



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:

**"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICA
CON ÚLCERA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO"**

Autora:

Jennifer Estefania Santana Orellana

Directora de Estudio de Caso:

Lic. Yulitza Geomara Villamar Torres, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2025



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Jennifer Estefania Santana Orellana**, 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.



Firmado electrónicamente por:
**JENNIFER ESTEFANIA
SANTANA ORELLANA**

Validar únicamente con FirmaEC

Jennifer Estefania Santana Orellana

C.I: 0504508714



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lic. Yulitza Geomara Villamar Torres, MSc**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que la estudiante **Jennifer Estefania Santana Orellana** realizó el Estudio de Caso de grado titulado **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICA CON ÚLCERA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO"**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Lic. Yulitza Geomara Villamar Torres, MSc
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



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

La suscrita, **Lic. Yulitza Geomara Villamar Torres, MSc**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICA CON ÚLCERA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO"**, presentado por la estudiante **Jennifer Estefania Santana Orellana**, 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 90% y similitud 10%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que la estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

**INFORME DE ANÁLISIS**
magister

SANTANA ORELLANA JENNIFER
(1)

10%
Textos
sospechosos

8% Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes
mencionadas
2% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: SANTANA ORELLANA JENNIFER (1).docx
ID del documento: 16393ed42dc48145dc5f7390f97ef4186bb03c2c
Tamaño del documento original: 70,39 kB

Depositante: YULITZA GEOMARA VILLAMAR TORRES
Fecha de depósito: 20/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 20/5/2025

Número de palabras: 5795
Número de caracteres: 38.570

Lic. Yulitza Geomara Villamar Torres, MSc
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



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

ESTUDIO DE CASO

Título:

**"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICA
CON ÚLCERA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO"**

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

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Lic. Mariela del Pilar

Bedoya Paucar, MSc

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Sonia Isabel

Pacheco Correa, MSc

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Vilma Rocío

Quijije Chávez, MSc

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR

2025

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han sido pilares fundamentales en la culminación de este estudio de caso.

En primer lugar, a Dios por darme la sabiduría y la guía en este camino, a mis padres, cuyo amor incondicional y apoyo constante han sido el pilar sobre el que he construido mi carrera. Su confianza en mí y sus sacrificios han sido esenciales para alcanzar este logro.

A mi esposo, por su amor infinito, comprensión y apoyo incondicional han sido importantes en cada etapa de este proceso. Ha sido mi fuente de fortaleza y motivación desde muy jóvenes.

A mi hermosa hija, cuya alegría y amor han iluminado mi camino. Su presencia en mi vida ha sido una fuente inagotable de inspiración y un recordatorio constante de la importancia de seguir adelante con mis sueños, para brindarle un futuro mejor.

A mis amigas que hice en el transcurso de la carrera; su amistad, ánimo y los buenos momentos han hecho que este viaje académico sea más llevadero y enriquecedor.

Finalmente, a mi directora de estudio de caso, por su guía, dedicación y paciencia. Su apoyo y asesoramiento han sido fundamentales para el desarrollo y culminación de esta investigación. Aprecio profundamente el compromiso y las valiosas enseñanzas brindadas a lo largo de este proceso.

Jennifer Estefania Santana Orellana

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por darme la fortaleza y la calma durante todo este proceso permitiéndome llegar hasta este momento. También a mis padres, quienes siempre me han apoyado en mi realización personal y profesional, quienes han hecho su mayor esfuerzo siempre para llevar con éxito mi carrera y que a pesar de las dificultades de la vida me mostraron su apoyo y amor infinito, me han dejado la mejor herencia que una hija puede tener.

A mi esposo, quien desde muy jóvenes me ha incentivado a luchar por mis sueños, y hoy haberlos cumplido me llena de alegría y orgullo, al saber que seguimos juntos y ambos profesionales continuando este largo camino.

A mi pequeña hija, quien ha sido el motor que me ha impulsado a seguir adelante, cada paso en este camino ha sido guiado por el deseo de ofrecerle un futuro lleno de oportunidades y amor. Eres el mayor regalo de mi vida y la razón por la que siempre seguiré persiguiendo mis sueños.

Jennifer Estefania Santana Orellana

RESUMEN

La úlcera en miembro inferior o denominado comúnmente como pie diabético, se caracteriza por ser una lesión, infección y destrucción de los tejidos profundos en pacientes con diabetes mellitus, es una de las diversas complicaciones debido a esta patología. Estas lesiones son el resultado de una neuropatía periférica, daño vascular y factores predisponentes como la deformidad en las estructuras de la extremidad inferior. Por ello este estudio de caso tuvo la finalidad de analizar el proceso de atención de enfermería en paciente geriátrica con úlcera en miembro inferior derecho a través de la revisión documental del historial médico para la formulación de un plan de cuidados integral. Por lo cual se presentó un caso clínico de una paciente geriátrica de sexo femenino de 70 años con antecedentes patológicos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, que acudió al área de Emergencia debido a que presentó una úlcera necrótica en cara plantar localizada en la zona medial del talón derecho con una evolución de dos meses, se presentaba edematizada, con secreción purulenta y olor fétido. Para determinar los cuidados de enfermería prioritarios, se realizó la valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon y adicional se utilizó las taxonomías Nanda, Noc y Nic respectivamente. El plan de cuidados de enfermería diseñado minuciosamente, tuvo como finalidad ser aplicado en casos clínicos similares, de esta manera poder lograr un proceso de cicatrización exitoso y una reincorporación temprana a las actividades cotidianas del paciente. En conclusión, todos aquellos problemas de salud identificados a través de la valoración, fueron de ayuda para el diseño de un buen plan de cuidados que pueda responder adecuadamente a sus necesidades.

Palabras claves: diabetes mellitus, intervenciones, úlcera necrótica

ABSTRACT

The ulcer in lower limb or commonly known as diabetic foot, is characterized as a lesion, infection and destruction of deep tissues in patients with diabetes mellitus, is one of the various complications due to this pathology. These lesions are the result of peripheral neuropathy, vascular damage and predisposing factors such as deformity in the structures of the lower extremity. Therefore, the purpose of this case study was to analyze the nursing care process in a geriatric patient with ulcer in the right lower limb through a documentary review of the medical history for the formulation of a comprehensive care plan. Therefore, a clinical case was presented of a 70 years female geriatric patient with a pathological history of diabetes mellitus, arterial hypertension, who went to the emergency area because she presented a necrotic ulcer on the plantar aspect located in the medial area of the right heel with an evolution of two months, it was edematous, with purulent secretion and foul odor. To determine the priority nursing care, the assessment was carried out according to Marjory Gordon's functional patterns and the Nanda, Noc and Nic taxonomies were used, respectively. The carefully designed nursing care plan is intended to be applied in similar clinical cases in order to achieve a successful healing process and an early return to the patient's daily activities. In conclusion, all those health problems identified through the assessment were helpful for the design of a good care plan that can adequately respond to their needs.

