

Reporte de caso/Case report/Relatório do caso

# Cuidados de enfermería a paciente con herida infectada en injerto de pie izquierdo (T86.89), un estudio de caso de una clínica privada

*Nursing care for a patient with an infected wound in left foot graft (T86.89), a case study from a private clinic.*

*Cuidados de enfermagem para paciente com ferida infectada em enxerto do pé esquerdo (T86.89), um estudo de caso de uma clínica privada*

Elizabeth Karina Yucra-Maquera<sup>1</sup>  
Álvaro Julian Castro-Espíritu<sup>1</sup>  
Milemi isela Ticona-Basilio<sup>1</sup>  
Rodolfo Amado Arevalo-Marcos<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-4633-2997>  
<https://orcid.org/0000-0002-6204-7221>  
<https://orcid.org/0009-0006-0401-5107>  
<https://orcid.org/0000-0002-4633-2997>

## Resumen

**Introducción:** El presente reporte de caso clínico se elaboró siguiendo el método científico del lenguaje enfermero de tercera generación, integrando las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). **Objetivo:** Proporcionar intervenciones de enfermería orientadas a mejorar la condición de salud del paciente. **Presentación del caso clínico:** Paciente adulto de 38 años, sexo masculino, con antecedentes de epilepsia desde hace 28 años y portador de VIH desde hace 20 años. El usuario ingresó a la clínica el 11/02/2025 por presentar secreción sanguinolenta en una herida de injerto en el pie izquierdo. El diagnóstico médico de ingreso fue herida infectada en injerto de pie izquierdo, siendo programado para curaciones diarias en el tópicos correspondiente. **Método:** El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, utilizando el método de caso único. Como instrumento de valoración se empleó la teoría de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, y los datos fueron procesados conforme a las taxonomías internacionales de diagnósticos enfermeros 2024–2026 (NANDA, NIC y NOC). **Resultados:** La evolución clínica del paciente fue favorable. Se implementaron cuidados de enfermería basados en planes individualizados, lo que permitió su alta médica el 10/03/2025. **Conclusiones:** Para el diagnóstico priorizado Deterioro de la integridad tisular, se obtuvo una puntuación de cambio positiva en los indicadores: integridad de la piel (+2) y secreción sanguinolenta de la herida (+2).

Palabras clave: cuidado de enfermería, herida infectada en injerto, paciente

<sup>1</sup> Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú

## Abstract

**Introduction:** This clinical case report was prepared using the scientific method of third-generation nursing language, integrating the taxonomies of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), the Nursing Interventions Classification (NIC), and the Nursing Outcomes Classification (NOC). **Objective:** To provide nursing interventions aimed at improving the patient's health condition. **Presentation of the clinical case:** A 38-year-old male patient with a history of epilepsy for 28 years and HIV for 20 years. The patient was admitted to the clinic on 02/11/2025 due to bloody discharge from a graft wound on his left foot. The medical diagnosis on admission was an infected wound on the left foot graft, and he was scheduled for daily dressings at the appropriate site. **Method:** The study was conducted using a qualitative approach and the single-case method. Marjory Gordon's theory of 11 functional patterns was used as an assessment tool, and the data were processed in accordance with the 2024–2026 international nursing diagnosis taxonomies (NANDA, NIC, and NOC). **Results:** The patient's clinical progress was favorable. Nursing care based on individualized plans was implemented, allowing for his discharge on March 10, 2025. **Conclusions:** For the prioritized diagnosis of Impaired Tissue Integrity, a positive change score was obtained in the indicators: skin integrity (+2) and bloody wound secretion (+2).

