimientos de consumo del organismo mediante la corrección oportuna del déficit de líquidos en un tiempo máximo de cuatro horas.

(41) Urden D. Linda. OP CIT. Pág. 399

ACCIONES DE ENFERMERIA

A) Canalización de dos líneas venosas periféricas y preparar el equipo para la instalación de un catéter venoso central.

FUNDAMENTO

La instalación de dos líneas en venas periféricas es una de las medidas más rápidas y efectivas para la reposición de líquidos, sin embargo el catéter venoso central puede ser indispensable para medir la presión venosa central en caso en que el paciente no revierta su cuadro actual y el diagnóstico se agudice.

B) Iniciar la reposición de líquidos con solución salina al 0.9%.

FUNDAMENTO

En los casos de cetoacidosis diabética es recomendable la administración de solución salina al 0.9% a una cantidad aproximada de un litro por hora durante las dos primeras horas para revertir el déficit intravascular, la hipotensión y la pérdida de líquido extravascular. Posteriormente se administrarán soluciones bajas en sodio para disminuir la osmolaridad sérica. (42)

C) Administración de insulina.

FUNDAMENTO

La administración de insulina restaura la proporción entre insulina y glucosa e inhibe la liberación de glucagón, con lo que la glucosa ya no se acumula en el torrente sanguíneo o disminuyendo la presión osmótica. (43)

(42) Urden D.Linda.OP CIT. Pág. 401

(43) IBIDEM... Pág. 401

D) Monitorización de la glucosa.

FUNDAMENTO

La Monitorización de la glucosa es importante e imprescindible para valorar la respuesta del paciente a la administración de la insulina.

E) Vigilar los signos vitales y el estado de conciencia.

FUNDAMENTO

La Monitorización de los signos vitales es de suma importancia ya que estas nos ayudaran a valorar si el aporte de líquidos es efectivo. (43)

Vigilar el estado de conciencia es de suma importancia, ya que el decremento del nivel de conciencia por mínimo que sea es un signo inadecuado para el paciente diabético.

F) Control estricto de líquidos.

FUNDAMENTO

El control de líquidos nos ayudará a valorar el estado de hidratación del paciente, en especial los volúmenes urinarios que además nos proporciona datos sobre la función renal. (44)

(43) Urden D. Linda. OP CIT. Pág. 402

(44) Ibidem. Pág. 403

G) Vigilar signos y síntomas que puedan indicar sobrecarga circulatoria.

FUNDAMENTO

Siempre que se rehidrata a un paciente se corre el riesgo de que la rápida expansión de volumen puede provocar sobrecarga circulatoria. Esta complicación se observa principalmente en pacientes con afección renal o cardíaca o ambos. La disnea, el descenso de la saturación de oxígeno, la presencia de crepitantes pulmonares y distensión de las venas del cuello indican sobrecarga de líquidos. (45)

La enfermera debe prevenir la sobrecarga de líquidos disminuyendo la velocidad de perfusión intravenosa a medida que las constantes vitales se normalizan. (46)

EVALUACION

Después de cuatro horas de reposición de líquidos el paciente tiende a normalizar sus constantes vitales, la TA se encuentra en 120/70 y la frecuencia cardíaca en 89 latidos por minuto, persiste la Hipertermia y la Hiperleucemia.

(45) D. Urden Linda. OP CIT. Pág. 402

(46) Ibidem. Pág. 402

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Dolor **relacionado con** la respuesta inflamatoria manifestado por diaforesis, palidez, taquicardia y movimientos musculares y esqueléticos para localizar el área afectada así como manifestación verbal del dolor.

PROBLEMA

Dolor.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

El problema se da por la afección de terminaciones nerviosas relacionadas con la extensión de la lesión a la piel, tejido celular subcutáneo, músculo, ligamentos e incluso a hueso. (47)

OBJETIVO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

El paciente expresará en forma verbal la disminución del dolor dentro de 30 minutos posteriores a la administración de analgésicos.

(47) Martínez de Jesús Fermín. OP CIT. Pág. 58

ACCIONES DE ENFERMERIA

A) Verificar la permeabilidad de la venoclisis.

FUNDAMENTO

Independientemente de la dosis y administración de los medicamentos y soluciones por vía intravenosa, la enfermera debe poner especial atención en evitar la formación de flebitis en las extremidades del paciente diabético con el fin de prevenir otras infecciones. (48)

B) Administración de analgésicos opiáceos a dosis máxima (previa indicación médica y valoración de signos vitales)

FUNDAMENTO

La administración de analgésicos a dosis máxima ayudará a romper el círculo vicioso del dolor, la vigilancia de los signos vitales es útil en la prevención de complicaciones, como la Hipotensión. (49)

C) Enseñar al paciente cuando solicitar medicación para el dolor.