Keywords: diabetes mellitus, interventions, necrotic ulcer

TABLA DE CONTENIDO

CUBIERTA (PASTA) Y PORTADA.....	i
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	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
TABLA DE CONTENIDO.....	x
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	10
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	16
5. CONCLUSIONES	19
6. BIBLIOGRAFÍA	20
7. ANEXOS	2

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Resultados de exámenes de laboratorio al ingreso

Anexo 2. Resultados de uroanálisis y cultivo de secreciones de herida

Anexo 3. Resultados de exámenes de laboratorio al egreso

Anexo 4. Valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GERIÁTRICA CON ÚLCERA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO"		
Autor:	Jennifer Estefania Santana Orellana		
Palabras claves:	diabetes mellitus	intervenciones	úlceras necróticas
Fecha de publicación:			
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2025		
Resumen:	La úlcera en miembro inferior o denominado comúnmente como pie diabético, se caracteriza por ser una lesión, infección y destrucción de los tejidos profundos en pacientes con diabetes mellitus, es una de las diversas complicaciones debido a esta patología. Estas lesiones son el resultado de una neuropatía periférica, daño vascular y factores predisponentes como la deformidad en las estructuras de la extremidad inferior. Por ello este estudio de caso tuvo la finalidad de analizar el proceso de atención de enfermería en paciente geriátrica con úlcera en miembro inferior derecho a través de la revisión documental del historial médico para la formulación de un plan de cuidados integral. Por lo cual se presentó un caso clínico de una paciente geriátrica de sexo femenino de 70 años con antecedentes patológicos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, que acudió al área de Emergencia debido a que presentó una úlcera necrótica en cara plantar localizada en la zona medial del talón derecho con una evolución de dos meses, se presentaba edematizada, con secreción purulenta y olor fétido. Para determinar los cuidados de enfermería prioritarios, se realizó la valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon y adicional se utilizó las taxonomías Nanda, Noc y Nic respectivamente. El plan de cuidados de enfermería diseñado minuciosamente, tuvo como finalidad ser aplicado en casos clínicos similares, de esta manera poder lograr un proceso de cicatrización exitoso y una reincorporación temprana a las actividades cotidianas del paciente. En conclusión, todos aquellos problemas de salud identificados a través de la valoración, fueron de ayuda para el diseño de un buen plan de cuidados que pueda responder adecuadamente a sus necesidades.		
Abstract:	The ulcer in lower limb or commonly known as diabetic foot, is characterized as a lesion, infection and destruction of deep tissues in patients with diabetes mellitus, is one of the various complications due to this pathology. These lesions are the result of peripheral neuropathy, vascular damage and predisposing factors such as deformity in the structures of the lower extremity. Therefore, the purpose of this case study was to analyze the nursing care process in a geriatric patient with ulcer in the right lower limb through a documentary review of the medical history for the formulation of a comprehensive care plan. Therefore, a clinical case was presented of a 70 years female geriatric patient with a pathological history of diabetes mellitus, arterial hypertension, who went to the emergency area because she presented a necrotic ulcer on the plantar aspect located in the medial area of the right heel with an evolution of two months, it was edematous, with purulent secretion and foul odor. To determine the priority nursing care, the assessment was carried out according to Marjory Gordon's functional patterns and the Nanda, Noc and Nic taxonomies were used, respectively. The carefully designed nursing care plan is intended to be applied in similar clinical cases in order to achieve a successful healing process and an early return to the patient's daily activities. In conclusion, all those health problems identified through the assessment were helpful for the design of a good care plan that can adequately respond to their needs.		
Descripción:	48 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162		
URL:			

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es una patología metabólica que se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre, es provocada por el uso ineficaz de la insulina por parte del organismo o la incapacidad del páncreas para producir suficiente insulina (1). A nivel global, existen aproximadamente 422 millones de casos de diabetes mellitus, en América Latina estas cifras oscilan a 62 millones, se estima que 244.084 personas mueren con esta patología en la región, y 1,5 millones en todo el mundo cada año (2).

Es considerada como una enfermedad progresiva en la que el riesgo de infarto de miocardio, enfermedad cerebrovascular, eventos microvasculares, formación de úlceras y la mortalidad están estrechamente relacionadas con un mal manejo de la diabetes (3).

Una de las complicaciones más comunes de la diabetes mellitus debido a un mal manejo de la enfermedad es la aparición de úlceras en miembros inferiores o denominado también pie diabético, esta es una afección compleja en la que se desarrollan lesiones, ulceraciones, que pueden progresar en casos más graves a una gangrena y a una amputación de la extremidad; están caracterizadas por una curación lenta, resistencia a las terapias convencionales y limitaciones en las actividades diarias, lo que contribuye a los problemas sociales, psicológicos y económicos (4). Se estima que alrededor del 25% de las personas que padecen diabetes experimentarán en algún momento de su vida una úlcera en el pie (5).

La Federación Internacional de Diabetes estima que entre 40 y 60 millones de personas en el mundo se ven afectadas por las úlceras por diabetes, lo que representa un notable incremento en comparación con las estimaciones de 2015, que rondaban entre 9 y 26 millones. En América del Norte, se presenta la mayor prevalencia de esta condición, alcanzando un 13% (6). Por otro lado, en México, la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino reveló un aumento en la prevalencia del pie diabético, que ahora se sitúa en un 9.1% (7).

En el Ecuador, constituye una de las diez principales causas de muerte y la principal causa de amputaciones según el Instituto Nacional de Estadísticas y

Censos (INEC), afecta aproximadamente al 15% de los pacientes con diabetes. Las provincias que presentan una mayor tasa de incidencia de diabetes son Santa Elena, Cañar, Manabí, El Oro, Los Ríos, Guayas y Azuay, las cuales, en conjunto, abarcan el 80. 6% de las personas afectadas por esta enfermedad (8).

Guerrero realizó una investigación en el año 2020, en el que destaca que los principales factores de riesgo para desarrollar úlceras son deformidades del pie con o sin lesiones cutáneas u óseas, tabaquismo, mala higiene del pie, edad, progresión de la diabetes de hasta más de 10 años, amputación o herida previa, diagnóstico de enfermedades vasculares periféricas, neuropatía periférica, movilidad articular reducida y control metabólico deficiente (9).

Según Calles y otros autores, mencionan en su artículo científico que el pie diabético es una de las principales causas de complicaciones y hospitalizaciones en personas con diabetes, lo que puede provocar una discapacidad física importante y una reducción de la calidad de vida (10).

La población que presenta un control deficiente de la diabetes es particularmente propensa a desarrollar úlceras crónicas e infecciones en heridas. Por esta razón, requieren de una educación médica que los sensibilice sobre su enfermedad y los cuidados necesarios que deben incorporar en su vida diaria. Esto incluye revisar con regularidad la planta de los pies en busca de lesiones tempranas, usar calzado adecuado para prevenir deformidades, y mantener la piel limpia e hidratada, entre otros cuidados esenciales (5).

En otro estudio realizado por Sanunga, en un paciente de 60 años diagnosticado con pie diabético en la ciudad de Babahoyo se aplicó el proceso de atención de enfermería en el cual se evidenció la importancia de la cooperación del paciente en su recuperación y del enfermero, pues sin la cooperación de ambas partes el resultado no será óptimo y pueden presentarse complicaciones al no cumplir correctamente con el tratamiento terapéutico (11). Por ello se destaca además lo fundamental que es brindar apoyo psicológico y emocional, aplicando la empatía para que de esta manera el paciente estreche lazos de confianza con el personal de salud y este preste a colaborar con los cuidados establecidos.

Según Lastra y otros autores, en su investigación demostraron que los pacientes con úlcera tenían un riesgo de muerte 2,5 veces mayor en comparación con los

pacientes diabéticos sin úlceras. Las úlceras en miembros inferiores pueden afectar negativamente la calidad de vida del paciente debido a la movilidad reducida, lo que resulta en una capacidad disminuida para realizar las actividades diarias y una mayor dependencia de los demás (12).

A través de este estudio de caso, se busca destacar la importancia de una atención de enfermería integral y personalizada, basada en la evidencia científica y adaptada a las necesidades únicas de cada paciente, por ello este estudio tuvo la finalidad de analizar el proceso de atención de enfermería en una paciente geriátrica diabética con úlcera de miembro inferior derecho.