**Keywords:** nursing care, infected graft wound, patient

## Resumo

**Introdução:** O presente relatório de caso clínico foi elaborado seguindo o método científico da linguagem de enfermagem de terceira geração, integrando as taxonomias da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). **Objetivo:** Fornecer intervenções de enfermagem orientadas para melhorar a condição de saúde do paciente. **Apresentação do caso clínico:** Paciente adulto de 38 anos, sexo masculino, com histórico de epilepsia há 28 anos e portador de HIV há 20 anos. O usuário deu entrada na clínica em 11/02/2025 por apresentar secreção sanguinolenta em uma ferida de enxerto no pé esquerdo. O diagnóstico médico de admissão foi ferida infectada em enxerto no pé esquerdo, sendo programado para curativos diários no local correspondente. **Método:** O estudo foi desenvolvido sob uma abordagem qualitativa, utilizando o método de caso único. Como instrumento de avaliação, foi utilizada a teoria dos 11 padrões funcionais de Marjory Gordon, e os dados foram processados de acordo com as taxonomias internacionais de diagnósticos de enfermagem 2024–2026 (NANDA, NIC e NOC). **Resultados:** A evolução clínica do paciente foi favorável. Foram implementados cuidados de enfermagem baseados em planos individualizados, o que permitiu a sua alta médica em 10/03/2025. **Conclusões:** Para o diagnóstico priorizado Deterioração da integridade tecidual, obteve-se uma pontuação de mudança positiva nos indicadores: integridade da pele (+2) e secreção sanguinolenta da ferida (+2).

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem, ferida infectada em enxerto, paciente

## Introducción

La piel actúa como una barrera protectora que resguarda al ser humano frente a la acción de microorganismos y agentes externos. Además, cumple funciones esenciales como la prevención de la pérdida de líquidos corporales, la percepción sensorial, la respuesta inmunológica y la función estética. Sin embargo, se encuentra constantemente expuesta a diversas agresiones, entre ellas las quemaduras<sup>1</sup>.

Las quemaduras son lesiones que ocasionan daño tisular debido a la exposición excesiva al sol, líquidos calientes, llamas, productos químicos, electricidad, vapor u otras fuentes térmicas. Estas pueden variar desde problemas médicos leves hasta situaciones críticas que amenazan la vida<sup>2</sup>.

Según su profundidad, las quemaduras se clasifican en tres grados. Las de primer grado afectan únicamente la capa superficial de la piel, produciendo dolor, enrojecimiento e inflamación. Las de segundo grado comprometen tanto la capa externa como la interna, causando dolor intenso, eritema, ampollas e hinchazón; son conocidas como quemaduras de espesor parcial. Por último, las de tercer grado destruyen todas las capas de la piel e incluso los nervios, lo que genera una pérdida significativa de líquidos, alto riesgo de infección y daño severo en los tejidos. La quemadura de tercer grado, que tiene un grosor completo,

exige atención médica urgente, que comprende la hospitalización y la intervención quirúrgica. Se considera una emergencia médica porque daña todas las capas de la piel, incluyendo los nervios, y puede llevar a complicaciones graves como la pérdida de líquidos, infecciones y daño severo en los tejidos. Se suelen emplear injertos de piel para tapar el área afectada. La gravedad de las quemaduras es crucial en el proceso de sanación y también en la elección de la mejor opción de tratamiento a seguir<sup>2</sup>.

Un injerto cutáneo o trasplante de piel es un procedimiento quirúrgico utilizado para cubrir áreas donde la piel ha sido destruida o se encuentra ausente, como en lesiones del pie u otras zonas corporales afectadas. Este método resulta especialmente beneficioso en el tratamiento de úlceras crónicas, quemaduras extensas o heridas que presentan dificultades en su proceso de cicatrización<sup>3</sup>.

La dieta puede ser flexible, pero se sugiere que sea abundante y variada en frutas y verduras, ya que esto previene el estreñimiento y proporciona las vitaminas esenciales. Los alimentos con alto contenido proteico favorecen la curación de lesiones. El exceso de peso puede impedir una recuperación rápida de las heridas, por lo que una alimentación adecuada es fundamental<sup>4</sup>.

Al igual que la atención de enfermería contempla a la persona en su totalidad, el paciente es un individuo único que requiere cuidados específicos dirigidos a él y no únicamente a su enfermedad. En cada etapa de su labor, la enfermera emplea diversas metodologías y técnicas para recopilar información, con el fin de obtener datos relevantes, confiables y apropiados, lo que permitirá identificar las necesidades del paciente derivadas del impacto del proceso salud-enfermedad<sup>5</sup>.

La valoración adecuada y el reconocimiento oportuno de los diagnósticos de enfermería facilitan la descripción de las principales inquietudes y requerimientos de los pacientes, lo que a su vez permite ofrecer una atención segura y de calidad, disminuyendo los días de hospitalización, costos y complicaciones.

