



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciada en Enfermería

Estudio de Caso:
**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO: ESTUDIO
DE UN CASO CLÍNICO”**

Autora:
Marjorie Celine Garcia Arboleda

Directora de Estudio de Caso:
Lcda. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.

Quevedo – Los Ríos – Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Marjorie Celine Garcia Arboleda**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Marjorie Celine Garcia Arboleda

C.I: 1208451987



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lcda. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Marjorie Celine Garcia Arboleda**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO**”, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Lcda. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.

DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lcda. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.**, mediante el presente cumpla en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO”**, presentado por la estudiante **Marjorie Celine Garcia Arboleda**, egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 91% y similitud 7 %, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

 CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

ESTUDIO DE CASO MARJORIE GARCIA ARBOLEDA(1)

9%
Textos
sospechosos

7%
Similitudes
0% similitudes entre
comillas
0% entre las fuentes
mencionadas
2%
Idiomas no
reconocidos

Nombre del documento: ESTUDIO DE CASO MARJORIE GARCIA ARBOLEDA(1).docx	Depositante: BERTHA ALEJANDRINA VASQUEZ MORAN	Número de palabras: 4862
ID del documento: 385ab16447ea12716b8437a38ffbde58b15fda7a	Fecha de depósito: 10/6/2025	Número de caracteres: 32.540
Tamaño del documento original: 72,54 kB	Tipo de carga: interface	
	fecha de fin de análisis: 10/6/2025	

Lcda. Bertha Alejandrina Vásquez Morán, MSc.

DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO: ESTUDIO
DE UN CASO CLÍNICO”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Maricela Mariana Diaz Soledispa, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Adriana Gissela

Coloma Llango, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ing. Rosa Yolanda

Pallaroso Granizo, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

Agradecida eternamente con Dios por darme el privilegio de tener una madre maravillosa, quien ha sido mi mayor guía y fortaleza en cada paso de mi vida.

Gracias mamá, por tu amor, tu sacrificio y por enseñarme el valor del esfuerzo y dedicación. Cada logro que alcanzo lleva un pedacito de tu esfuerzo y tu inmenso amor. A mi padre, por su esfuerzo y apoyo. A mi padrastro, por su bondad y cariño. A mis hermanos, que, con su amor, compañía y palabras de ánimo, han sido mi refugio y motivación en los momentos que más difíciles. El camino no ha sido sencillo, pero con el amor de mi familia y la guía de Dios, encontré la fortaleza para avanzar.

Quiero expresar también, mi más sincero agradecimiento a todos los docentes que me acompañaron en este recorrido. Sus enseñanzas trascendieron las aulas, dejándome valiosas lecciones no solo académicas, sino también de vida. Gracias por su paciencia, dedicación y por inspirarme a avanzar con confianza hacia mis metas, contribuyendo a mi formación como profesional y como ser humano.

DEDICATORIA

Dedico este logro, con todo mi amor y gratitud, a mi madre, quien ha sido mi mayor pilar y fuente de inspiración, su apoyo incondicional y su amor han sido mi motor en los momentos más difíciles. Mamá, cada sacrificio tuyo ha sido una semilla que hoy da frutos.

RESUMEN

El pie diabético representa una de las complicaciones más complejas de la diabetes mellitus, caracterizada por la presencia de lesiones ulcerativas, infecciones y, en casos severos, amputaciones. Este estudio de caso tiene como finalidad desarrollar planes de atención integral de enfermería para el manejo y tratamiento en paciente con pie diabético. Se empleó una metodología basada en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, permitiendo identificar alteraciones físicas, psicológicas y sociales, fundamentales para el diseño de intervenciones personalizadas. A través del uso de las taxonomías enfermeras NANDA, NIC y NOC, se estructuraron tres diagnósticos principales: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea y autogestión ineficaz de la salud. El paciente, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II de largo tiempo y escasa adherencia al tratamiento, presentó una úlcera avanzada con signos de necrosis e infección activa, que requirió amputación parcial. La evaluación periódica permitió medir la eficacia de las acciones implementadas, evidenciando mejoras en la evolución de la lesión, control del dolor y mayor conocimiento del paciente sobre su enfermedad y cuidados. Los resultados reflejan que la atención de enfermería basada en la planificación sistemática, combinada con un abordaje interdisciplinario, contribuye significativamente a la recuperación clínica del paciente y fortalece su capacidad de autocuidado. Se concluye que el rol de enfermería es determinante para prevenir complicaciones, reducir el riesgo de amputaciones mayores y mejorar la calidad de vida en personas con pie diabético.

Palabras claves: autocuidado, diabetes mellitus, pie diabético.

ABSTRACT

Diabetic foot represents one of the most complex complications of diabetes mellitus, characterized by ulcerative lesions, infections, and, in severe cases, amputations. The purpose of this case study is to develop comprehensive nursing care plans for the management and treatment of patients with diabetic foot. A methodology based on Marjory Gordon's functional pattern assessment was used, allowing for the identification of physical, psychological, and social alterations, which are essential for the design of personalized interventions. Using the NANDA, NIC, and NOC nursing taxonomies, three main diagnoses were structured: acute pain, impaired skin integrity, and ineffective self-management. The patient, with a long-standing history of type II diabetes mellitus and poor treatment adherence, presented with an advanced ulcer with signs of necrosis and active infection, requiring partial amputation. Periodic assessment measured the effectiveness of the implemented actions, demonstrating improvements in the progression of the lesion, pain control, and increased patient knowledge of their disease and care. The results reflect that nursing care based on systematic planning, combined with an interdisciplinary approach, significantly contributes to the patient's clinical recovery and strengthens their self-care capacity. It is concluded that the nursing role is crucial in preventing complications, reducing the risk of major amputations, and improving the quality of life in people with diabetic foot.