Es importante continuar investigando sobre este tema debido a su alta prevalencia entre personas con diabetes y su impacto significativo en la calidad de vida, los costos de tratamiento y las tasas de amputación. La investigación puede conducir a avances en diagnósticos tempranos, tratamientos más efectivos y medidas preventivas mejoradas, ofreciendo la posibilidad de reducir complicaciones graves, mejorar el manejo clínico y educativo, y optimizar los recursos de salud pública.

El personal de enfermería es uno de los colectivos sanitarios más implicados en la atención directa al paciente. En esta enfermedad en particular, la identificación de riesgos y la educación desempeñan un papel fundamental, ya que todas las complicaciones se pueden prevenir. Los cuidados actualizados de una úlcera son un aspecto clave para la prevención y la atención continua adecuada.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar el proceso de atención de enfermería en paciente geriátrica con úlcera en miembro inferior derecho a través de la revisión documental del historial médico para la formulación de un plan de cuidados integral.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar la condición de salud de la paciente a través de la revisión de la historia clínica.
- Identificar los problemas de salud reales mediante los patrones funcionales de la teorizante de Marjory Gordon.
- Diseñar un plan de cuidados de enfermería individualizado de acuerdo a los patrones disfuncionales identificados.

2. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente geriátrica de sexo femenino de 70 años, acudió al área de Emergencia acompañada de su hija por presentar úlcera en miembro inferior derecho de dos meses de evolución como complicación de la diabetes mellitus debido a una mala adherencia terapéutica y un deficiente manejo de su patología. Presentó úlcera necrótica en cara plantar localizada en la zona medial del talón, edematizado con colección purulenta y olor fétido. Médico solicitó exámenes de laboratorio, al revisarlos se observó una leucocitosis con neutrofilia, además de valores glicémicos altos de 238 mg/dl, por ello el personal de salud decidió su ingreso para manejo y tratamiento hospitalario. Como antecedentes patológicos personales presentó diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, sin antecedentes quirúrgicos, con respecto a los antecedentes patológicos familiares su madre padeció de hipertensión arterial; por último, tenía antecedentes alérgicos al medicamento Tramadol. No refirió tener hábitos tóxicos.

A su ingreso, el personal de enfermería realizó el control de signos vitales, los cuales se presentaron de la siguiente manera: presión arterial en 160/80 mmHg, temperatura en 36,4 °C, una frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 97% y además una prueba de glucemia capilar dando un resultado de 238 mg/dl. Presentaba las siguientes medidas antropométricas, peso de 60 kg, una talla de 1,55 cm, dando como resultado una IMC de 25 kg/m².

En referencia al examen físico, la paciente presentó un Glasgow de 15/15, cabeza normocéfala, pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosa nasal húmeda, mucosa bucal semihúmeda, cuello simétrico y sin adenopatías, extremidades superiores simétricas sin edemas y pulsos distales presentes, tórax simétrico, expandible, campos pulmonares ventilados sin ruidos agregados, ruidos cardíacos rítmicos, abdomen blando, depresible sin distensión abdominal ni signos apendiculares, columna vertebral móvil y sin limitación funcional, extremidades inferiores simétricas, pulsos distales presentes, presencia de úlcera necrótica en miembro inferior derecho en cara plantar localizada en la

zona medial del talón, se observó edematizado con colección purulenta, con olor fétido. Genitales sin anomalías, con diuresis espontánea.

Por lo cual, al final de la valoración el médico estableció que el diagnóstico definitivo era una úlcera de miembro inferior con una clasificación de Texas IIB.

Desde el día en que la paciente ingresó a la unidad hospitalaria, tuvo un seguimiento cronológico de su estado de salud

El primer día de su ingreso, la paciente se mostró álgica, pero hemodinámicamente estable, adicional el médico ordenó la realización de exámenes de laboratorio, en los resultados se evidenció una leucocitosis de $31.43 \times 10^3/\text{ul}$, una neutrofilia de 88.4%. Además, una glucemia capilar de 238 mg/dl (Ver anexo 1). Médico de turno realizó la curación y desbridamiento de la lesión, en donde recogió muestras de la herida para un cultivo de herida y antibiograma. El tratamiento prescrito consistió: Cloruro de Sodio al 0,9% a 50ml/h, Losartán potásico 100 mg por vía oral cada día, Insulina cristalina 4 UI subcutánea Stat, Omeprazol 40 mg intravenoso cada día, Ciprofloxacino 500 mg intravenoso cada 12 horas, Ketorolaco 30 mg intravenoso cada día, Paracetamol 1g intravenoso cada 8 horas.

Al tercer día, médico de turno realizó la revisión de los resultados del cultivo de herida en el cual el microorganismo aislado fue *Staphylococcus haemolyticus*, según el método Biggy negativo para *Cándida*, acompañado de su antibiograma con los medicamentos antimicrobianos aptos para este patógeno (Ver anexo 2). Con los resultados, el médico prescribió el tratamiento que consistió en: Cloruro de sodio al 0.9% a 30 gotas por minuto, Ampicilina + Sulbactam 3 gramos cada 12 horas, Piperacilina/Tazobactam 2,25 g intravenoso cada 6 horas, Ketorolaco 30 mg intravenoso cada día, Omeprazol 40 mg intravenoso cada día, Paracetamol 1g intravenoso cada 8 horas, Losartán potásico 100 mg vía oral cada día, Enoxaparina 20 mg subcutáneo cada día, Eritropoyetina 4000 UI subcutánea lunes, miércoles y viernes. Como medidas generales: control de signos vitales y glicemia capilar, cambios de posición y dieta hiposódica e hipohidrocarbonada.

Al sexto día, la paciente fue trasladada al área de Cirugía Vascular donde el médico vascular realizó limpieza quirúrgica, evacuando secreción seropurulenta

de la lesión ulcerosa y desbridamiento del tejido necrosado. El especialista sugirió cambio de antibiótico a Meropenem 1 g intravenoso cada 12 horas y suspensión de Piperacilina/Tazobactam, por la severidad de la lesión que poseía la paciente.

En el onceavo día, la paciente siguió con su cobertura antibiótica pautada por Cirugía Vascular y por medicina interna. Según reporte médico la paciente fue teniendo una evolución favorable. La presión arterial se mantuvo en 140/80 mmHg y una glicemia capilar de 114 mg/dl.

Al cabo de 16 días, la paciente continuó con su curación de la lesión ulcerosa con las adecuadas medidas antisépticas. Mantuvo valores de glicemia capilar de 117 mg/dl. El tratamiento prescrito por médico: Paracetamol 1g vía oral cada 8 horas, Losartan 100 mg vía oral cada día, Enoxaparina 20 mg subcutáneo cada día, Meropenem 1 g intravenoso cada 12 horas, Eritropoyetina 4000 UI subcutánea (lunes, miércoles y viernes). Paciente continuó con cuidados de enfermería correspondientes, manteniendo una mejor evolución y buen pronóstico.

Al siguiente día, médico indicó exámenes de laboratorio para considerar una posible alta médica, en la cual se evidenciaron resultados satisfactorios, los leucocitos disminuyeron a $6.26 \times 10^3/\mu\text{l}$ y los neutrófilos a un 60.5% (Ver anexo 3).