El Proceso de Atención de Enfermería contribuye a definir la identidad de la profesión, clarificar los roles y promover la investigación y la estandarización del cuidado enfermero. Este último punto es aconsejado por la NANDA Internacional para la organización de los datos que guían la atención, ayudando a mantener y restaurar la salud<sup>6</sup>.

### Metodología

El método es un estudio de caso único de enfoque cualitativo. “El Estudio de casos es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles de la relación de cuidado establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla”. Como instrumento de valoración se empleó la teoría de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Para el procesamiento de datos se utilizaron las nomenclaturas taxonómicas internacionales de diagnósticos enfermeros 2021 – 2023 de NANDA Internacional, duodécima edición<sup>7</sup>. Para la evaluación de los resultados, se aplicaron las taxonomías de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), sexta edición (8). Asimismo, para las intervenciones de enfermería, se empleó la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), séptima edición (9). Las intervenciones fueron codificadas y organizadas en planes de cuidado individualizados, los cuales se presentan en las tablas 1, 2, 3 y 4.

### Resultados

#### Presentación de caso clínico:

Paciente de sexo masculino, con iniciales V.R.P.F. de 38 años de edad, que acude al servicio de tópico de curaciones de la Clínica “Divino Niño Jesús”, en compañía de su hermana. El motivo de consulta es la curación de una herida infectada en injerto cutáneo por quemadura de tercer grado en el pie izquierdo.

Al examen físico, se observa ausencia del primer dedo del pie izquierdo, lesión con secreción en la zona del injerto, de aspecto eritematoso, con una extensión de aproximadamente 1 cm y profundidad de 5 cm. Presenta exudado abundante con secreción sanguinolenta-purulenta, olor fétido, tejido esfacelado: 0%, tejido granulatorio: ausente, y edema (+++ cruces), escala de EVA 9/10, piel circundante eritematosa, descamada.

A la entrevista, el paciente refiere:

“Me accidente en diciembre cuando estaba conduciendo el mototaxi de mi papá, cuando me dio mi convulsión y mi pie quedó pegado en el tubo de escape de la moto, cuando reaccioné me llevaron al doctor y luego me trajeron a Lima, al Hospital Arzobispo Loayza, donde me dijeron que tenía una quemadura de tercer grado que había comprometido mi dedo gordo, me lo tuvieron que amputar, me colocaron el sistema back y después me colocaron el injerto que lo sacaron de mi muslo izquierdo, me dieron de alta hace dos semanas con mi herida inflamada con secreciones, me sentía ansioso por salir del hospital ya estaba cansado”.

Familiar refiere:

“Me preocupa el estado de salud de mi hermano”.

Asimismo, se observa zona dadora (muslo izquierdo, cara externa) enrojecida, con flictenas.

El paciente añade:

“Me apliqué la linovera y se puso roja y con ampollas en mi muslo. Últimamente, tengo mucho dolor en la herida, no puedo conciliar el sueño por las noches”. “Estoy muy preocupado por mi estado de salud, ya que no puedo trabajar, me siento inútil, no puedo ayudar a mis hijos”

Control de funciones vitales: PA: 120/80, FC: 84X”, FR: 18X”, SAT: 98%,

Datos generales

- **Nombre y apellido del paciente:** V.R.P.F.
- **Edad:** 38 años
- **Sexo:** masculino
- **Lugar de nacimiento:** San Martín – Tocache
- **Fecha de nacimiento:** 12/02/1987
- **Ocupación:** agricultor
- **Domicilio actual:** La molina
- **Estado civil:** soltero
- **Grado de instrucción.** Secundaria completa
- **Fecha de ingreso:** 11/02/25

**Antecedentes patológicos**

- Epilepsia (hace 28 años con tratamiento de carbamazepina 200g M/T/N)
- Código blanco (hace 20 años tratamiento de TARGA Dolutegravir 500mg+Lamivudina 300mg+tenofovir Disoproxil fumarato 300mg)

**Antecedentes quirúrgicos**

- 1RALimpiezas quirúrgicas en MMII izquierdo (pie): **10/01/25**
- 2DA limpiezas quirúrgicas en MMII izquierdo (pie): **20/01/25**

- Intervención quirúrgica (amputación de primer dedo en MMII izquierdo): **18/01/25**
- Colocación de sistema BACK en MMII (pie): **21/01/25**
- Colocación de injerto: **27/01/25**