Keywords: self-care, diabetes mellitus, diabetic foot.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO.....	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN.....	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	5
3.1 Historia clínica	5
3.2 Valoración Integral de enfermería.....	8
3.3 Plan de cuidados de enfermería	11
3.4. Evaluación	13
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	16
5. CONCLUSIONES.....	18
6. BIBLIOGRAFÍA	19
7. ANEXOS.....	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería

Tabla 3. Plan de cuidados de enfermería

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Hallazgos relevantes de la historia clínica del paciente.

Anexo 2. Clasificación de la lesión según escala de Wagner.

Anexo 3. Escala visual analógica (EVA).

Anexo 4. Intervenciones de enfermería.

Anexo 5. Proceso de la herida.

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO”		
Autor:	Marjorie Celine García Arboleda		
Palabras claves:	autocuidado	diabetes mellitus	pie diabético
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	El pie diabético representa una de las complicaciones más complejas de la diabetes mellitus, caracterizada por la presencia de lesiones ulcerativas, infecciones y, en casos severos, amputaciones. Este estudio de caso tiene como finalidad desarrollar planes de atención integral de enfermería para el manejo y tratamiento en paciente con pie diabético. Se empleó una metodología basada en la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, permitiendo identificar alteraciones físicas, psicológicas y sociales, fundamentales para el diseño de intervenciones personalizadas. A través del uso de las taxonomías enfermeras NANDA, NIC y NOC, se estructuraron tres diagnósticos principales: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea y autogestión ineficaz de la salud. El paciente, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II de largo tiempo y escasa adherencia al tratamiento, presentó una úlcera avanzada con signos de necrosis e infección activa, que requirió amputación parcial. La evaluación periódica permitió medir la eficacia de las acciones implementadas, evidenciando mejorías en la evolución de la lesión, control del dolor y mayor conocimiento del paciente sobre su enfermedad y cuidados. Los resultados reflejan que la atención de enfermería basada en la planificación sistemática, combinada con un abordaje interdisciplinario, contribuye significativamente a la recuperación clínica del paciente y fortalece su capacidad de autocuidado. Se concluye que el rol de enfermería es determinante para prevenir complicaciones, reducir el riesgo de amputaciones mayores y mejorar la calidad de vida en personas con pie diabético.		
Abstract:	Diabetic foot represents one of the most complex complications of diabetes mellitus, characterized by ulcerative lesions, infections, and, in severe cases, amputations. The purpose of this case study is to develop comprehensive nursing care plans for the management and treatment of patients with diabetic foot. A methodology based on Marjory Gordon's functional pattern assessment was used, allowing for the identification of physical, psychological, and social alterations, which are essential for the design of personalized interventions. Using the NANDA, NIC, and NOC nursing taxonomies, three main diagnoses were structured: acute pain, impaired skin integrity, and ineffective self-management. The patient, with a long-standing history of type II diabetes mellitus and poor treatment adherence, presented with an advanced ulcer with signs of necrosis and active infection, requiring partial amputation. Periodic assessment measured the effectiveness of the implemented actions, demonstrating improvements in the progression of the lesion, pain control, and increased patient knowledge of their disease and care. The results reflect that nursing care based on systematic planning, combined with an interdisciplinary approach, significantly contributes to the patient's clinical recovery and strengthens their self-care capacity. It is concluded that the nursing role is crucial in preventing complications, reducing the risk of major amputations, and improving the quality of life in people with diabetic foot.		
Descripción:	37 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

El pie diabético es una complicación crónica y debilitante de la diabetes mellitus, que afecta gravemente la calidad de vida de quienes lo padecen, causando alteraciones funcionales y estructurales de la extremidad (1). La hospitalización de pacientes diabéticos es frecuentemente resultado de complicaciones relacionadas a los pies, tales como úlceras, infecciones o gangrena (2). Las úlceras y las infecciones en los pies son lesiones especialmente problemáticas debido a la alteración en la circulación sanguínea y la sensibilidad que caracteriza a la diabetes, lo que dificulta la cicatrización y aumenta el riesgo de infecciones graves, se han convertido en la principal causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores (3).

A nivel mundial, la prevalencia de diabetes en adultos entre 1990 y 2022 se ha duplicado, pasando del 7 % al 14 %. Actualmente, cerca de 450 millones de personas de 30 años o más padecen esta enfermedad, y más de la mitad de ellas no reciben tratamiento adecuado, lo que representa un desafío significativo para los sistemas de salud, ya que la falta de control y atención oportuna puede derivar en complicaciones graves, como enfermedades cardiovasculares, neuropatías y pie diabético, incrementando la morbilidad y mortalidad a causa de esta enfermedad(4).

América Latina enfrenta varias complicaciones con respecto al tratamiento de la diabetes y otras enfermedades relacionadas a dicha enfermedad, estos se dan como resultado de los factores socioeconómicos donde se establecen, su variedad de culturas y tradiciones y la cantidad limitada de recursos destinada a salud, así como la raza, el cambio en los estilos de vida y el envejecimiento de la población(5). Se estima que 537 millones de adultos de 20 a 79 años viven con Diabetes Mellitus, el 10,5 % de la población mundial en este grupo de edad. Se prevé que el número total de personas con Diabetes Mellitus aumente a 643 millones (11,3 %) para 2030 (6).