Finalmente, después de 18 días de ingreso hospitalario, la úlcera indicó un grado de mejoría óptimo, con presencia de tejido de granulación, sin signos de infección e inflamación. Con un valor de glucemia capilar de 95 mg/dl. Debido a ello, el médico indicó el alta hospitalaria. Las recomendaciones prescritas incluyeron medidas como: un mejor control de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, adecuada adherencia al tratamiento terapéutico, inspección de los pies constantemente, asistencia a las curaciones hasta que la úlcera cicatrice completamente. El tratamiento farmacológico en casa consistió: Ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 10 días, Clindamicina 300 mg vía oral cada día por 10 días, Paracetamol 500 mg vía oral cada día, Complejo B vía oral, Ácido fólico 5mg vía oral, Omeprazol 20 mg vía oral cada día, Losartan 100 mg vía oral cada día.

3.2 Valoración Integral de enfermería

En base a la revisión de la historia clínica de la paciente se realizó la valoración cefalocaudal pertinente, en la cual se evidenció lo siguiente: cabeza normocefálica, sin presencia de deformidades ni lesiones sobreagregadas, ojos simétricos, isocóricas, normo reactivas, movimientos oculares conservados y disminución de agudeza visual, oídos con pabellón auricular normal y con normal agudeza auditiva, mucosa nasal húmeda y permeable sin secreciones, cavidad oral semihúmeda con presencia de prótesis dental, cuello normal de acuerdo a su biotipo sin presencia de adenopatías.

Por consiguiente, tórax simétrico y normoexpandible, de aspecto y configuración normal, adecuada ventilación de los campos pulmonares con murmullo vesicular limpio, mamas simétricas y sin alteraciones, miembros superiores simétricos sin edemas y pulsos distales presentes, abdomen simétrico, blando y depresible sin lesiones ni masas sobreagregadas, columna vertebral móvil, genitales sin alteración, miembros inferiores simétricos con presencia de úlcera necrótica en cara plantar localizada en la zona medial del talón derecho con una dimensión de 3 cm de largo × 2 cm de ancho, con una profundidad aproximada de 1.5 cm, bordes irregulares con tejido necrótico de color negruzco sin tejido de granulación; piel adyacente con eritema y edematizada, con abundante exudado seropurulento acompañado de olor fétido debido al grado de infección.

Para realizar una valoración integral de la paciente se desarrolló mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se escogió este modelo, ya que permitió llevar a cabo una valoración integral desde el punto de vista funcional. Se valoraron los siguientes 11 patrones a continuación: (Ver anexo 4)

En el patrón percepción y manejo de la salud, la paciente tenía varias comorbilidades, ya que padecía de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2; debido a un mal control y manejo de la diabetes desarrolló una úlcera en miembro inferior derecho. Además, en la prueba de glucemia capilar presentó valores de 238 mg/dl. Con respecto al grado de conocimiento sobre la enfermedad se evidenció que poseía escasa conocimiento sobre ello y además un nivel de salud regular, pero sin embargo consideraba importante comenzar a

velar por su salud y mejorar hábitos. No tenía antecedentes quirúrgicos, como antecedentes familiares su madre padeció de hipertensión arterial, tenía antecedentes alérgicos al medicamento Tramadol, no tenía hábitos tóxicos. Mantenía una higiene adecuada.

En el siguiente patrón nutricional- metabólico, la paciente tenía un peso de 60 Kg y una talla de 1,55 cm, dando como resultado una IMC de 25 kg/m². Presentó un buen estado nutricional y conservaba el apetito con normalidad, comía sola sin ayuda. Durante su estancia hospitalaria tenía prescrita dieta para pacientes diabéticos que consistía en una dieta hiposódica, hipohidrocarbonada y de protección renal.

En su hogar realizaba sus tres comidas diarias en un horario fijo y procuraba consumir todos los grupos de alimentos de acuerdo a su patología. No presentaba alteraciones bucales. Portadora de prótesis dental en la parte superior de la boca. No presentaba alergias ni intolerancia a ningún alimento.

En lo que respecta a la valoración de la piel, en la paciente se evidenció úlcera necrótica en miembro inferior derecho en cara plantar localizada en la zona medial del talón, edematizado con colección purulenta y olor fétido.

En el patrón eliminación, la paciente tuvo un ritmo intestinal normal, aspecto y consistencia de heces normales. Diuresis espontánea. Sudoración normal.

En lo que concierne al patrón actividad/reposo, se le realizó una valoración del estado cardiovascular y respiratorio: presión arterial de 160/80 mmHg, temperatura de 36,4 °, frecuencia cardíaca de 87 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 97%. No tenía antecedentes de enfermedades respiratorias. No se mostraron alteraciones importantes en el electrocardiograma (EKG) realizado según reportes médicos, no poseía antecedentes de enfermedades respiratorias,

Refirió dificultades para ciertas AVD (actividades de la vida diaria) para la movilidad y el autocuidado necesitaba ayuda. Según el Índice de Barthel (AVDB) realizado en la paciente, obtuvo un puntaje de 80 puntos lo que indicó que tenía un grado de dependencia moderada. Debido a la patología la paciente era sedentaria, ya que no realizaba actividad física.

En el patrón sueño-descanso, la paciente podía conciliar el sueño con normalidad y no tenía problemas para dormir. Dormía 7 horas diarias.

En el patrón cognitivo-perceptivo, paciente orientada y consciente en tiempo, espacio y persona, con un Glasgow de 15/15. Poseía mínima alteración en la visión relacionada con la edad avanzada de la paciente. Presencia de sensación de disestesias. A la valoración no presentó dificultades para la toma de decisiones, ni problemas de lenguaje, de concentración, problemas de comprensión, ni dificultades en el aprendizaje. Paciente no sabía escribir.

En el patrón autopercepción- autoconcepto, la paciente experimentó cambios en la imagen corporal, debido a la úlcera en miembro inferior, ha sentido inutilidad debido a que deben cuidar de ella.

En el patrón rol- relaciones, paciente vivía con su hija, mantenía una actividad social adecuada. Buena relación con sus tres hijos, nietos, amigos y vecinos. Su familia la acompañaba en su enfermedad y se reunían frecuentemente, su núcleo familiar no estaba alterado, ya que recibía mucho apoyo emocional por parte de ellos.

En el patrón sexualidad y reproducción, paciente menopaúsica. Sin novedades. En el patrón adaptación- tolerancia al estrés, regularmente tranquila ocasionalmente estresada, pero tiene sus herramientas para manejarlo. Y por último en el patrón valores y creencias, refirió que profesaba la religión católica, además se evidenciaba positivismo basado en su fe religiosa, con signos de esperanzas y expectativas de vida a futuro.

3.3 Plan de cuidados de enfermería

La valoración integral es fundamental para proporcionar cuidados efectivos y personalizados, una herramienta que puede ayudar en este proceso son los patrones funcionales de Marjory Gordon. Por ello mediante este método de valoración se identificó aquellos patrones disfuncionales, para posteriormente establecer los diagnósticos de enfermería fundamentales. A continuación, se resaltó de manera más detallada e individualizada las necesidades de la paciente, lo que resultó esencial para una atención más completa centrada en la paciente y orientada a mejorar su calidad de vida.

Tabla 1.

Primer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 11. Seguridad/protección Clase 2. Lesión física	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
00046 Deterioro de la integridad tisular r/c úlcera en miembro inferior m/p daño tisular, edema, necrosis, olor fétido, secreción purulenta.	Dominio: Salud Funcional (I)	110303 Secreción purulenta	1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	Clase: Integridad tisular (I)	110322 Inflamación de la herida		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		110308 Edema perilesional		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		110312 Necrosis		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		110317 Mal olor de la herida		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
		Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
		110301 Granulación	1.Ninguno 2.Escaso 3.Moderado 4.Sustancia 5.Extenso	Mantener en: 1 Aumentar a: 4
		110321 Disminución del tamaño de la herida		Mantener en: 1 Aumentar a: 4
	Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)			
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase L: Control de piel/heridas Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos			
3660 Cuidados de las heridas				
-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor				
-Observar los signos y síntomas de infección en la herida.				
-Aplicar el vendaje apropiado al tipo de herida.				