FUNDAMENTO

Cuando el paciente resiste el dolor hasta su punto máximo pueden necesitarse varias horas y dosis elevadas de Opiáceos para eliminar el dolor, llevando a una fase de sobredosis y toxicidad farmacológica, por este motivo la enfermera debe enseñar al paciente a solicitar medicación para el dolor cuando este aparece y que no espere hasta que se haga intolerable (50)

(48) D. Urden Linda. OP CIT. Pág. 403

(49) Ibidem. Pág. 528

(50) Ibidem. Pág. 529

D) Apoyo psicológico, explicando los factores del origen del dolor y reduciendo el miedo a la farmacodependencia.

FUNDAMENTO

Explicar al paciente los factores del origen del dolor y el tiempo esperado para el efecto del medicamento, lo ayudara a disminuir la ansiedad y obtendremos mejores resultados.

La explicación entre tolerancia y dependencia a medicamentos ayudara a reducir el miedo a la fármacodependencia. (51)

EVALUACION:

Disminuye la intensidad del dolor 30 minutos posterior a la administración del medicamento, la frecuencia cardíaca se normaliza, observándose más tranquila y relajada, manifiesta aun dolor pulsátil, que desapareció totalmente cinco días posteriores a su ingreso a medida que la infección en los orzijos fue cediendo a los antibióticos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Ansiedad **relacionado con** la pérdida de la integridad biológica, psicológica y social manifestado por expresión facial tensa, patrón de sueño intermitente, sobresalto fácil.

PROBLEMA

Ansiedad.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

Durante el desarrollo de una enfermedad principalmente cuando ésta es de carácter invalidante como en el caso del pie diabético los pacientes sufren una serie de cambios en su vida cotidiana que pueden afectar significativamente la estabilidad biológica, psicológica y social del individuo y que se manifiestan en reacciones, depresivas, de dependencia, agresividad o ansiedad. (52)

OBJETIVO DE ENFERMERIA

Proporcionar al paciente cuidados de enfermería encaminados a disminuir la ansiedad que le produce los cambios bio-psicosociales relacionados a su padecimiento actual.

ACCIONES DE ENFERMERIA

A) Escuchar y aceptar las preocupaciones del paciente.

FUNDAMENTO

Escuchar y aceptar incondicionalmente, transmiten al paciente el efecto de que es alguien importante y le asegura que sus preocupaciones, sin importar su magnitud serán discutidas. El conocimiento de que puede desahogarse va a aliviar su ansiedad. (52)

B) Ayudar al paciente a distinguir entre preocupaciones y miedos exagerados.

FUNDAMENTO

Los pacientes a los que se informa sobre su progreso y reciben información sobre los síntomas esperados y su tratamiento estarán mejor preparados para mantener una perspectiva mas realista de su enfermedad y evolución. Por ello debe evitarse la ansiedad producida por miedos imaginarios o exagerados a través de explicaciones simples y claras, ejemplo:

El dolor que tiene en los dedos es lógico por el proceso infeccioso, pero con este medicamento lo podemos eliminar.

El pie diabético es una complicación grave de la diabetes pero eso no equivale que vaya a morir. (53)

(52) D. Urden Linda. OP CIT. Pág. 494

(53) Ibidem. Pág. 494

C) Hacer aclaraciones simples sobre sucesos ambientales que puedan producirle ansiedad.

FUNDAMENTO

Las aclaraciones de sucesos y estímulos no relacionados con el paciente ayuda a desconectar de situaciones provocadoras de ansiedad que rodean al paciente, evitando de este modo una mayor ansiedad y temor, algunos ejemplos de explicaciones serían:

El ruido que escucha es una toma de oxígeno que esta utilizando otro paciente.

Esa camilla esta aquí para llevar a otro paciente a radiología. Sus familiares están afuera esperando. (54)

D) Administración de medicamentos ansiolítico.

FUNDAMENTO

Las benzodiazepinas como el diazepam, son un recurso para disminuir la ansiedad del paciente hospitalizado. La sedación es el proceso de establecer un estado de relajación y bienestar, ello no significa como a menudo se asume, que esta deprimido el nivel de conciencia, sin embargo no debemos olvidar que el apoyo de la enfermera es sumamente importante para la superación de cualquier cuadro de ansiedad. (55)

EVALUACION:

La paciente a logrado disminuir la ansiedad, en el segundo día de estancia hospitalaria, se encuentra cooperadora en su tratamiento y platica con sus vecinas de cama, durante la noche se reporta sueño fisiológico y en el décimo día de estancia hospitalaria se inició el destete de las benzodiazepinas.