## Exámenes de laboratorio 11/02/25

- Cultivo de secreción de herida (incluye examen directo y antibiograma)
- COLORACION GRAM – COCOS GRAM POSITIVOS
- Leucocitos 5-5 por campo
- Hematíes 20-25 por campo
- CULTIVO INFORME FINAL
- Staphylococcus aureus

## Tratamiento actual

- Ketoprofeno 100mg IM
- VASENTOXIL Sultamicilina 375 mg capsula
- Solución de buro 2ml diluido en 100 ml cloruro de sodio M/T/N (aplicar zona dadora – muslo izquierdo) + CICAPLAST.

## Valoración de enfermería por patrones funcionales

### Patrón N° 1 Percepción Manejo de Salud:

Paciente de 38 años de edad con antecedentes de epilepsia (hace 28 años con tratamiento de carbamazepina 200g M/T/N), código blanco (hace 20 años tratamiento de TARGA Dolutegravir 500mg+Lamivudina 300mg+tenofovir Disoproxil fumarato 300mg), 2 limpiezas quirúrgicas en MMII izquierdo, una amputación de primer dedo en MMII izquierdo. El paciente refiere dolor persistente en la herida del injerto en el pie izquierdo, el cual le impide conciliar el sueño durante las noches.

### Patrón N° 2 Nutricional Metabólico:

Al examen físico se evidencia a paciente en buen estado de nutrición, piel turgente e hidratada.

### Patrón N° 3 Eliminación:

Paciente con micción espontanea sin alteraciones.

### Patrón N° 4 Actividad – Ejercicio:

**Actividad respiratoria:** Paciente con respiración normal, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto.

**Actividad circulatoria:** Paciente con pulso periférico normal, presenta frecuencia cardiaca de 84 latidos por minuto.

**Capacidad de autocuidado:** Grado de dependencia II, con fuerza muscular disminuida, paciente presenta dificultada para la marcha con dispositivo de ayuda (muletas).

### Patrón N° 5 Sueño – Descanso:

Paciente refiere tener dificultad para conciliar el sueño, con intervalos de 3 a 4 horas, no toma pastillas para dormir.

**Patrón N° 6 Cognitivo – Perceptivo:**

A la evaluación cognitiva, paciente lucido orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), con Glasgow 15/15. En la escala visual análoga (EVA) presenta dolor de 9/10 localizado en miembro inferior izquierdo (pie). Pupilas isocóricas y reactivas.

**Patrón N° 7 Auto percepción – Autoconcepto:**

Paciente preocupado y ansioso por su estado de salud actual.

**Patrón N° 8 Rol – Relaciones:**

Familiar refiere que el paciente se dedicaba a labores agrícolas antes del accidente.

**Patrón N° 9 Sexualidad – Reproducción:**

Paciente refiere no mantener vida sexual activa a raíz de su accidente.

**Patrón N° 10 Adaptación – Tolerancia al estrés:**

Paciente refiere:

“Me sentía ansioso por salir del hospital, ya estaba cansado. Estoy muy preocupado por mi estado de salud, ya que no puedo trabajar, me siento inútil, no puedo ayudar a mis hijos”

**Patrón N. °11 Valores – Creencias:**

Paciente de religión católica y con familiares católicos.

**Priorización de diagnósticos de enfermería**

- **00044** Deterioro de la integridad tisular relacionado con lesión, evidenciado por eritema, secreciones sanguinolentas purulentas. (**Tabla 1**)
- **00132** dolor agudo relacionado con agentes lesivo biológico, evidenciado por escala EVA 6/10, lesión en pie izquierdo. (**Tabla 2**)
- **00146** ansiedad relacionada con temor a complicaciones, dolor evidenciado por manifestación verbal. (**Tabla 3**)
- **00155** riesgo de caídas en adultos factor relacionado con limitación funcional. (**Tabla 4**)

**Planes de cuidado**

**Tabla 1**

*Plan de cuidado del diagnóstico enfermero 00044 deterioro de la integridad tisular relacionada lesión, proceso infeccioso evidenciado por secreciones sanguinolentas purulentas*