-
- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
 - Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
 - Aplicar medicación tópica: antibióticos, analgésicos, etc.
 - Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
-

Dominio 1: Fisiológico básico

Clase F: Facilitación del autocuidado

Cuidados que apoyan el
funcionamiento físico

Intervenciones para proporcionar o ayudar en las
actividades de la vida diaria.

1660 Cuidados de los pies

- Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies.
 - Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.
 - Aplicar loción.
 - Comprobar el grado de hidratación de los pies.
 - Observar si hay insuficiencia arterial en la parte inferior de las piernas
 - Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad
-

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 2.

Segundo plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 4.				
Actividad/reposo	Dominio:	020801	1. Gravemente comprometido	Mantener en: 2
Clase 2.	Salud Funcional (I)	Mantenimiento del equilibrio	2.Sustancialmente comprometido	Aumentar a: 4
Actividad/ejercicio	Clase:		3.Moderadamente comprometido	
00085 Deterioro de la movilidad física r/c úlcera en miembro inferior m/p disestesia, alteración de la marcha y ambulación, limitación de la amplitud de los movimientos	0208 Movilidad	020806 Ambulación	4. Levemente comprometido	Mantener en: 2
			5. No comprometido	Aumentar a: 4
		020814 Se mueve con facilidad		Mantener en: 2
				Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 1: Fisiológico: básico	Clase A: Control de actividad y ejercicio			
Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía			
0221 Terapia de ejercicios: Ambulación				
-Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.				
-Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.				
-Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n, si es preciso.				
-Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.				
-Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.				
-Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad.				
-Instruir al paciente/cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.				
-Vigilar la utilizaci3n por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar				
-Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

Tabla 3.

Tercer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 2. Nutrición Clase 4. Metabolismo 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c conocimiento insuficiente de la gestión de la diabetes, no adherencia al plan terapéutico, inadecuados hábitos alimentarios y monitorización inadecuada de la glucosa	Dominio: Salud Fisiológica (II) Clase: Respuesta terapéutica (A)	230001 Concentración sanguínea de glucosa	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	2300 Nivel de glucemia	230007 Glucosa en orina	3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	Mantener en: 3 Aumentar a: 4
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase: Conducta de salud (Q)	161902 Busca información sobre métodos para prevenir complicaciones	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4.	Mantener en: 3 Aumentar a: 4
	1619 Autocontrol: diabetes	161903 Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies.	Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener en: 3 Aumentar a: 4
		161906 Informa de lesiones de la piel que no se curan al profesional de atención primaria.		Mantener en: 3 Aumentar a: 4
		161909 Realiza el régimen de tratamiento según lo prescrito.		Mantener en: 2 Aumentar a: 5
				Mantener en: 2 Aumentar a:

161911 Controla la glucemia.	5
	Mantener en: 2
	Aumentar a: 5
161920 Sigue la dieta recomendada.	
	Mantener en: 2
	Aumentar a: 5
161932 Utiliza la medicación según prescripción.	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)	
Dominio 2: Fisiológico: complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Clase G: Control de electrolitos y ácido básico Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y acidobásico y prevenir complicaciones
2120 Manejo de la hiperglucemia	
-Vigilar la glucemia, si está indicado. -Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea. -Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación. -Administrar insulina, según prescripción. -Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. -Revisar los registros de glucemia con el paciente y/o la familia. -Fomentar el autocontrol de la glucemia. -Ayudar al paciente a interpretar la glucemia.	
Dominio 1: Fisiológico básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	Clase D: Apoyo nutricional Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional
5246 Asesoramiento nutricional	
-Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. -Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. -Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc. -Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta. -Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.	

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autora

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

La úlcera de miembro inferior o llamado pie diabético, es una complicación crónica de la diabetes que consiste en daño a los tejidos profundos de las extremidades inferiores asociado a enfermedades neurológicas y enfermedades vasculares periféricas (13). Es un importante problema médico, social y económico en todo el mundo, especialmente en los países de escasos recursos, y se considera una emergencia sanitaria (14). Por lo cual es necesaria la colaboración del equipo de salud para su adecuado manejo, especialmente del personal de enfermería encargado de realizar las intervenciones prioritarias de forma eficaz para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En el caso antes presentado se diseñó un plan de cuidados personalizado en el cual se determinaron los respectivos diagnósticos de enfermería en concordancia con la valoración ya realizada, el principal diagnóstico que se estableció fue el deterioro de la integridad tisular provocada por la presencia de una lesión ulcerosa en el pie, con el fin de ser aplicado en pacientes con esta patología semejante, para lograr un proceso de cicatrización óptimo. Adicional se diseñaron intervenciones de enfermería direccionadas al cuidado de las heridas y cuidado de los pies.

Comparado con los resultados del estudio de caso realizado por Iglesias, cuyo diagnóstico fue deterioro de la integridad tisular relacionado con la presencia de neuropatía diabética y alteración en la circulación, la autora logró cumplir en un 70 % la cicatrización de la úlcera (15). Con las intervenciones similares al estudio de caso anterior lograron la cicatrización correcta de la úlcera diabética, según lo establecieron los autores en los resultados del estudio realizado por Durán y coautores (16)

El segundo diagnóstico que se abordó fue el deterioro de la movilidad física, por ello el objetivo principal fue promover la movilidad mediante una terapia de ejercicios para favorecer la ambulación. En un estudio previo realizado por Fernández, en el cual se valoró a un paciente de 79 años, el autor evidenció alterada la movilidad debido a la úlcera, adicional a la edad avanzada y una amputación previa, por lo cual se diseñó el mismo diagnóstico de enfermería con la finalidad de que al ser aplicados se obtengan resultados favorables así como

se ha evidenciado en los estudios mencionados (17). Adicional, la autora Looor determinó el diagnóstico deterioro de la movilidad físico ocasionado por el deterioro musculoesquelético y deterioro sensorio perceptivo, como objetivo recuperar la mayor capacidad de ambulación con los cuidados adecuados de enfermería, al final obtuvieron resultados favorables logrando cumplirlo en un 90% (18)

Además, otro diagnóstico identificado fue el riesgo de glucemia inestable, por lo cual las intervenciones de enfermería estaban guiadas hacia la vigilancia constante de las cifras de glucemia, asesoramiento nutricional para mejorar la dieta, todo esto con el objetivo de tener un mejor manejo de la diabetes y mantener niveles de glucemia saludables en pacientes con esta patología.

Los resultados encontrados en este estudio de caso están respaldados por Bernal y sus coautores en un estudio, quienes abordaron este mismo diagnóstico en su paciente, realizando actividades direccionadas a la vigilancia de la glucemia, aplicación de insulina y la educación sanitaria permitieron disminuir los niveles de glucemia (19)

Es relevante que se sigan realizando estudios de caso sobre esta problemática, este estudio aporta y enriquece el conocimiento desde otra perspectiva con metodologías diferentes y más actualizadas, logrando establecer un plan de cuidados individualizado en un lapso de tiempo más corto, agilizando los procesos y brindando una atención más eficiente.

Como en toda investigación suelen existir inconvenientes que enlentecen el desarrollo de la misma, en este contexto se produjeron ciertas limitaciones, una de ellas fue que no se presentaba toda la información de manera más detallada y profunda acerca de la evolución que tenía la paciente, pero a pesar de ello se logró exitosamente la culminación de este estudio de caso.