En Ecuador según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%, esa proporción va subiendo a partir de los

30 años, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes(7). Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del año 2011. Las provincias con mayor tasa de incidencia son: Santa Elena, Cañar, Manabí, El Oro, los Ríos, Guayas y Azuay, las cuales representan al 80.6% de individuos afectados por diabetes en el país(8). De acuerdo con la OMS, cada 30 segundos se realiza una amputación en algún lugar del mundo debido a la diabetes, con más de 2500 miembros perdidos diariamente, constituyendo esta enfermedad la causa principal de amputaciones no traumáticas en miembros inferiores (más del 60% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores ocurren en personas con diabetes) (9). El pie diabético influye desfavorablemente en la calidad de vida de los pacientes debido a la limitación funcional que produce el proceso de recuperación de las heridas, ya que deben reorganizar su vida en función de su nueva situación (10).

Una de las principales responsabilidades de enfermería en el manejo del pie diabético es la educación del paciente y su familia sobre la importancia de un adecuado control glucémico y cuidado de los pies. Esto incluye enseñar técnicas de autoexamen de los pies, el manejo de calzado adecuado, y la importancia de mantener una buena higiene podal(11). La enfermería proporciona información crucial sobre la prevención de lesiones y la identificación de signos tempranos de complicaciones, lo que puede prevenir la progresión del pie diabético hacia estados más graves. La valoración del paciente es el primer paso del proceso y consiste en la recolección de los datos en forma deliberada y sistemática para determinar su estado de salud(12).

El abordaje integral del pie diabético también implica la colaboración interdisciplinaria y la personalización de las intervenciones para la curación de heridas, áreas en las que la enfermería desempeña un rol central (13). Este enfoque, orientado a mejorar tanto los resultados clínicos como la calidad de vida, refuerza la relevancia de este estudio. En un contexto global y local donde la diabetes sigue aumentando, entender y optimizar las estrategias de cuidado integral es esencial no solo para mitigar las complicaciones, sino también para transformar positivamente las vidas de quienes enfrentan esta diabetes (14).

La enfermería juega un papel crucial en la prevención, detección temprana, manejo y cuidado integral del pie diabético, una complicación grave que puede afectar significativamente la calidad de vida del paciente. Desde la evaluación inicial hasta el seguimiento continuo, los profesionales de enfermería son fundamentales en la identificación de factores de riesgo, la educación del paciente sobre la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento. Además de proporcionar atención directa, enfermería juega un rol clave en la prevención de complicaciones mediante la vigilancia constante del estado del paciente, la aplicación de curaciones avanzadas y el control metabólico. La intervención oportuna permite reducir el riesgo de infecciones, prevenir amputaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta condición. Asimismo, los enfermeros desempeñan una función esencial en la coordinación interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, garantizando un abordaje integral que incluya tanto el tratamiento de la patología como la promoción de hábitos saludables. A través de estrategias educativas, se fomenta el autocuidado, la higiene adecuada, la inspección regular de los pies y la adherencia a tratamientos farmacológicos, aspectos determinantes para evitar la progresión de la enfermedad y reducir la incidencia de complicaciones.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Desarrollar planes de atención integral de enfermería para el manejo y tratamiento en paciente con pie diabético.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar, mediante la valoración de enfermería basada en el modelo de Marjory Gordon, los factores físicos, psíquicos y sociales alterados en el paciente con pie diabético.
- Aplicar planes de cuidado de enfermería en paciente con pie diabético mediante la utilización de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas .en paciente con pie diabético.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente masculino de 63 años acudió al área de emergencia acompañado por su hija, tras presentar un cuadro clínico de dos semanas de evolución, caracterizado por descontrol de su enfermedad asociado a mala adherencia terapéutica, que se manifestó en una úlcera en el dedo pulgar del pie derecho, a la cual no prestó atención y continuó con su rutina diaria.

Al momento de la valoración, el paciente se encontraba orientado en tiempo, espacio y persona, colaborador durante la examinación. Se observó una úlcera y lesión necrótica en la base del dedo, Wagner estadio IV, del pie derecho, con salida de líquido purulento de olor fétido en los espacios interdigitales. Presentó niveles elevados de glicemia, con un valor de 504 miligramos por decilitro, por lo cual el médico indicó aplicar 1000 mililitros de Cloruro de sodio al 0.9% STAT y 10 unidades internacionales (UI) de insulina de rápida acción para estabilizar el cuadro de hiperglucemia; 1 gramo de ceftriaxona más 500 mililitros de amikacina cada 12 horas para controlar la infección; y 30 mililitros de ketorolaco intravenoso cada 8 horas para el dolor.

Entre sus antecedentes patológicos personales, presenta diabetes mellitus tipo II de aproximadamente 22 años, con tratamiento ambulatorio irregular, sin alergias conocidas. Sus antecedentes familiares incluyen diabetes mellitus tipo II en su madre.

Los signos vitales al momento del ingreso fueron: presión arterial 122/80 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 99%, temperatura 36.6 grados centígrados. Con relación a las medidas antropométricas: peso de 58 kilogramos y talla de 1.60 centímetros, dando como resultado un índice de masa corporal (IMC) de 22,7. (Ver anexo 1).

Se ordenaron exámenes de laboratorio y se obtuvieron los siguientes resultados: hematíes 3.77 mm/ μ l, hematocrito 31.1%, hemoglobina 12.20 g/dl, leucocitos 13.97 x 10/ μ l, linfocitos 17.4%, neutrófilos 77.0%, plaquetas 461 mm/ μ l, creatinina 0.90 mg/dl, glucosa 504 mg/dl y urea 16.8 mg/dl. Serología: VIH 1 + 2 no reactivo, VDRL no reactivo.

Tras una evaluación exhaustiva, el equipo médico determinó que la amputación era la opción más viable. Se informó al paciente, quien en pleno goce de sus capacidades mentales aceptó la necesidad de amputación. Se realizó la amputación de la falange distal del primer dedo del pie derecho, manteniendo indicaciones antibióticas y analgésicas (ver anexo 6).