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
<b>00044</b> Deterioro de la integridad tisular relacionado con lesión, evidenciado por eritema, secreciones sanguinolentas purulentas.	<b>1101</b> Integridad tisular: piel y membranas mucosas	<b>3660 Cuidado de las heridas</b> <b>6540 control de infecciones</b>	<b>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b> <b>1102 Curación de la herida: por primera intención</b>
	<b>1102 curación de la herida: por primera intención</b>	<b>3660.01</b> Control de funciones vitales	
	<b>110113</b> integridad de la piel (2) SC <b>Diana:</b> Aumentar a: 4	<b>3660.02</b> Observar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.	<b>110113</b> Integridad de la piel (4) SC <b>Puntuación cambio</b>
	<b>111204</b> secreción sanguinolenta de la herida (2) SC <b>Diana:</b> Aumentar a: 4	<b>3660.03</b> Medir el lecho de la herida y documentar. <b>6540.01</b> Mantener una técnica aséptica durante el cuidado de la herida. Observar signos y síntomas de infección en la herida. <b>6540.02</b> Administrar medicamento según indicación. (VASENTOXIL Sultamicilina 375 mg capsula cada 24 horas) <b>6540.03</b> Fomentar la ingesta de líquidos y una dieta adecuada. <b>6540.04</b> cambiar las gasas según la cantidad de exudado.	<b>111204</b> Secreción sanguinolenta de la herida (4) SC <b>Puntuación cambio</b>

**Fuente:** Elaboración propia con información de las taxonomías NANDA, NOC, NIC basado en Herman H (2021), p. 490; Moorhead S (2018), p. 403; Butcher H (2018), p. 90.

**Tabla 2**

*Plan de cuidado del diagnóstico enfermero 00132 dolor agudo relacionado con agentes lesivo biológico evidenciado por escala EVA 8/10, lesión en pie izquierdo*

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
<b>00132</b> Dolor agudo relacionado con agentes lesivo biológico evidenciado por escala EVA 6/10, lesión en pie izquierdo.	<b>2102</b> Nivel del dolor	<b>1410</b> Manejo del dolor: agudo	<b>2102</b> Nivel del dolor
	<b>210201</b> Dolor referido (2) DSC	<b>1410.01</b> Control de funciones vitales.	<b>210201</b> Dolor referido (4) DSC
	<b>Diana:</b> Aumentar a: 4	<b>1410.02</b> Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor, escala visual analógica (EVA).	<b>Puntuación cambio</b>
	<b>210206</b> Expresiones faciales (2) DSC	<b>1410.03</b> Realizar una valoración exhaustiva del dolor.	<b>210206</b> Expresiones faciales (4) DSC
	<b>Diana:</b> Aumentar a: 4	<b>1410.04</b> Administrar analgésicos según indicación. (Ketoprofeno 100mg IM)	<b>Puntuación cambio</b>
		<b>1410.05</b> Utilizar los 10 correctos en la administración de medicamentos	
		<b>1410.06</b> Modificar las medidas de control de dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento.	
	<b>1410.07</b> Proporcionar información precisa a la familia sobre el dolor el control de dolor del paciente.		

**Fuente:** Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic basado en Herman H (2021), p. 545; Moorhead S (2023), p. 128; Butcher H (2018), p. 303.

**Tabla 3**

*Plan de cuidado del diagnóstico enfermero 00146 ansiedad relacionada con dolor, estresores evidenciados por manifestación verbal*

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
00146 Ansiedad relacionada con temor a complicaciones, dolor evidenciado por manifestación verbal.	<b>1211 nivel de ansiedad</b>	<b>5820 Disminución de la ansiedad</b>	<b>1211 Nivel de ansiedad</b>
	<b>121117 Ansiedad</b> verbalizada (2) SC	<b>5820.01</b> Escucha activa comprender la expectativa del paciente sobre la situación estresante.	<b>121117 Ansiedad</b> verbalizada (4) SC
	<b>Diana:</b> aumentar a:4	<b>5820.02</b> Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante su proceso de curación.	<b>Puntuación cambio</b> <b>121134 Exceso</b> de preocupación (4) SC
	<b>121134 Exceso</b> de preocupación (2) SC	<b>5820.03</b> Proporcionar información objetiva respecto a los días programados para su curación de su herida.	<b>Puntuación cambio</b>
	<b>Diana:</b> aumentar a: 4	<b>5820.04</b> Promover la seguridad en el paciente y reducir la ansiedad.	
		<b>5820.05</b> Apoyo moral y psicológico al paciente,	
		<b>5820.06</b> Enseñar al paciente ejercicios de relajación.	
	<b>5820.07</b> Informar al familiar sobre la importancia del apoyo emocional de parte de sus familiares.		