(54) D. Urden Linda. OP CIT. Pág. 494

(55) L. Marino, Paul. El libro de la UCI. Pág.136-137.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Fiebre **relacionado con** la respuesta del organismo al proceso inflamatorio desencadenado por la infección manifestado por debilidad, escalofríos, e incremento de la temperatura corporal.

PROBLEMA

Fiebre.

FUNDAMENTO CIENTIFICO DEL PROBLEMA

Cuando ocurre lesión tisular por bacterias, traumatismo y sustancias químicas, las células lesionadas liberan múltiples sustancias que dan lugar a cambios secundarios que producen inflamación, debido a estos se activa el sistema inmunitario que la mayoría de las ocasiones da como resultado el incremento de la temperatura corporal. (56)

OBJETIVO DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

La temperatura del paciente estará por debajo de 38° en un tiempo máximo de 24 horas.

(56) Guyton Hall. OP CIT. Pág .284-285

ACCIONES DE ENFERMERIA

A) Control de temperatura por medios físicos.

FUNDAMENTO

El control de la temperatura por medios físicos es una de las medidas mas benéficas y sencillas de disminuir la temperatura, lavar el cuerpo con una esponja mojada en agua templada para disminuir el calor mediante la evaporación y aplicar hielo en axilas y región inguinal para aumentar la perdida de calor a partir de los grandes vasos sanguíneos mediante la conducción.

B) Control de temperatura por medios químicos.

Administración de dipirona

Administración de antibióticos (cefotaxima, amikacina y metronidazol)

FUNDAMENTO

La administración de metamizol como Antipirético se recomienda cuando los medios físicos no han dado los efectos deseados, el metamizol además de actuar en el Hipotálamo para la regulación de la temperatura, tiene efectos antiinflamatorios, debe vigilarse estrechamente la tensión arterial durante su administración, de la misma manera debe darse especial importancia a la función renal durante la administración de el triple esquema antimicrobiano que actuara sobre los gérmenes que están produciendo la infección. (58), (59)

(57) D.Urden Linda OP CIT Pág.419

(58) Diccionario de especialidades farmacéuticas.Pág. 1242-1243

(58) Lerman Gerber Israel.OP CIT.Pág.265-267

C) Reposición de líquidos de acuerdo a pérdidas insensibles.

FUNDAMENTO

La Hipertermia, la taquipnea, la diaforesis, los vómitos y las diarreas favorecen la pérdida de volumen y la deshidratación de los pacientes. El aporte de líquidos y electrolitos debe ser importante pero lo suficientemente ajustado para no producir sobre hidratación. (60)

D) Vigilar y registrar signos vitales.

FUNDAMENTO

Es importante vigilar y registrar los signos vitales para detectar y prevenir otras complicaciones.

E) Curación de miembro pélvico infectado.

FUNDAMENTO

Sin lugar a dudas que la curación periódica y la irrigación de la herida infectada son parte fundamental para el éxito del tratamiento.

EVALUACION

La fiebre no cedió a los medios físicos por lo que se administró 1 gramo de metamizol que se siguió administrando por razón necesaria hasta que la infección de los orígenes tuvo una mejoría significativa.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de infección **relacionado con** la disminución de la perfusión, desnutrición y procedimientos invasivos.

PROBLEMA

Alto riesgo de infección.

RAZON CIENTIFICA DEL PROBLEMA

En los pacientes hospitalizados que experimentan disminución de la nutrición y la oxigenación celulares debido a un déficit en el aporte de sangre capilar se incrementa el riesgo de infecciones intrahospitalarias, aunado a esto los procedimientos invasivos constituyen una puerta de entrada para gérmenes oportunistas.

OBJETIVOS DE LAS ACCIONES DE ENFERMERIA

El paciente se mantendrá libre de infecciones agregadas durante la estancia hospitalaria.

ACCIONES DE ENFERMERIA

A) Cambio de ropa y baño diario.

FUNDAMENTO

El baño diario así como el cambio de ropa de cama contribuyen a la prevención de infecciones de la piel, además de que la fricción durante el baño estimula las terminaciones nerviosas mejorando la circulación periférica.

B) Mantener la integridad de la piel.

FUNDAMENTO

El cuidado de la piel es de suma importancia en los pacientes con diabetes. Los pacientes deben cambiarse de posición por lo menos cada dos horas, para disminuir la presión capilar y proporcionar una adecuada perfusión de los tejidos corporales.

