

PIE DE RIESGO

Se denomina así al pie de una persona con diabetes sin lesión, pero con probabilidad de presentarla, dependiendo de los factores de riesgo que tenga (deformidades, neuropatía, isquemia). El nivel de riesgo se determina según la probabilidad de aparición de una lesión y se estratifica como riesgo *muy bajo*, *bajo*, *moderado* y *alto*.

Prevención

Educación para la salud

Optimizar la glucemia

Dieta
Ejercicio
Cumplimiento terapéutico
Tratamiento farmacológico
Reconocer, prevenir y controlar la hipoglucemia y la hiperglucemia



Controlar los factores de riesgo

Neuropatía periférica
Enfermedad arterial periférica
Amputaciones previas
Úlceras previas
Deformidades
DM de larga evolución
Nefropatía diabética
Tabaquismo
Deterioro visual

Formación sobre el cuidado de los pies

Vigilancia y cuidado del pie de riesgo
Higiene diaria
Inspección de la piel
Hidratación
Calzado y ropa
Prevención de traumatismos
Prevención de quemaduras



Cribado del pie

Anamnesis

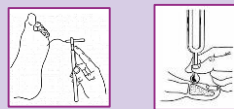
Antecedentes
Factores de riesgo
Síntomas de:
• neuropatía
• arteriopatía
Nivel de autonomía
Entorno familiar

Inspección

Dermatológica:
• piel
• uñas
• higiene
Musculoesquelética:
• atrofia muscular
• deformidades
• pulsos

Valoración sensibilidad

Cribado de la neuropatía diabética:
• monofilamento
• diapasón



Valoración vascular

Cribado de la enfermedad arterial periférica (EAP):
• pulsos periféricos
• índice tobillo-brazo (ITB)
• Índice dedo-brazo (IDB)

ITB	IDB	Interpretación ITB / IDB
> 1,3		Calcificación arterial
1,2-0,9	> 0,6	Normal
0,8-0,7	≤ 0,6	Enfermedad arterial obstructiva periférica leve
0,6-0,5		Enfermedad arterial obstructiva moderada
< 0,4		Enfermedad arterial obstructiva grave

Estratificación

Riesgo

IWGDF 0 Riesgo muy bajo

Sin neuropatía diabética periférica (NDP) y Sin enfermedad arterial oclusiva (EAO)

Seguimiento anual

- Prevención primaria de la neuropatía y la arteriopatía: control glucémico y otros factores de riesgo vascular (FRV).
- No tabaquismo

IWGDF 1 Riesgo bajo

NDP
o
EAO

Seguimiento 6-12 meses

- Control glucémico y otros FRV
- No tabaquismo
- Educación y autocuidado

IWGDF 2 Riesgo moderado

NDP + EAO
o
NDP + deformidad pie
o
EAO + deformidad pie

Seguimiento 3-6 meses

- Valorar derivación a:
- cirugía vascular
 - traumatología
 - podología
 - endocrinología

IWGDF 3 Riesgo alto

NDP o EAP +
• Antecedente de úlcera y/o
• Amputación mayor/menor de EEI y/o
• Enfermedad renal crónica avanzada

Seguimiento 1-3 meses

- Valorar derivación a:
- cirugía vascular
 - traumatología
 - podología
 - endocrinología

Derivar al servicio de traumatología

Personas que requieren:
Cirugía de prevención primaria: hallux valgus, dedo de martillo, etc. y/o
Cirugía de prevención secundaria: antecedentes de úlcera, amputaciones del pie...

La neuropatía periférica (asintomática en el 50 % de los casos), las deformidades en el pie y los pequeños traumatismos son una tríada de riesgo para desarrollar una úlcera, que puede agravarse si concurre la enfermedad arterial oclusiva. Entre el 15 % y el 20 % de las personas con diabetes desarrollarán una úlcera a lo largo de su vida, la cual precede a la amputación en el 85 % de los casos.

PIE DIABÉTICO

Ulceración, infección y/o destrucción de tejidos profundos del pie que se asocian a una neuropatía periférica y a diversos grados de enfermedad arterial oclusiva en las extremidades inferiores en una persona con diabetes mellitus

Valorar las características de la úlcera y monitorizar la evolución

Escala RESVECH 2.0

Valorar la sensibilidad del pie

Monofilamento / diapasón

Descartar una enfermedad arterial oclusiva

Pulsos / ITB / Wifi

Clasificar la úlcera

Neuropática



Neuroisquémica



Isquémica



Derivar a cirugía vascular

Hay que derivar a las personas con riesgo moderado o alto de amputación en quienes se espera un beneficio moderado o alto de revascularización según la clasificación Wifi

Clasifica la isquemia (I)

Clasifica la herida (W)

Wifi

Clasifica la infección del pie (fi)

Cuidados de la úlcera (TIME) / Asegurar una descarga correcta de la úlcera

- Control del tejido no viable
- Control de la inflamación y la infección
- Control del exudado
- Estimulación de los bordes epiteliales



En las necrosis secas no vascularizadas se puede usar povidona yodada para conservar la zona aséptica (cura seca)

Valorar los signos y los síntomas de infección / Valorar los signos de osteomielitis

Descripción	IDSA / PEDIS
Sin síntomas ni signos de infección	No infectado / 1
Infección que afecte a la piel y al tejido subcutáneo, que presente al menos dos signos de inflamación, eritema, induración, calor, dolor o secreción purulenta, y que se extienda menos de 2 cm de la úlcera	Leve / 2
Afectación de tejidos profundos (músculo, tendón, hueso o articulación) o celulitis de más de 2 cm	Moderado / 3
Cualquier infección local con respuesta sistémica se manifiesta con un mínimo de dos de estos valores: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 38 °C o < 36 °C • Frecuencia cardíaca > 90 ppm • Hipotensión • Frecuencia respiratoria > 20 rpm • Leucocitosis (> 12.000) o leucopenia (< 4.000) 	Grave / 4

Visualización del hueso en la base de la úlcera
Contacto con el hueso por medio de una sonda
Supuración y fistulización mantenida
Desmineralización, reacción perióstica y destrucción ósea observada por medio de técnicas de imagen
Marcadores séricos (PCR, VSG) elevados

Derivar al Servicio de urgencias

- IDSA / PEDIS: moderado/3 o grave/4
- Dolor isquémico de reposo (isquemia crítica).
- Pie de Charcot agudo.

Gravedad (IDSA/PEDIS)	Tratamiento antibiótico de elección	Si tratamiento antibiótico previo	Alergia a betalactámicos
Leve / 2	Cefadroxilo oral (1 g) cada 12-24 horas durante 7-14 días o Cefalexina oral (500 mg) cada 8-12 horas durante 7-14 días o Cloxacilina oral (500 mg) cada 6 horas durante 7-14 días	Amoxicilina / ácido clavulánico: (875 / 125 mg) cada 8 horas o Trimetoprim-sulfametoxazol oral (160-800 mg) cada 12 horas durante 7-14 días (sospecha Staphylococ Aureus Resistent Meticilina)	Clindamicina (300 mg) cada 8 horas durante 7-14 días
Moderado-grave / 3-4	Derivación al hospital		

Reevaluación tras cuatro semanas de tratamiento

Si el tamaño disminuye menos del 50 %, o hay signos de infección tributaria de desbridamiento quirúrgico, o de osteomielitis, o artropatía de Charcot

Derivación a podología

Si el tamaño disminuye un 50 % o más

Mantener las curas hasta que cicatrice

ENLACE AL PROTOCOLO