**Fuente:** Elaboración propia con información de las taxonomías NANDA, NOC, NIC basado en Herman H (2021), p. 490; Moorhead S (2018), p. 403; Butcher H (2018), p. 90.

Tabla 4

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero 00155 riesgo de caídas en adultos factor relacionado con dolor y herida infectada en el pie izquierdo

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
00155 Riesgo de caídas en adultos factor relacionado con limitación funcional.	<p><b>1939 Control de riesgo: caídas</b></p> <p><b>193909</b> utiliza dispositivos de asistencia para reducir el riesgo de caídas (5) FD</p> <p><b>193910</b> Se compromete a realizar estrategias para reducir el riesgo de caídas (5) FD</p>	<p><b>6490 prevención de caídas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>6490.01</b> Evaluación del riesgo de caídas, aplicando las escalas de MORSE o DOWNTON.</li> <li><b>6490.02</b> Enseñar al paciente y/o familiar el uso correcto de dispositivos de ayuda.</li> <li><b>6490.03</b> Sugerir el uso de calzado seguro antideslizante.</li> <li><b>6490.04</b> Informar al familiar sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.</li> <li><b>6490.05</b> Recomendar al paciente y/o familiar de mantener los dispositivos de ayuda en buen estado.</li> <li><b>6490.06</b> orientar al paciente sobre el orden físico en la habitación.</li> </ol>	<p><b>1939 Control de riesgo: caídas</b></p> <p><b>193909</b> Utiliza dispositivos de asistencia para reducir el riesgo de caídas (5) SD</p> <p><b>Puntuación cambio</b></p> <p><b>193910</b> Se compromete a realizar estrategias para reducir el riesgo de caídas (5) SD</p> <p><b>Puntuación cambio</b></p>

**Fuente:** Elaboración propia con información de las taxonomías NANDA, NOC, NIC basado en Herman H (2021), p. 490; Moorhead S (2018), p. 403; Butcher H (2018), p. 90.

## Discusión

El caso clínico presentado corresponde a un paciente masculino de 38 años, con antecedentes patológicos de epilepsia y VIH (código blanco). Presenta una herida infectada en el pie izquierdo, secundaria a una quemadura de tercer grado, que requirió amputación del primer dedo y la colocación de un injerto cutáneo. Esta situación clínica reviste un alto grado de complejidad no solo por el compromiso físico evidente, sino también por las condiciones sistémicas que afectan la evolución del paciente, entre ellas la inmunocomprometida por el VIH y el riesgo de lesiones traumáticas derivadas de convulsiones.

Desde la perspectiva de enfermería, la atención a este paciente se centra en el abordaje integral de cuatro diagnósticos principales según NANDA.

Primero, el deterioro de la integridad tisular relacionada lesión, proceso infeccioso evidenciado por secreciones sanguinolentas purulentas, lo que indica una evolución tórpida del proceso de cicatrización<sup>7</sup>. El deterioro de la integridad tisular representa una alteración estructural de la piel como daño a la membrana mucosa, córnea, sistema tegumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento utilizando la taxonomía NANDA, permitiendo una planificación y ejecución del cuidado basada en la evidencia<sup>10</sup>.

Segundo, el dolor agudo relacionado con agentes lesivo biológico, evidenciado por escala EVA 8/10, lesión en pie izquierdo<sup>7</sup>. Estos diagnósticos no solo reflejan el estado físico actual, sino también el impacto emocional y funcional que representa la herida crónica y la pérdida del dedo. Taxonomía NANDA-I permite identificar claramente el problema, priorizar acciones y evaluar resultados en base a objetivos medibles (NOC). La intervención efectiva en el dolor no solo mejora la recuperación física, sino también el bienestar emocional, lo que favorece la adherencia al tratamiento y reduce el riesgo de complicaciones<sup>11</sup>.