C) Lavarse las manos antes y después de atender a un paciente.

FUNDAMENTO

El lavado de manos ayuda a disminuir la transmisión de microorganismos. (61)

D) Utilizar una técnica aséptica para colocar o manipular vías Intravenosas.

FUNDAMENTO

Utilizar una técnica aséptica nos ayuda a colocar una barrera protectora contra microorganismos.

(61) Ponce de León Samuel. Manual de prevención y control de infecciones intrahospitalarias
Pág.16

E) Cambiar las vías intravenosas colocadas en situación de urgencia.

FUNDAMENTO

Es recomendable cambiar las vías intravenosas colocadas en situación de urgencia ya que las condiciones de asepsia pueden haberse transgredido durante la emergencia. (62)

F) Colaborar con el médico para cambiar los apósitos humedecidos de secreción procedente del pie infectado cuantas veces sea necesario.

FUNDAMENTO

Los apósitos húmedos con sangre o secreción establecen un caldo de cultivo para el crecimiento de microorganismos que debe evitarse. (63)

G) Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.

FUNDAMENTO

Los sistemas de drenaje cerrado en las sondas urinarias a permitido disminuir la incidencia de infecciones urinarias.

H) Realizar inspección diaria de todos los dispositivos invasivos para detectar signos de infección.

FUNDAMENTO

La vigilancia estrecha de las áreas de punción nos ayudaran a prevenir infecciones o detectarlas oportunamente evitando complicaciones. (64)

(62) D. Urden Linda. OP CIT. Pág. 536

(63) Ibidem. Pág. 536.

(64) Ibidem. Pág. 403.

EVALUACION:

El paciente se mantuvo sin datos de infección en sitios de punción, la sonda de cateterismo vesical se retiró tres días posteriores a su ingreso. No fue posible enviarla a laboratorio para su cultivo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de conocimientos sobre el cuidado de los pies **relacionado con** la falta de orientación profesional sobre el autocuidado.

OBJETIVO DE ENFERMERIA: Al egreso del hospital el paciente realizará correctamente la higiene de los pies.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Realizar la inspección de los pies.
- Realizar el lavado y secado de pies correctamente.
- Lubricar correctamente los pies.

PLAN DE ENSEÑANZA: Acciones de enfermería

1. Valorar la disposición del paciente para aprender el cuidado de los pies.
2. Explicar la importancia que tiene la inspección periódica y cuidados de los pies, en el paciente diabético.
3. Explicar como y cuales son los cambios que se buscan en la inspección de los pies.
4. Demostrar el correcto lavado y secado de los pies.
5. Demostrar la correcta lubricación de los pies.
6. Explicar el porque no se debe caminar descalzo.
7. Pedir al paciente y familiar realice, la inspección de los pies, lavado, secado y lubricación de los mismos..

EVALUACION

Al egreso del hospital la paciente y su familiar, conocen y han realizado la inspección, lavado, secado y lubricación de los pies, en dos ocasiones ya sin ayuda del personal de enfermería

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Déficit de conocimientos **relacionado con** la falta de información profesional referente a la relación que tiene la dieta y el tabaquismo con las complicaciones de la diabetes mellitus.

PROBLEMA.

Déficit de conocimientos. Estado en que el individuo carece de unos conocimientos o técnicas específicas que afectan la capacidad de mantener la salud.

OBJETIVO DE ENFERMERIA.

Al egreso del hospital el paciente y su familia contarán con información detallada de como combinar los alimentos que consume para obtener una dieta lo mas cercana a sus necesidades nutricionales.

Durante su estancia hospitalaria el paciente y su familia recibirán información sobre los efectos nocivos del habito tabaquico.

PLAN DE ENSEÑANZA: ACCIONES DE ENFERMERIA.

1A Valorar la disposición del paciente y su familiar para aprender a combinar los alimentos.

Fundamento: Una persona aprende de manera mas efectiva cuando

el conocimiento tiene importancia personal, o bien cuando percibe

2A la necesidad de aprender.

Explicar el porque algunos alimentos que consume deben ser excluidos parcial o totalmente de su dieta.

Fundamento: Se debe tener especial cuidado al explicar el porque debe retirarse de la dieta determinado alimento ya que un plan demasiado rígido seguramente irá al fracaso. (65)

3A. Ayudar al paciente en la realización de una lista de alimentos de su preferencia y al alcance de su poder adquisitivo.

Fundamento: Es conveniente ser realista y adaptar la dieta del paciente, dependiendo de su nivel social, cultural y económico, incluyendo hasta donde sean posible los alimentos de su preferencia. (66)

4A. Pedir apoyo al servicio de dietología del hospital para la realización de un "Menú" que incluya los alimentos mencionados por el paciente.