Posteriormente, se indicó pase a sala de hospitalización en el área de infectados, con diagnóstico de diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones circulatorias periféricas.

Signos vitales: presión arterial 110/70 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98% y temperatura 36.7 grados centígrados.

La herida quirúrgica presentaba buen aspecto. Al momento, se observaba poca secreción purulenta en el cuarto dedo. Se realizaron curaciones diarias con solución salina y aplicación de gel hidrocoloide.

Se prescribieron una serie de medicamentos para abordar las necesidades del paciente. Se administró Cloruro de sodio al 0.9% por vía intravenosa a 64 mililitros por hora para mantener la hidratación del paciente. También ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas, amikacina 500 mililitros intravenoso cada 12 horas y metronidazol 500 mililitros intravenoso cada 8 horas para tratar la infección; ketorolaco 30 mililitros intravenoso cada 8 horas y Cloruro de sodio 0.9% 250 mililitros más tramadol 200 mililitros más 20 mililitros de metoclopramida intravenoso a 12 mililitros por hora para el alivio del dolor.

Se indicó la administración de insulina de acción intermedia (NPH), 10 unidades internacionales en la mañana, previa toma del test de glucosa. Además, se

estableció un esquema de insulina de rápida acción en función de los niveles de glicemia capilar. Se administraron 2 unidades internacionales si el paciente presentaba glicemia entre 150 y 200 mg/dl; 4 unidades si presentaba entre 200 y 250 mg/dl; 6 unidades si presentaba entre 250 y 300 mg/dl; 8 unidades si presentaba entre 300 y 350 mg/dl; y 10 unidades internacionales si presentaba niveles superiores a 350 mg/dl.

Durante el periodo de hospitalización del paciente, se le realizaron curaciones dos veces al día bajo estrictas normas de asepsia, con Cloruro de sodio al 0.9% y la aplicación de gel hidrocoloide. Posteriormente, se colocaron apósitos estériles y se procedió al vendaje de la zona afectada, con el objetivo de ofrecer una mayor protección.

Se realizó una evaluación minuciosa del estado de la piel y la cicatrización en cada curación, así como la observación de posibles signos de complicaciones o de mejoría clínica. Gracias a estas intervenciones, sumado a la antibioticoterapia y la adherencia al tratamiento con insulina, se logró un gran avance de la herida quirúrgica. Aunque no se logró una cicatrización completa, se evidenció una notable reducción del tamaño de la lesión, así como una disminución del dolor y los signos de infección, lo que indicó un avance favorable en el proceso de curación.

3.2 Valoración Integral de enfermería

La valoración de enfermería de este paciente fue llevada a cabo siguiendo el enfoque céfalo-caudal, lo que permitió detectar alteraciones físicas en la piel, mucosas y el sistema musculoesquelético.

De acuerdo con la valoración física céfalo-caudal, el paciente se encontraba afebril, activo y orientado en tiempo, espacio y persona, con signos de dolor con puntuación de 7/10 en la escala EVA (ver anexo 3). Presentaba cabeza normocéfala, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, fosas nasales permeables, mucosas levemente secas, agudeza auditiva conservada, facies pálidas, cuello sin adenopatías palpables y con movilidad conservada; tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, abdomen blando, depresible y no doloroso a la palpación. En cuanto a los genitales, la micción se encontraba conservada, sin disuria. Las extremidades superiores mostraron movilidad conservada, simétricas y sin edemas; mientras que en las extremidades inferiores se observó en el primer dedo del pie derecho una úlcera acompañada de líquido purulento, eritema y necrosis en la base del mismo, lo cual dio una puntuación de IV en la escala de Wagner (ver anexo 2), confirmando el avance severo de la lesión. Por ello, se requirió intervención inmediata con la amputación de la falange distal del primer dedo del pie derecho, para evitar la progresión de la herida.

Asimismo, se realizó una valoración integral de enfermería fundamentada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. Esta herramienta permite una comprensión integral del estado de salud del paciente, considerando aspectos físicos, psicológicos y sociales, facilitando una intervención de enfermería efectiva y orientada a sus necesidades particulares.

A la valoración por patrones funcionales se observó que el primer patrón percepción y manejo de la salud, el paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II evidenció una falta de interés en el autocuidado, reflejada en el desconocimiento y descontrol de su enfermedad, lo cual derivó en la aparición de una úlcera diabética. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico y el monitoreo irregular de la glucemia, con valores elevados como 504 mg/dl, fueron determinantes en el

deterioro de su estado. Aunque mantenía una higiene personal adecuada, la carencia de educación sobre su enfermedad comprometió su capacidad para prevenir y manejar complicaciones.

En el patrón nutricional-metabólico, las medidas antropométricas arrojaron un peso de 58 kilogramos y una talla de 1,60 centímetros, resultando en un índice de masa corporal (IMC) de 22,7, dentro de los parámetros normales, sin signos clínicos de desnutrición. Sin embargo, los resultados de laboratorio indicaron una hiperglucemia marcada, con un nivel de glucosa de 504 mg/dl, lo que evidencia una descompensación metabólica. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un control más riguroso de la glucemia y un tratamiento eficaz para la infección, con el fin de mejorar su estado general.

Respecto al patrón de eliminación, no se reportaron alteraciones. El paciente refirió realizar deposiciones diarias sin esfuerzo ni dolor, con micción conservada, sin signos de disuria ni urgencia, y con volumen dentro de los límites normales. Durante la evaluación clínica, no se evidenciaron signos de disfunción renal ni gastrointestinal, lo que permitió confirmar el mantenimiento del equilibrio en sus funciones fisiológicas de eliminación.