Tercero, ansiedad relacionada con dolor, estresores evidenciados por manifestación verbal, relacionada con dolor, situación de salud, y factores socioeconómicos<sup>7</sup>. El paciente verbaliza insomnio, preocupación por su estado de salud, y sentimientos

de inutilidad debido a su imposibilidad para trabajar. Desde la enfermería, se requiere no solo empatía y escucha activa, sino también la articulación con el equipo interdisciplinario (psicología y trabajo social) para brindar contención y apoyo psicoemocional. La ansiedad no tratada puede interferir negativamente en el proceso de recuperación física<sup>12</sup>.

Cuarto, riesgo de caídas en adultos factor relacionado con dolor y herida infectada en el pie izquierdo<sup>7</sup>. La intervención de enfermería se orienta a la educación sobre medidas de seguridad, supervisión en la movilización, y prevención de nuevos traumatismos. La condición actual aumenta la posibilidad de una caída accidental que podría poner en riesgo el injerto o agravar la lesión existente<sup>12</sup>.

Este caso subraya la importancia del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como herramienta que guía una atención sistematizada, holística y centrada en la persona.

### Conclusiones

El proceso atención de enfermería está vinculado con las taxonomías de diagnósticos enfermeros, taxonomías de clasificación de resultados y la clasificación de intervenciones de enfermería. Se priorizaron los diagnósticos de enfermero y se establecieron objetivos basados en la puntuación de diana, los cuales fueron parcialmente alcanzados.

Para el diagnóstico 00044 - Deterioro de la integridad tisular, se tuvo como puntuación de cambio en base a los indicadores: integridad de la piel (+2), secreción sanguinolenta de la herida (+2).

Para el segundo diagnóstico 00132 - Dolor agudo, se tuvo como puntuación de cambio en base a los indicadores: dolor referido (+2), expresiones faciales (+2).

El tercer diagnóstico 00146 - Ansiedad, se tuvo como puntuación de cambio en base a los indicadores: verbalizada (+2), exceso de preocupación (+2).

El cuarto diagnóstico 00155 - Riesgo de caídas en adultos, se tuvo como puntuación de cambio en base a los indicadores: utiliza dispositivos de asistencia para reducir el riesgo de caídas (5), se compromete a realizar estrategias para reducir el riesgo de caídas (5).

### Referencias

1. Medline Plus. Estructura y funcionamiento de la piel [Internet]. Manual MSD; 2024. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-piel/biolog%C3%ADa-de-la-piel/estructura-y-funcionamiento-de-la-piel?ruleredirectid=758>
2. Mayo Clinic. Quemaduras: síntomas y causas [Internet]. Mayo Clinic; 2024. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/burns/symptoms-causes/syc-20370539>
3. Prado R, Deichler F, Dagnino B, et al. Reconstrucción de partes blandas de la planta de la piel. Rev Chil Cir. 2010; 62(5):454–7. doi:10.4067/S0718-40262010000500005
4. Badia M, Llop J. Nutrición en el paciente quirúrgico. Cir Esp. 2014; 92(6):377–8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.02.003>
5. Orkaizagirre A, Amezcua M, Huércanos I, Arroyo A. El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. Index Enferm [Internet]. 2014; 23(4):244–9. <https://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962014000300011>

6. Álvarez-Bolaños E, Cegueda-Benítez BE, Cuevas-Budhart MA, González-Jurado MA, Gómez del Pulgar-García Madrid M. Diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes mayores con úlceras por presión: estudio transversal. *Enferm Univ* [Internet]. 2019; 16(3):282–93. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.708>
7. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021–2023. 12.a ed. España: Elsevier; 2021.
8. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 6.a ed. España: Elsevier; 2018.
9. Howard B, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.a ed. España: Elsevier; 2018.
10. Arantón-Areosa L, Rumbo-Prieto JM. Concepto de deterioro de la integridad cutánea y tisular como diagnóstico enfermero. *Enferm Dermatol* [Internet]. 2023; 17(48):e01–e04. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7954243>
11. Carregal Rañó A. Manual básico de dolor para residentes de la SGADOR. Vigo: Enfoque Editorial SC; 2017.
12. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-estar Subj* [Internet]. 2003; 3(1):10–59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

**Correspondencia:**

rodolfo.arevalo@uwiener.edu.pe

**Fecha de recepción:** 14/08/2025**Fecha de aceptación:** 15/09/2025