

PACIENTE DIABÉTICO : HISTORIA CLÍNICA - ENFOQUE PIE

Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> Síntomas neuropáticos Nefropatía, retinopatía. EAP, ACV, IAM . Otras repercusiones Tabaquismo Úlceras previas, cirugías Amputaciones previas: mayor (arriba del tobillo) o menor (debajo del tobillo) Diagnóstico DM > 10 a. HbA1c > 7 % (individualizado)
Examen Físico: Inspección y palpación	<p>Valoración músculo- esquelética y dermatológica</p> <ul style="list-style-type: none"> Dedos en garra, hallux valgus, atrofas musculares. Piel seca, agrietada, maceración interdigital, úlcera, zonas de hiperapoyo-queratosis. Temperatura, color, relleno capilar. vello, hematomas, patología de uñas, flictenas.
	<p>Valoración neuropática</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Pérdida sensibilidad protectora (PSP):</u> Monofilamento Semmes -Weinstein 10g (FIG 1) Test de Ipswich (alternativo) (FIG 2) <u>Sensibilidad vibratoria: Diapasón 128 Hz:</u> Apalestesia ≤ 4 seg Hipopalestesia 5-8 seg Normal ≥ 9 seg (FIG 3) <u>Reflejos osteo tendinosos (martillo):</u> Rotuliano , Aquileano
	<p>Valoración vascular:</p> <p>Pulso pedio, tibial posterior. (FIG 4)</p>

FIG 1 . MONOFILAMENTO : PSP : 2 DE 3 SIN PERCEPCIÓN



FIG 2 . DIAPASÓN 128 HZ

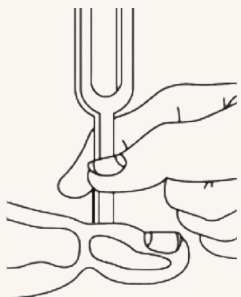


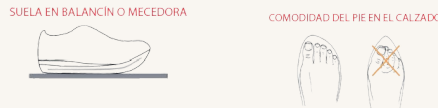
FIG 3 .IPSWICH (ALTERNATIVO).
TOCAR SUAVEMENTE CON EL DEDO ÍNDICE POR 1-2 SEG.
PACIENTE CON OJOS CERRADOS DEBE INFORMAR SI PERCIBE. PSP:2 DE 3 SIN PERCEPCIÓN.



FIG 4 .EXAMEN PULSOS



RECOMENDACIÓN DE CALZADO (FIG 5)



Materiales	Capellada de cuero o lona. Suela de goma en mecedora o balancín.
Capellada	Alta, amplia, que permita el movimiento de los dedos, redonda y sin costuras internas.
Talón	Firme y almohadillado, taco hasta 3 cm.
Longitud	1-2 cm más largo que la medida del pie.
Consejos generales:	<ul style="list-style-type: none"> Compararlos en horas de la tarde Probar los dos zapatos y caminar con ellos. Probarse el calzado con plantillas u ortesis plantares si las usa. Si pie de riesgo 3, calzado deportivo suela mecedora. <p>Concurrir a un centro de salud frente a cualquier lesión, inflamación, cambio de coloración y/o temperatura.</p>
RECOMENDACIONES : MEDIAS	
Utilizar de algodón, hilo o lana sin costura, de color claro, puños que no compriman	

EDUCACIÓN DE LA PERSONA CON DIABETES

- lavado diario de pies con agua y jabón. SECADO RIGUROSO
 - lubricar piel excepto interdigital.
- Inspeccionar y palpar interior del calzado diariamente
- Inspección diaria de los pies, observar interdigital y la planta .
 - No deambular descalzo.
- NO utilizar bolsa de agua caliente ni calentacamas .
- NO utilizar callicidas ni otros productos sin consulta médica.



- Cortar y limar las uñas en forma recta y no muy cortas

CLASIFICACIÓN DE RIESGO PARA ÚLCERA PIE DIABÉTICO (UPD) Y RECOMENDACIONES IWGDF

CAT	NIVEL DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA DE CONTROLES
0	Muy bajo	Sin PSP ni EAP	Anual
1	Bajo	PSP o EAP	C/ 6 -12 ms
2	Moderado	PSP +EAP ó PSP +deformidad del pie ó EAP +deformidad del pie	C/ 3-6 m
3	Alto	PSP o EAP con 1 o más: UPD previa y/o amputación previa y/o ERC terminal	C/ 1 -3 m

PSP(pérdida de sensibilidad protectora), EAP (enfermedad arterial periférica)

UPD : CLASIFICACIÓN DE WAGNER

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	Ausencia de úlcera en un pie de alto riesgo
1	UPD que afecta piel y celular subcutáneo
2	Úlcera que abarca tejidos profundos (excepto óseo/articular)
3	Compromiso óseo/articular, abscesos, osteomielitis
4	Gangrena antepié
5	Gangrena extensa que compromete todo el pie. Efectos sistémicos.

NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT

DEF : POLINEUROPATÍA + BUENA VASCULARIZACIÓN
Afecta a los tejidos blandos, huesos y articulaciones del pie y tobillo. **REQUIERE ALTO NIVEL DE SOSPECHA.**

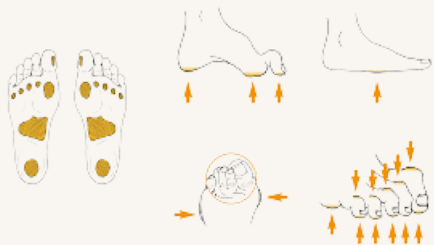
1. CHARCOT AGUDO: etapa inflamatoria: eritema, edema, calor, asimétrico; puede ser indoloro, con pulsos presentes.