Se debe hacer hincapié que un correcto control de la diabetes es capaz por si solo de prevenir, retrasar y disminuir la aparición de úlceras. Así mismo seguir un régimen de alimentación basado en una dieta hiposódica y hipohidrocarbonada es fundamental (20)

El análisis de este plan de cuidados para pacientes con esta patología, debería posteriormente ir acompañado de un programa de seguimiento a largo plazo para evaluar la efectividad del tratamiento, así como para detectar cualquier aparición de neuropatías y recurrencia de úlceras, de esta manera se garantizaría una atención continuada y ajustes en el plan de manejo según sea necesario. Una estrategia que se podría implementar, es el fortalecimiento de los clubes en los centros de salud, sobre todo el de “enfermedades crónicas”, en el cual se podrían planear reuniones periódicas que incluyan talleres educativos para los pacientes. Poner en marcha estas estrategias podrían reducir la incidencia de esta patología.

5. CONCLUSIONES

- En el presente estudio de caso, se logró determinar la condición de salud de la paciente a través de una revisión exhaustiva de la historia clínica y diversos documentos que permitieron recopilar la información necesaria, en la cual se evidenció algunas alteraciones como un mal manejo y control de la diabetes mellitus lo que se vio reflejado en sus altas cifras de glicemia, además como consecuencia de la enfermedad de base presentaba una úlcera en miembro inferior derecho, lo cual le imposibilitaba una correcta deambulación y ciertas actividades de la vida diaria, todo esto comprometía su salud y bienestar.
- Además, se identificó los problemas de salud presentes en la paciente a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, se detectó que los patrones percepción y manejo de la salud, nutricional- metabólico, actividad/reposo y cognitivo-perceptivo se encontraban alterados, los cuales fueron los más prioritarios y responder a estas necesidades mejoraría su estado de salud.
- Por último, con toda la información del estado de salud de la paciente, se diseñó un plan de cuidados de enfermería individualizado de acuerdo a los diagnósticos identificados. El primer plan de cuidados se consideró el más prioritario debido a que este tuvo la finalidad de enfocarse en los cuidados directos en una úlcera de miembro inferior y además hacía hincapié en los cuidados de los pies, para prevenir una nueva formación de este tipo de lesiones.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. González A. Diabetes: manual para el paciente diabético: cómo tratar y controlarla adecuadamente. 7ma ed. México: Plaza y Valdés (México); 2020. 45-55 p.
2. Carrillo A, Aguirre N. Prevalencia de patologías podológicas en pacientes diabéticos tipo 2 y su incidencia en posibles complicaciones. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 25 de septiembre de 2024;(5):3-4.
3. Ministerio de Salud Pública. 14 de noviembre: Día Mundial de la Diabetes. 2023;
4. Ramírez C, Perdomo A, Rodríguez M. Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. LA Referencia. 2020;40.
5. Pérez C, García B, Marrugo V, Montes D. Pie Diabético. Herramientas para la Identificación del Pie en Riesgo y su Intervención Oportuna. MedPub Journals. 27 de noviembre de 2021;17(5):2-3.
6. Federación Internacional de Diabetes. El pie diabético. Federación Internacional de Diabetes [Internet]. 2020 [citado 30 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/diabetic-foot.html>
7. Orozco V, Orozco J, Cabrera C, Torres T. Dimensiones culturales del concepto pie diabético en personas con diabetes mellitus y en estudiantes de medicina mexicanos. Scielo. 2021;37(2).
8. Ministerio de Salud Pública. MSP conmemora el “Día Mundial de la Diabetes” con exitosos resultados en la prevención de amputaciones del pie diabético. 2019.
9. Guerrero M. Prevención del pie diabético y sus cuidados en el adulto. [España]: Universidad de Murcia; 2022.
10. Calles O, Sánchez M, Tibusay M, Villalta D, Paoli M. Factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético. Redalyc. 18 de mayo de 2020;18(2).
11. Sanunga W. Proceso de Atención de Enfermería en paciente de 60 años de edad con pie diabético. Babahoyo; 2020.
12. Lastra D, García F. Calidad de vida en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022. Perú; 2022.
13. Rodríguez J. Manejo integral del pie diabético: cómo evitar amputaciones. ed. Editorial Alfil. México; 2020. 130-140 p.

14. Díaz J. Aspectos clínicos y fisiopatológicos del pie diabético. Revista Medicina Interna. julio de 2021;37(4):540-50.
15. Iglesias S. Caracterización de pacientes con pie diabético en el Policlínico “Pedro Borrás Astorga, de Pinar del Río. Scielo. mayo de 2021;22(2).
16. Durán A, Rodríguez Y, Cárdenas A. Cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético a la luz de la teoría de Dorothea Orem. Cina Research. 2020;3(2).
17. Fernández C. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con pie diabético infectado en un hospital público, Chiclayo-2019. [Perú]: Universidad Señor de Sipán; 2020.
18. Loo V. Intervenciones de enfermería en usuario con lesión de pie diabético. Centro de salud comunal Zapotal, 2019. [Santa Elena]: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2020.
19. Bernal F, Guevara X, Heredia L, Serrepi L. Proceso de atención de enfermería aplicado a un adulto mayor con pie diabético. Investigación e innovación Revista Científica de Enfermería. 2022;3(2):141-62.
20. Triana R, Martínez F, Aragón M. Recomendaciones de manejo del paciente con pie diabético. Curso de instrucción. Elsevier. octubre de 2021;35(4):303-29.

7. ANEXOS

Anexo 1. Resultados de exámenes de laboratorio al ingreso

Hemograma

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Leucocitos (WBC)	31.43 x103/ul	3.98-10.04 x103/ul
Hemoglobina (HGB)	10.9 g/dl	10.9-14.3 g/dl
Hematocrito (HCT)	30.0 %	31.2-41.9 %
Volumen corp. medio (MCV)	78.5 fl	75.5-95.3 fl
Conc. media hemog (MCH)	25.7 pg	25.6-32.2 pg
Conc.corp. media (MCHC) de hemo	32.7 g/dl	33.0- 36.0 g/dl
Plaquetas	311 x103/ul	179-408 x103/ul
Recuento de glóbulos rojos	3.37 M/ul	3.93-5.22 M/ul
Monocitos %	4.4 %	4.3-10.9 %
Eosinófilos %	0.0 %	0.5-7.0 %
Linfocitos %	6.9 %	16.0-45.9 %
Neutrófilos %	88.4 %	42.7-76.8 %
Basófilos %	0.3 %	0.2-1.3 %

Glucemia capilar

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Glucosa	238 mg/dl	70-110 mg/dl

Examen de electrolitos séricos

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Cloro	99 mmol/L	98-107 mmol/L
Potasio	3.89 mEq/L	3.50-5.10 mEq/L
Sodio	136.0 mmol/L	136.0-145.0 mmol/L

Examen de nitrógeno ureico

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Urea	32 mg/dl	17-49 mg/dl

Creatinina-química

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Creatinina	0,70 mg/dl	0.45-1.20 mg/dl

Anexo 2. Resultados de uroanálisis y cultivo de secreciones de herida

Uroanálisis

Parámetros evaluados	Resultados
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1.015
PH	6.0
Glucosa en orina	+
Cetonas	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Leucocitos en orina	Negativo
Nitritos	Negativo
Urobilinógeno	Normal 3.2
Células redondas	++
Hematíes	Negativo
Bacterias	+++
Moco	Negativo
Leucocitos	22.00
Cilindros hialinos	Negativo