Fundamento: Es importante recordar que la educación del paciente es un objetivo que debe ser realizado por un equipo interdisciplinario y que en este caso podemos recurrir al profesional mas adecuado.

1B. Explicar en forma sencilla los efectos que tiene el cigarrillo sobre los vasos sanguíneos y las complicaciones en el paciente diabético.

2B. Explicar el porque en su caso muy particular debe dejar de fumar lo antes posibles.

3B Recomendar algunas pautas que puedan ayudarle a dejar de fumar.

EVALUACION:

Al egreso del hospital la paciente y su familiar cuentan con conocimientos y un menú escrito que incluye la combinación de alimentos de su preferencia y al alcance de su poder adquisitivo, se muestran interesados en mejorar su alimentación.

Respecto a la información proporcionada sobre los efectos del hábito tabaquico el familiar de la paciente se comprometió a ayudar a su madre a dejar de fumar

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Como ya se ha mencionado durante el desarrollo de este trabajo la educación es parte fundamental en la prevención de las úlceras del pie diabético y aunque se sabe que no existe una fórmula mágica para que el paciente asimile toda la información necesaria para su autocuidado, la simple información de cómo cuidar los pies puede ayudar en gran medida en la prevención de las úlceras del pie diabético, es importante además aclarar que la enfermera no solo debe concretarse a la curación y enseñanza sino que debe saber motivar al paciente y a sus familiares para que se integren a grupos de apoyo donde un grupo de profesionales como el nutriólogo, y el educador en diabetes continuarán con su educación en el autocuidado.

No obstante existen circunstancias especiales donde no es posible contar con un grupo de apoyo, en éstos casos la enfermera y el médico son quienes deben iniciar y mantener un programa elemental de educación para el control y prevención de complicaciones.

En el caso de esta paciente, por la dificultad que tiene para desplazarse y por no contar con un familiar que la acompañe a las reuniones de pacientes diabéticos, se solicitó apoyo al servicio de consulta externa para que se incluyera al programa de visitas domiciliarias que realiza personal médico y de enfermería del hospital, se le proporciono también información escrita de:

Higiene de los pies.

Problemas para reportar al médico.

Además se dió cita abierta en caso de cualquier eventualidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería. Barcelona, España.1989, ED. Doyna, 96 P.
2. Berkow, Roberto M.D. El manual merck de diagnóstico y terapéutica. 9a. Edición, Ed. Océano/ Centrum; España 1994.
3. Brunner y Suddarth. Enfermería médico quirúrgica. Vol. 4, 7a. Edición Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill 1994.
4. D. Urden, Mary E. Lough. Cuidados intensivos en enfermería. 2a. Edición de la obra original, Ed. Harconet Brace de España, España 1998, 567 P.
5. Díaz Argenta, Ricardo "Nuevas perspectivas en el tratamiento del pie diabético", en Rev. Sanid Milit, Vol. 46 Num.4 México D.F. 1992, 122-191, P.
6. Guyton Arthur C. MD., John E. Hall. Fisiología y fisiopatología. 6a. Edición Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México D.F. 1998, 729 P.
7. Garit D. Mulder. Evaluating and Managing, the diabetic foot. Wccn, Wound, Care.
8. Harrison. Principios de medicina interna. 13a. Edición Vol. II, Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill 1995.
9. Klusek Hamilton Helen, Bowen Rose Mannie. Procedimientos de enfermería. 1a. Edición, Ed. Interamericana 1986. 382 P.
10. Lerman Garber Israel. Atención integral del paciente diabético. 1a. Edición Ed. Nueva editorial Interamericana México D.F. 1994. 334 P.
11. Martínez de Jesús Fermín R. Pie diabético atención integral. 1a. Edición, Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana. México D.F. 1994. 161 P.

12. Murray Mary Ellen, D. Atkinson Leslie, Proceso de atención de enfermería. 5a. Edición, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana 1986.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, en la atención primaria a la salud. México D.F. 1994.
14. Odell Potter Diana. Urgencias en enfermería. 1a. Edición Ed. Nueva editorial interamericana. México D.F. 1987, 871 P.
15. Paul L. Marino. El libro de la U.C.I. 2a. Edición Ed. Masson-Williams y Wilkins, Barcelona España 1998 1011 P.
16. Ponce de León Samuel, Et all. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.
17. Rull A. Juan, Zorrilla Eduardo Eduardo, Et all. Diabetes mellitus, complicaciones crónicas. 1a. Edición Ed. Interamericana México D.F. 1992, 379 P.