En lo relacionado con la actividad y el ejercicio, antes del ingreso hospitalario, el paciente mantenía una rutina diaria activa, pese a la presencia de una infección progresiva en el pie derecho. Durante la hospitalización, su movilidad se vio limitada por dicha infección y por la posterior amputación del primer dedo del pie derecho, lo que generó dificultades para desplazarse.

Dentro del patrón de sueño y descanso, el paciente reportó problemas para conciliar el sueño durante su estancia hospitalaria. Estas dificultades estuvieron relacionadas principalmente con el dolor en la extremidad inferior y con la incomodidad que le genera el entorno hospitalario.

En el patrón cognitivo-perceptual, el paciente se mostró orientado en tiempo, espacio y persona, con un puntaje de 15/15 en la escala de Glasgow. Respondía adecuadamente a los estímulos y comprendía su situación clínica, incluyendo la necesidad de la amputación y el tratamiento instaurado. No obstante, manifestó

dolor localizado en la extremidad inferior derecha, con una intensidad de 7/10 según la escala EVA. Este patrón se consideró alterado, ya que el dolor comprometía su percepción del bienestar, generando molestias persistentes que influían en su calidad de vida.

En cuanto al patrón de autopercepción-autoconcepto, el paciente se mostró consciente de su estado de salud y colaborador en su proceso de recuperación. Sin embargo, la aceptación de la amputación representó un desafío emocional. La dificultad para controlar su diabetes y la aparición de complicaciones como la úlcera contribuyeron a una percepción negativa de sí mismo, generando desánimo al no haber podido manejar su enfermedad de manera más efectiva.

Dentro del patrón de roles y relaciones, el paciente contó con el acompañamiento constante de su hija durante todo el proceso hospitalario. Además, expresó mantener buenas relaciones con sus vecinos y personas de su entorno. No se identificaron alteraciones significativas en su dinámica familiar.

Con respecto al patrón de sexualidad y reproducción, el paciente mencionó estar separado desde hace seis años y no mantener una pareja estable en la actualidad. A pesar de ello, afirmó que su salud no ha afectado su vida sexual, la cual considera satisfactoria y funcional, sin repercusiones negativas en su bienestar emocional relacionado con la sexualidad.

En el patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés, el paciente manifestó preocupación por las posibles complicaciones derivadas de su diabetes. Sin embargo, adoptó una actitud resiliente frente a la hospitalización y aceptó conscientemente la necesidad de la amputación, lo que evidenció una capacidad adecuada para enfrentar situaciones de estrés relacionadas con su salud.

Finalmente, en lo que respecta al patrón de valores y creencias, el paciente expresó ser una persona profundamente creyente, profesando la religión católica. Afirmó que su fe en Dios ha sido un pilar fundamental que le ha permitido afrontar su situación de salud con fortaleza, esperanza y consuelo en los momentos más difíciles.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería

Dolor agudo

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 12. Comodidad física Clase. Comodidad	12.	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00132 dolor agudo m/p Expresión facial de dolor, Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada (EVA: 7) r/c Procedimiento quirúrgico de cirugía (Amputación).		Dominio:	184303	1. Gravemente	Mantener en: 2
		Conocimiento y conducta de salud (IV)	estrategias para controlar el dolor	2. Sustancialmente	Aumentar a: 4
		Clase:		3. Moderadamente	
		Conocimiento sobre la salud (S)		4. Levemente	Mantener en: 2
		1443 conocimiento: manejo del dolor	184306	5. No comprometido	Aumentar a: 4
			Uso correcto de la medicación prescrita		
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Dominio 1: Fisiológico: básico			Clase E: Fomento de la comodidad física		
1400 manejo del dolor					
– Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. – Valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento. – Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. – Fomentar períodos de descanso/sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor. – Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento).					
Dominio 1: Fisiológico: complejo			Clase H: Control de fármacos		
2300 administración de medicación					
– Verificar la receta de medicación antes de administrar el fármaco. – Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos. – Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación. – Observar efectos terapéuticos y posibles efectos adversos. – Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente.					

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería

Deterioro de la integridad cutánea

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio Seguridad/protección	11.	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Clase 2. Lesión física	00046 deterioro de la integridad cutánea	Dominio: Salud fisiológica (II)	110202 secreción purulenta	1. Gravemente	Mantener en: 2
		Clase: Integridad Tisular (L)		2. Sustancialmente	Aumentar a: 3
				3. Moderadamente	
			110312 necrosis	4. Levemente	Mantener en: 2
			1102 curación de la herida: por primera intención	5. No comprometido	Aumentar a: 3
m/p Presencia de herida quirúrgica					
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)					
Dominio 2: Fisiológico: complejo		Clase L: Control de la piel/heridas			
1850 mejorar el sueño					
– Monitorizarlas características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. – Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico según corresponda. – Aplicar una crema adecuada en la piel/sesión según sea necesario. – Mantener una técnica de vendaje estéril a realizar los cuidados de la herida. – Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje. – Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos de cuidados de la herida y los síntomas de infección					
3440 cuidados del sitio de incisión					
– Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración. – Prestar atención a las características de cualquier drenaje. – Vigilar el proceso de curación de la herida.					
Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.					