Cultivo de secreciones

Antimicrobiano	CIM/ Interpretación
Oxaciclina	RESISTENTE - ≥ 4
Trimeth-sulfameth	RESISTENTE - 80
Meropenem	SENSIBLE - 0.5
Linezolid	SENSIBLE - 1
Ciprofloxacina	INTERMEDIO - 2
Clindamicina	RESISTENTE - ≥ 4
Eritromicina	RESISTENTE - ≥ 8
Levofloxacina	INTERMEDIO - 2
Piperacilina/Tazobactam	SENSIBLE - ≤ 16
Tetraciclina	RESISTENTE - ≥ 16
Vancomicina	SENSIBLE - 1

Anexo 3. Resultados de exámenes de laboratorio al egreso

Hemograma

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Leucocitos (WBC)	6.26x103/ul	3.98-10.04 x103/ul
Hemoglobina (HGB)	11.2 g/dl	10.9-14.3 g/dl
Hematocrito (HCT)	28.6 %	31.2-41.9 %
Volumen corp. medio (MCV)	75.1 fl	75.5-95.3 fl
Conc. media hemog (MCH)	25.7 pg	25.6-32.2 pg
Conc.corp. media (MCHC) de hemo	34.3 g/dl	33.0- 36.0 g/dl
Plaquetas	458 x103/ul	179-408 x103/ul
Recuento de glóbulos rojos	3.81 M/ul	3.93-5.22 M/ul
Monocitos %	8.1 %	4.3-10.9 %
Eosinófilos %	4.2 %	0.5-7.0 %
Linfocitos %	26.4 %	16.0-45.9 %
Neutrófilos %	60.5 %	42.7-76.8 %
Basófilos %	0.8%	0.2-1.3 %

Glucosa química

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Glucosa	76 mg/dl	70-110 mg/dl

Examen de nitrógeno ureico

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Urea	35 mg/dl	17-49 mg/dl

Creatinina-química

Parámetros evaluados	Resultados	Valor referencial
Creatinina	0,75 mg/dl	0.45-1.20 mg/dl

Anexo 4. Valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1. Percepción y manejo de la salud

a) Historia de su salud:

Muy sano. _____ Regular: _____ Enfermizo: _____ x _____

Especifique: antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 e insuficiencia renal crónica

b) Como la percibe en este momento:

Bien _____ Regular _____ x _____ Mal _____

c) Hábitos de cuidados bucodental

3 veces al día _____ 2 o menos _____ x _____ Nunca _____

d) Hábitos de higiene general.

Baño diario _____ x _____ cada tercer día _____

Otros especifiquen):

Cambios de ropa al bañarse _____ x _____ cambio de ropa sin baño

Lavado de manos. Si _____ No _____ A

veces _____ x _____

Antes y después de comer _____ x _____ antes y después del uso sanitario _____ x _____

Sí _____ x _____ No _____

e) Consumo de tabaco _____ No _____ De una cajetilla al día _____

De 1 o más cajetillas al día _____ Tiempo que fumo _____

Nunca _____ Lo dejó (fecha)

_____ otros (especifique) _____

Bebidas con contenido alcohólico.

Sí _____ Nunca _____ x _____ Tipo y cantidad: Al día _____ A la semana _____ Al mes _____ Lo dejó (fecha) _____

Tiempo que consumió: _____ Ocasionalmente _____ Nunca

Otras sustancias:

No _____ x _____ Si _____ (especifique).

Presencia de alergias (a medicamentos, alimentos, ropa, etc.)

No _____ Si ☒ _____

(Especifique) tipo de reacción: _____Medicamento Tramadol_____

Asistencia a revisión médica (aunque no se sienta enfermo)

Si _____Periodicidad _____

No ☒ _____ Motivos: _____Manifestó que se sentía bien de salud_____.

Revisión dental:

Si _____x_____ Periodicidad: Cada año

No _____ Motivos _____

Realización de ejercicios Si _____(especifique)

No _____x_____

Tratamientos en casa, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo que utilizaba y actual

No ☒ _____ Si _____ (especifique)

Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo: Si ☒ _____

(especifique Cual): _____Reconoció que se encontraba hospitalizada debido a presencia de úlcera en miembro inferior, por un mal manejo de su enfermedad de base y una dieta inadecuada

No _____

Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería. Sí _____

A veces ☒ _____

Patrón 2. Nutricional- metabólico

a) Dieta y/o complementos específicos.

Número de comidas al día _____3 veces_____

b) Menú típico:(especificar tipo):

Durante estancia hospitalaria tenía una dieta hiposódica, hipohidrocarbonada y de protección renal.

Desayuno: verde, pan, coladas

Almuerzo: Caldos y arroz con acompañado

Cena: caldos, ensaladas

c) Alimentos que le desagradan: ☒No_____

Legumbres y verduras_____

d) Ingesta de líquido al día:

3 vasos de agua de 250 ml

(Especificar)___No consume demasiada agua debido a su enfermedad renal_____

Apetito. Normal: ___x___ Aumentado: _____ Disminuido. _____
Especifique.

Presencia de náuseas _____No_____ Vómitos _____No_____ otros

Variaciones de peso (últimos seis meses): Ninguno___x___
aumento_____Kg. Disminuyó

_____Especifique en Kg. _____

Dificultades para la deglución. Ninguna___x___A sólidos_____ A
líquidos_____

(Especifique): Portadora de dentadura postiza en la parte superior de la boca,
pero esto no le impide la masticación de
alimentos_____

Problemas piel y/o cicatrización:

Sí ___x___ No___ Ninguno_____ (exantemas, sequedad, exceso
de transpiración, etc.) especifique ___Úlcera necrótica en miembro inferior
derecho_____

Cuero cabelludo-cabello, cambios Si_____No ___x___
(especifique)_____

Estado de uñas: Sí_____ No ___x___ (especifique)

Referencia de presencia de dolor abdominal _____No_____ Agruras
____No_____ Distensión____No_____ Sonda nasogástrica
____No_____ Succión, gástrica _____No_____ Nutrición

parenteral-enteral _____ No _____ Gastrostomía _____ No _____
(especifique) _____

Patrón 3. Eliminación

Hábitos de evacuación intestinal:

Frecuencia al día _____ 1 vez _____

Diarrea _____ No _____ Hemorroides _____ No _____ Sangrado
_____ No _____ Ostomías

(Especifique) _____

Incontinencia _____ No _____ Flatulencia _____ No _____

Aparatos _____ auxiliares _____ No _____ (especifique) _____

Hábitos de evacuación urinaria dentro de límites normales:

Sí _____ x _____ No _____

Presencia de: distensión vesical _____ Dolor _____ Ardor _____

Prurito _____ Retención _____ Incontinencia _____

Incontinencia al esfuerzo _____ Ninguna _____ x _____

Urgencia diurna _____ No _____ Urgencia nocturna _____ No _____

Alteraciones (sangre, turbiedad) fuerza y/o cambios en continuidad de la emisión

Sí _____ No _____ x _____ Tiempo _____ (especifique) _____

Referencia de sudoración habitual y/o cambios en ella:

Sí _____ No _____ x _____ Especifique _____

Patrón 4. Actividad/reposo

Referencia de cambios en función cardíaca al realizar actividades cotidianas:

Sí _____ No _____ x _____

Especifique (palpitaciones, lipotimias, presencia de marcapaso, necesidad de detener la acción que realiza)

Ha sentido cambios en patrón respiratorio:

Sí_____ No___x___ Especificar (fatiga, disnea al caminar, al comer, subir escalera, al estar acostado, y a que distancias)

Referencia de cambios en estado vascular periférico:

Si___x___No_____Especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, varicosidades, red venosa alterada, parestesias etc.): _____