2.¿Cómo diferenciar de infección ? Elevar miembro inferior por 5 min; si el rubor cede confirma charcot, si no cede, considerar infección.

3. Tratamiento **URGENTE** :evitar apoyo , derivar a segundo nivel (traumatología , imagen, descarga)

FRENTE A UNA UPD:

DETERMINAR TOPOGRAFÍA : regiones más frecuentes



TIPO:

NEUROPÁTICA

Hiperqueratosis . Indoloras, sangrantes, en zonas de hiperapoyo

ISQUÉMICA

Dolorosas, no sangra, sin hiperqueratosis, predomina falange distal dedos borde externo de pie.

ÚLCERA MIXTA : NEUROISQUÉMICA

PROFUNDIDAD:

Prueba Estilete: compromiso óseo. Examinar profundidad UPD con estilete estéril, considerándose positivo si se contacta con hueso.

FACTORES MALA EVOLUCIÓN:

Mal control metabólico , enfermedad renal crónica (ERC), edema, desnutrición , depresión ,factores psicosociales, fragilidad.

MANEJO GENERAL DE LESIONES Y UPD

- Lavado de pie con suero fisiológico (SF) y jabón neutro.
- Secado adecuado, importante interdigital.
- Lavado de la herida con SF por arrastre.
- Desaconsejado : agua oxigenada, yodóforos, cremas con ATB
- Cubrir herida con gasa y venda de gasa
- Evitar cintas adhesivas sobre la piel
- Considerar trat alternativos complementarios para manejo de equipo multidisciplinario en UPD de lenta resolución, individualizado , según disponibilidad de recursos: apósitos para control de exudado /adecuada humedad, presión tópica negativa , octasulfato sacarosa, parche multicapa autólogo , O2 hiperbárico.

INFECCIÓN EN EL PIE DIABÉTICO IDSA-IWGDF

(INFECCIÓN= EXUDADO PURULENTO + 2 O + SIGNOS INFLAMATORIOS)
ÚLCERA NO INFECTADA: NO REQUIERE ANTIBIÓTICO (ATB)

TIPO DE INFECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS	Plan ATB Empírico y duración.
Infección leve grado 2	Monoterapia v/o ambulatorio 10 días
Celulitis < 2 cm , compromiso superficial: piel y celular subcutáneo <i>sin complicaciones</i>	- cefradina /cefalotina 1g c / 8 ó - sultamicilina 750 mg c/8h ó - moxifloxacina 400 mg /24 hs ó - levofloxacina 750 mg c/24 h.
Infección moderada grado 3	Mono o Biterapia inicio iv 14 días sin osteítis 28 días con osteítis
Celulitis > 2 cm, linfangitis, abscesos o gangrena. Compromiso profundo: músculo, tendón , articulación o hueso.	-sulbactam/AMP 3g c/8h + ciprofloxacina 400 mg c /8 hs ó -clindamicina 600mg c/8h (ó 1200 mg c/12h) + ciprofloxacina 400mg c/8 ó - moxifloxacina 400 mg c/24 h ó - levofloxacina 750 mg c/24h
Infección severa grado 4	Terapia combinada iv 4 a 6 semanas
Toxicidad sistémica , labilidad metabólica, isquemia crítica.	
antibiclogram (-) : ceftriaxona 2g c/12 -24h ó ceftazidima 1g c/6 h ó meropenem 1g c/8h ó amikacina 15mg/kg/ 24hs + anaerobiciada: clindamicina 600 mg c/8h ó -sulbactam/AMP 3g c/8h ó - moxifloxacina 400mg c/24h + anti -estafilococo: teicoplanina 400mg c/12h ó vancomicina 1g c/12h ó moxifloxacina 400 mg /24 hs	

Diseño Gráfico: Téc. Federico David y Téc.Pod.Med. Marta David.

Equipo Paso a Paso: Dra. Cecilia Lamberti, Dra. Nuri Schinca, Dra. Florencia Ambrosoni, Dra. Laura Copes, Dr. Marcelo Alvez, Téc.Pod.Méd. Beatriz Roig, Téc.Pod.Méd. Marta David

Actualización 2023 tríptico realizado por "Paso a paso". Comité de pie diabético SDNU: Téc. Pod A. Stinat; Dres L Bruno, G Burruso, M Ciappesoni, A Claro, E Dos Santos en colaboración con Dr M Alvez, Infectología.

Referencias Bibliográficas: Guías ADA 2023, Guías IWGDF 2023, Guías ALAD de Pie Diabético 2010, La unidad de pie diabético del Hospital Pasteur 2021 (Ed. Cuadrado). The Ipswich Touch Test: a simple and novel method to screen patients with diabetes at home for increased risk of foot ulceration. Diabet Med. 2014. Pautas para la prevención y abordaje del pie diabético Ministerio de salud Argentina 2021.



SOCIEDAD DE DIABETOLOGIA
Y NUTRICION DEL URUGUAY



PREVENCIÓN Y MANEJO DE PIE DIABÉTICO