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3. Plan de cuidados de enfermería

Autogestión ineficaz de la salud

Diagnóstico enfermero (NANDA)		Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 1. Promoción de la salud	1.	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Clase 2. Gestión de la salud	2.	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)	181302 Responsabilidades de autocuidado para el tratamiento	1. Gravemente	Mantener en: 2
00276 autogestión ineficaz de la salud m/p		Clase: Conocimiento sobre la salud (S)	181316 Beneficios del control de la enfermedad	2. Sustancialmente	Aumentar a: 4
		1813 conocimiento : régimen terapéutico		3. Moderadamente	Mantener en: 2
				4. Levemente	Aumentar a: 4
				5. No comprometido	Mantener en: 2
					Aumentar a: 4
Exacerbación de los síntomas de la enfermedad r/c			182012 Importancia de mantener la glucemia dentro del rango objetivo		
Conocimiento inadecuado sobre la enfermedad, autocuidado					

Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)		
Dominio 3: Conductual	Clase o: Terapia conductual	
4480 facilitar la autorresponsabilidad		
– Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del Estado de salud actual.		
– Animar al paciente a que asuma tantas responsabilidades de sus propios autocuidados como sea posible.		
Dominio 2: Fisiológico: complejo	Clase G: control de los electrolitos y	ácido básico.
2120 manejo de la hiperglucemia		
– Administrar insulina según prescripción.		
– Administrar líquidos IV si es preciso.		
– Instruir al paciente y a sus allegados en la prevención, conocimiento y actuación de la hiperglucemia.		
– Fomentar el autocontrol de la glucemia.		
– Ayudar al paciente a interpretar la glucemia		

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

3.4. Evaluación

La evaluación representó una etapa clave en el proceso de atención de enfermería, ya que permitió determinar si los objetivos establecidos al inicio del plan de cuidado se habían cumplido de manera efectiva. Durante esta fase, se revisaron y analizaron detenidamente los resultados obtenidos, con el fin de valorar si las intervenciones realizadas habían sido eficaces o si, por el contrario, era necesario realizar ajustes o modificaciones en las estrategias implementadas para alcanzar los resultados esperados. Esta revisión no solo permitió identificar las áreas en las que se habían logrado los objetivos, sino también aquellas en las que era necesario redirigir o intensificar los cuidados para optimizar los resultados y mejorar el bienestar del paciente.

En relación con el diagnóstico enfermero de “Dolor agudo” (00132), se implementaron intervenciones orientadas al control del dolor derivado del procedimiento quirúrgico (amputación), tales como la administración de analgésicos prescritos, la valoración continua del nivel de dolor y el fomento del descanso adecuado. Estas acciones se enfocaron en alcanzar los resultados planteados en el NOC “Conocimiento: manejo del dolor” (1443), específicamente en los indicadores “estrategias para controlar el dolor” y “uso correcto de la medicación prescrita”, en los cuales el paciente alcanzó una puntuación de 4, correspondiente a un nivel de compromiso leve. Por tanto, se concluye que los resultados establecidos fueron parcialmente alcanzados, evidenciando una evolución positiva en el manejo del dolor postoperatorio. (ver tabla1)

Al aplicar el segundo diagnóstico de enfermería “Deterioro de la integridad cutánea” (00046) que se relaciona con el resultado curación de la herida: por primera intención (1102) la cual se encontraba sustancialmente comprometida, sin embargo al realizar las intervenciones como monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor, limpiar con solución salina fisiológica, vigilar el proceso de curación de la herida, limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada e inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje, Gracias a estas acciones, se observó una reducción en la presencia de secreción purulenta y signos de necrosis, alcanzando una puntuación de 3 en los indicadores evaluados, lo cual refleja una mejoría moderada y un avance favorable en el proceso de cicatrización. (ver tabla 2)

El tercer plan de atención de enfermería fue enfocado en la implementación del plan de cuidados para el diagnóstico de Autogestión ineficaz de la salud (00276) que se relacionó con el resultado conocimiento: régimen terapéutico (1813) influyo en una mejoría significativa en el conocimiento moderado sobre el control de su diabetes y autocuidado del paciente, reflejada en el aumento de la puntuación de los indicadores evaluados. Se observó un incremento en la comprensión sobre las responsabilidades del tratamiento, los beneficios del control de la enfermedad y la importancia de mantener la glucemia dentro del rango objetivo, pasando de un nivel sustancialmente comprometido a levemente comprometido. Las intervenciones aplicadas, como la educación sobre el régimen terapéutico, la administración de insulina y líquidos IV, así como el fomento del autocontrol de la glucemia y animar al paciente a que asuma tantas responsabilidades de sus propios autocuidados como sea posible. contribuyeron a mejorar el entendimiento de la enfermedad y una mayor participación del paciente en su autocuidado. (ver tabla 3)

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

El pie diabético es una complicación crónica de la diabetes mellitus que se caracteriza por la presencia de lesiones, ulceraciones o infecciones en los pies, resultado de neuropatía, enfermedad vascular periférica y alteraciones en la cicatrización.

El manejo del dolor agudo en pacientes con diabetes y complicaciones como el pie diabético es fundamental para su recuperación y calidad de vida. En este estudio de caso, la valoración exhaustiva del dolor y la administración de analgésicos prescritos, junto con la educación sobre medidas complementarias para su alivio, permitieron una notable mejoría en el paciente. Investigaciones como la de Cubas et al. (15), han demostrado que una evaluación continua y un tratamiento analgésico adecuado reducen significativamente la percepción del dolor en pacientes diabéticos. Asimismo, Guillén y Núñez (16) , destacan que la educación sobre el manejo del dolor empodera al paciente y mejora su adherencia al tratamiento. En este caso, la implementación de estas intervenciones favoreció una disminución del dolor y una recuperación más confortable, evidenciando la importancia de un abordaje integral basado en la evaluación clínica y la educación del paciente.

El manejo adecuado de las heridas en pacientes con pie diabético es clave para prevenir complicaciones y favorecer la cicatrización. En este estudio de caso, la monitorización continua de la herida, junto con la limpieza con solución salina fisiológica y antisépticos apropiados, permitió una evolución favorable, reflejada en la erradicación de la secreción purulenta, la reducción del eritema y una cicatrización moderada. Estudios como el de Benavides et al. (17) , han demostrado que una adecuada higiene de la herida y un monitoreo constante reducen significativamente el riesgo de infección y mejoran el proceso de curación. Asimismo, Grinspun y Ont (18), destacan que la inspección frecuente de las heridas en el pie diabético previene complicaciones mayores, como la gangrena y la amputación. En este caso, la implementación de estas intervenciones resultó efectiva para la salud del paciente, evidenciando la importancia del cuidado especializado en la evolución de las heridas diabéticas.