Presenta disestesias propias de complicaciones debido a neuropatía diabética

Referencias de cambios neuromusculares:

Si___x___ No_____ Especifique: (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.) _____Paciente manifestó cambios como disminución de la sensibilidad, limitación del movimiento y dificultades en la ambulación debido a la úlcera presente_____

En los tiempos libres qué actividades realiza:

Recreativas_____Domésticas_____Especifique (salida, paseo, ver televisión, etc.)_____Ver televisión y conversar con la familia

Actividad	Descripción	Puntuación
Comer	Incapaz	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente: (puede comer solo)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz, no se mantiene sentado.	0
	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15

Aseo personal	Necesita Ayuda con el Aseo Personal	0
	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
Uso del retrete	Dependiente	0
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	Dependiente	0
	Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	Inmóvil	0
	Independiente en silla de ruedas en 50 metros	5
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	Incapaz	0
	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	Independiente para subir y bajar.	10
Vestirse y desvestirse	Dependiente	0
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin Ayuda	5
	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones	10
Control de heces	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)	0
	Accidente excepcional (uno por semana)	5
	Continente	10
Control de orina	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)	5
	Continente, durante al menos 7 días.	10
Puntuación total:		80

0 - 20 Dependencia Total

21 – 60 Dependencia Severa

61 - 90 Dependencia Moderada

91 - 99 Dependencia Escasa

100 Independencia

90 independencia

*Uso de silla de ruedas

Patrón 5. Sueño-descanso

Hábito.

Horas de sueño nocturno _____ 7 horas _____

Horario de sueño _____ 10pm _____

Siesta:

Si _____ No ___x___ (especifique tiempo)

Apoyos y/o rutinas para dormir (medicamentos, música, luz, etc.)

especifique _____ Ninguno _____

Referencia Presencia de:

Cambios de humor _____ Bostezo _____ Ojeras _____

Especifique _____ Ninguno _____

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo

a) Audición: Dentro de límites normal _____x___ Alteración _____

Sordera _____ Zumbidos _____ Auxiliares auditivos _____ (en todos, especifique derecho-izquierdo).

Vértigo: Si _____ No ___x___

Molestias y/o dolor: Sí _____ No _____x_____ Agudo _____

Crónico _____ Tipo _____

Medidas de control del dolor y/o que lo exacerba molestias (especifique)

b) Visión:

Dentro de límites normal _____ alteración _____ x _____

Ceguera _____ prótesis _____ auxiliares externos _____
(Especifique que tipo y derecho-izquierdo) _____ Refiere que ha disminuido su
visión

c) Olfato: problemas para distinguir olores

Sí _____ No _____ x _____ (especifique) _____

d) Memoria:

Referencia de Intacta _____ x _____ alteración _____

especifique _____

e) Orientación:

Intacta _____ x _____ alteración _____ especifique _____

f) Lenguaje:

Cambios en tono de voz _____ No _____ fluidez en discurso Si

_____ x _____ No _____ alteraciones _____ No _____

especifique _____

g) Cambios en sensibilidad (al tacto, frío y calor) _____ x _____ (especifique)

___ Presencia de sensación de disestesias propias de complicaciones debido a
neuropatía diabética

¿Sabe leer y escribir?

Si _____ No _____ x _____

Ultimo grado escolar: ___ Primaria _____

Dificultad para tomar decisiones:

No ___x___ Si_____ (especifique) _____

Patrón 7. Autopercepción- autoconcepto

a) Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad:

Mostraba preocupación por su enfermedad, además refería sentimientos de inutilidad debido a que deben cuidar de ella ____

Económicas, _____de auto cuidado ___x___de empleo _____
amputaciones____x____cicatrices_____ especifique

b) Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste:

Si_____No___x_____

(Especifique)_____Expresaba temor a que su situación de su úlcera vuelva a empeorar o que aparezca una nueva. _____

c) Descripción como persona:

Alegre_____Seria___x_____Temerosa_____Optimista_____

Irritable _____Otros_____ (Especifique la que refiera más) _____ Tenía una actitud reservada, hablaba muy poco.

d) Conformidad con lo que es:

Sí_____ No ___x___ especifique _____ Experimentó cambios en la imagen corporal

e) Pérdida de interés por las cosas.

Si _____ No ___x___ (especifique) _____

f) Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión

Si_____ No___x___ (especifique)_____

g) Pérdidas y/o cambios importantes en el último año

Sí_____ No ___x___ especifique_____

Que le ayudaría a sentirse mejor en este momento

(especifique)___ Volver a su hogar con su familia_____

Patrón 8. Rol- relaciones

Profesión:_____ Costurera_____ Situación _____ actual:

Empleado_____ Desempleado__x_____ Incapacidad

temporal_____ pensionado_____ jubilado_____

a) Sistema de apoyo: (con quien vive) :

Conyugue _____ Vive solo_____ Vecinos _____ Amigos _____ Vive con familia __x__

Especificar: hija

b) ¿Cómo es la relación con su familia?

Toda la familia brinda apoyo en su enfermedad y se reúnen frecuentemente _

c)Papel que desempeña en la familia:

Dependiente _____x_____ Proveedor _____ Cuidador principal_____ Algún problema por ello (especifique)_____

d)Dificultad para comunicarse:

Si _____ No__x_____

Especifique con quién, y a qué lo atribuye) _____

Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunica

Si__x__ No_____

Especifique_____

Pertenece algún grupo, asociación, club, etc.)

Sí_____ No __x_____ especifique _____

Referencia de amistad con vecinos:

Sí__x__ No _____ especifique _____

Patrón 9. Sexualidad y reproducción

a) Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad

Si _____ No __x__

(especifique) sin vida sexual activa ____x____ (núbil) ciclo menstrual: regular _____ irregular

Especificar: ausencia de menstruación debido a la edad avanzada

b) Satisfecho con el número de hijos procreados

Si__x__ No_____ No corresponde

(especifique) _____

c) Prácticas de autoexamen mamario mensual.

Si _____ No__x__

d)Examen cérvico vaginal:

Sí _____ No __x__

e) Presencia de:

Flujos Si_____ No__x__ (especifique)_____

Embarazada Si_____ No__x__(especifique) tiempo y fecha
esperada de parto_____ gestas _3_ Paras _3_

Abortos _____ cesáreas _____ Menarquía _____ Menopausia
_____ Andropausia_____

f) Prácticas de sexo seguro

Si _____ No_____ (especifique uso de condón, una sola pareja, abstinencia total).

Especificar: No realiza actividad sexual

g) Uso de algún método de planificación familiar:

Sí _____ No __x__

(Especifique)____Paciente no sexualmente activa_____

Patrón 10. Adaptación- tolerancia al estrés

a) Expresión habitual de la tensión o preocupación

Llanto_____ Ira _____ Molestias físicas _____

(Especifique) _Lo toma tranquila y trata de calmarse_____

b) Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira:

Beber alcohol_____ Leer _____ Comer

_____ Fumar _____ Tomar medicamentos _____ Café, _____

Especifique: Ver televisión

c) Frecuencia con la cual presenta estas respuestas al estrés:

1-2 veces al mes _____ 1-2 veces a la semana
____x____diariamente_____Especifique a que lo atribuye.

Patrón 11. Valores y creencias

a) Prácticas de alguna religión.

Si____x____ No_____ (Especificar cuál): Católica _____

b) Restricciones por su religión

Si_____ No____x____ Cuales _____

c)Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio.

Si_____ No____x____ especificar cual_____

d) Valores morales más importantes (Lo que considera):

Respeto, solidaridad, positivismo ya que refiere esperanzas y expectativas de vida a futuro.