La educación sobre el régimen terapéutico y el fomento del autocuidado son pilares fundamentales en el manejo de la diabetes, especialmente en pacientes con complicaciones como el pie diabético. En este estudio de caso, la administración de insulina y líquidos IV, junto con la educación sobre el control de la glucemia y la promoción de la autogestión, permitieron una mejora significativa en la estabilidad metabólica del paciente. Investigaciones como la de Gonzales et al. (19) destacan que la educación terapéutica y la adherencia al tratamiento reducen el riesgo de descompensaciones y mejoran el pronóstico del paciente diabético. Asimismo, Carnero y Saleme(20), evidencian que el fomento del autocuidado empodera al paciente y disminuye la incidencia de complicaciones. En este caso, la participación activa del paciente en su tratamiento contribuyó a su mejoría, reafirmando la importancia de intervenciones educativas y del apoyo continuo para optimizar la autogestión de la enfermedad.

5. CONCLUSIONES

La valoración exhaustiva realizada por el equipo de enfermería, mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, permitió identificar de manera precisa los factores de riesgo asociados al pie diabético. Este enfoque destacó la importancia de un diagnóstico temprano y una gestión adecuada, fundamentales para prevenir complicaciones graves. El análisis de los signos y síntomas específicos del paciente facilitó la aplicación de intervenciones personalizadas, orientadas a sus necesidades individuales, lo que garantizó un monitoreo continuo y una atención más efectiva durante su proceso de recuperación.

Se diseñaron y ejecutaron planes de cuidado individualizados sustentados en las taxonomías enfermeras estandarizadas NANDA, NIC y NOC. Estos planes permitieron brindar una atención sistemática, coherente y centrada en las necesidades del paciente. La aplicación integral del plan de cuidados incluyó el manejo adecuado de la herida, el control del dolor y una educación continua enfocada en el autocuidado. Esta planificación no solo permitió optimizar su estado de salud, sino también favoreció una atención integral y mejoró el pronóstico del paciente, promoviendo la recuperación y el fortalecimiento de su autocuidado.

Finalmente, la evaluación continua del paciente durante la hospitalización permitió valorar el impacto de los procedimientos implementados. Se evidenció la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas en el caso de estudio. Se observó un notable progreso en la recuperación del paciente, reflejada en la mejoría de la integridad cutánea en la zona afectada, con un avance en la cicatrización de la herida, así como también en la adquisición de conocimientos sobre su enfermedad, la reducción del riesgo de complicaciones futuras y el fortalecimiento de su adherencia al tratamiento, garantizando así un impacto positivo en la calidad de vida del paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez FDA, Valdiviezo MAJ, Del Cisne Rios Criollo K, Araujo GPM, Allauca DST, Laverde KAR, et al. Diabetic foot. Update in diagnosis and treatment. Literature review. Vol. 75, Angiologia. ARAN Ediciones S.L; 2023. p. 242–58.
2. Herrero Domínguez E, Areosa A, Rumbo Prieto L, María J. TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN DE PRÁCTICA ENFERMERA BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL ABORDAJE DEL PIE DIABÉTICO Alumna. 2022.
3. Navarro ET, Marcos T, Marcos FM, Romero De Avila JM, Juan P, López T. Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético Prevention of diabetic foot amputations This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. 2:235–65.
4. Angulo Hurtado JM, López Gamboa Y. Educación en salud en la prevención del pie diabético en adultos mayores en la comunidad sabanilla. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023 Jul 14;4(2).
5. Correa Muñiz LS, Ruiz Polit PA, Campoverde Espinoza RA. Morbimortalidad por neumonía comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2 con ventilación mecánica. RECIMUNDO. 2023 Jun 29;7(2):4–18.
6. Zavala-Hoppe AN, Suárez-Saá NN, Ureta-Guerrero JM, Villacreses-Cordova LM. Epidemiología y medidas de prevención de la diabetes gestacional en Latinoamérica y Europa. MQRInvestigar. 2024 Feb 8;8(1):1390–408.
7. Gomezcoello Vásquez V, Caza M, Jácome Sánchez E. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS Y SUS COMPLICACIONES EN ADULTOS MAYORES EN UN CENTRO DE REFERENCIA. Revista Medica Vozandes. 2021 Jan 4;31(2):49–55.
8. Maricela Vuele Duma D. RISK LEVEL OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN THE MOTUPE UNIVERSITY HEALTH CENTER OF THE CITY OF LOJA [Internet]. Vol. 7. Abril-Junio; 2022. Available from: <https://orcid.org/0000-0003-4867-1308>,
9. Ávila González Z, López Peña Y. Abordando la diabetes mellitus: estrategias de prevención desde la evidencia científica actual. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023 Nov 24;4(5).
10. Mendoza Zambrano SK, Verá Lecaro AC, Magallanes Vera NC, Magallanes Vera YA. Riesgo a largo plazo de niños con diabetes tipo 2. RECIAMUC. 2022 Jan 23;6(1):443–50.

11. Muñoz Mirabá El, Muñoz Muñoz MM, Muñoz Reyes SG, Mateo Reyes CJ. Modelo de Gestión Educativa basado en el liderazgo transformacional para mejorar el desempeño docente. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023 May 4;7(2):4749–67.
12. Aríztegui Echenique AM, San Martín Rodríguez L, Marín Fernández B. Effectiveness of nursing interventions in the control of type 2 diabetes mellitus. *An Sist Sanit Navar*. 2020;43(2):159–67.
13. Camader Vasquez YS, Patiño Ipanaqué CD, Apaza Paredes MN. Proceso de cuidado enfermero en persona con diabetes mellitus. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*. 2022 Aug 30;2(2):293–304.
14. Cubero Alpízar CM, Rojas Valenciano L. Intervenciones de enfermería para mejorar la calidad de vida de las personas con pie diabético. *Journal Health NPEPS*. 2018;3(2):566–82.
15. Cubas WS, Briceño-Alvarado M, Tipacti-Rodríguez F. Pie diabético en los tiempos del Covid-19. *Revista Médica Herediana*. 2021 Jan 8;31(4):283–4.
16. Guillén-Núñez MDR, Araujo-Navarrete ME, Duarte-Vega M, Fonseca-Soliz DI, Hernández-Porras BC, Lara-Solares A, et al. Rational management of the diabetic neuropathies: a multidisciplinary expert group consensus. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2023 Jul 1;46(3):184–90.
17. Benavides A, Carrasco B, Chávez C, Garrido V, Orellana MJ, Pozo A. Intervención de enfermería: educación en cuidados del pie diabético. *Revista Confluencia [Internet]*. 2020 Jul 31;2(1):100–4. Available from: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/510>
18. Grinspun D, Ont O. Saludos de Doris Grinspun Directora ejecutiva, Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario).
19. González-Wong C, Fuentes-Barría H, Aguilera-Eguía R. Insulinoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Una revisión narrativa. *Enfermería Universitaria*. 2022 Sep 23;18(3):368–81.
20. Carnero R, Saleme A, Lequi L, Dain A, Soto Campos F, Sosa L, et al. No 1 Suplemento Recomendaciones de los Comités de Trabajo Enero-abril de 2024: 33-41 *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes Año*. 2024;58:33–41.

7. ANEXOS

Anexo 1. Hallazgos relevantes de la historia clínica del paciente.

HALLAZGOS DE LA HISTORIA CLÍNICA		
DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE		
EDAD	63 AÑOS	
SEXO	MASCULINO	
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
PESO	58	
TALLA	1.60	
INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	22,7	
HAGAZGOS CLINICOS RELEVANTES		
FECHA	TIPO DE ANALISIS	RESULTADOS
30/12/2024	Análisis clínico	Hematíes 3.77 mm/ul. Hematocrito 31.1%. Hemoglobina 12.20 g/dl. Leucocitos 13.97 x 10/ul. Linfocitos 17.4%. Neutrófilos 77.0%. Plaquetas 461 mm/ul. Creatinina 0.90 mg/dl. Glucosa 504 mg/dl. Urea 16.8 mg/dl. HIV 1 + 2 no reactivo. VDRL no reactivo.
REGISTRO DE CONSTANTES VITALES		
CONSTANTE		RESULTADO
Presión arterial:		122/80 mmHg.
Frecuencia cardíaca:		96 Lpm.
Frecuencia respiratoria:		18 Rpm.
Saturación de oxígeno:		99%.
Temperatura:		36.6°C.

MEDICACIÓN		
NOMBRE	DOSIFICACIÓN / VIA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA
Solución salina 0.9%	1000ml, IV	64 ml/hora
Ceftriaxona	1Gramo, IV	Cada 12 horas
Amikacina	500mg, IV	Cada 12 horas
Insulina rápida	150´-200 2UI 201-251 4UI 251-300 6UI 301-350 8UI 350> 10UI	STAT
Metronidazol	500mg, IV	Cada 8 horas
Ketorolaco	30 miligramos, IV	Cada 8 horas
Cloruro de sodio 0.9% +Tramadol +Metoclopramida	250 miligramos 200 miligramos 20 miligramos, IV	12ml/hora
Insulina NPH	10 UI	En la mañana

Anexo 2. Clasificación de la lesión según escala de Wagner.

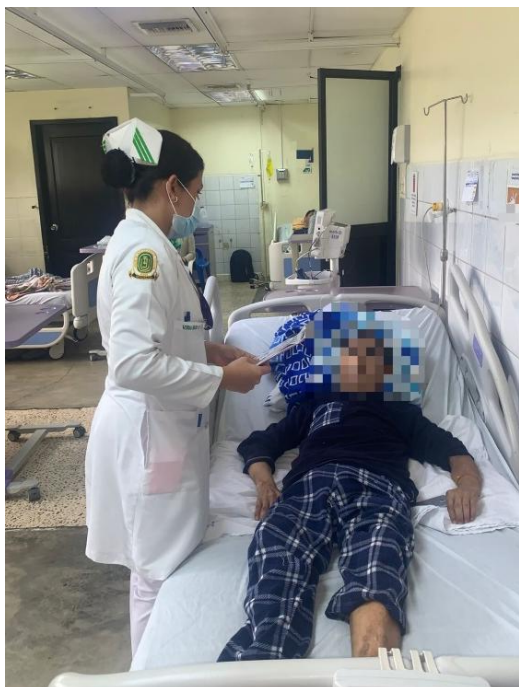
GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICA
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, dedos de garra, deformidades óseas.
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel.
II	Úlceras profundas	Penetra piel grasa, ligamentos. Pero sin afectar el hueso.
III	Úlceras profundas más abscesos	Extensa y profunda, mal olor, salida de secreción.
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie, de los dedos, talón o planta.
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

Anexo 3. Escala visual analógica (EVA).



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 a 3 Dolor leve			4 a 6 dolor moderado			mayor a 6 dolor severo			

Anexo 4. Intervenciones de enfermería.



Anexo 5. Proceso de la herida.

