

MANEJO DE LA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO INFECTADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

AUTORA

Daisy Jabre Santander

Enfermera, Policlínico de Especialidades, San Bernardo, Santiago de Chile, Región Metropolitana.

Correspondencia a: eu.daisyjabresantander@gmail.com

La diabetes mellitus (DM) tipo 2 es una patología con altos índices de muerte prematura en países desarrollados y en vías de desarrollo; el año 2013 causó 5.1 millones de muertes a nivel mundial¹. En Chile, la encuesta nacional de salud (ENS) reveló un aumento importante en la prevalencia de diabetes siendo un 9,4% en 2009-2010 y un 12,3% en 2016-2017²; una de las complicaciones de esta patología es la úlcera de pie diabético (UPD) que se define como la infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos del pie asociado con neuropatía o enfermedad arterial periférica en las extremidades inferiores de personas con diabetes³. Según la ENS 2016-2017, un 6,8% de los diabéticos reportó haber consultado por úlceras en pies y piernas². En este mismo periodo de tiempo, según el registro de egresos hospitalarios del sector público de salud, el 67,9% del total de las amputaciones de miembro inferior fue en personas con DM, se estima que el 80% de estas son precedidas por una úlcera en el pie⁴ considerándose como un problema de salud pública.

Si bien el pie diabético es una patología multifactorial, la neuropatía periférica explica gran parte de su fisiopatología, ya que produce atrofia muscular intrínseca, que conduce a cambios anatómicos funcionales de formación de dedos en martillo y al desarrollo de zonas de alta presión en la superficie plantar del pie en las cabezas de los metatarsianos. Los traumatismos repetitivos al caminar, junto con disminución de la sensibilidad y la propiocepción, predisponen a lesiones cutáneas al producir atrofia y dislocación de las almohadillas protectoras de grasa plantar, que conducen a ulceración e infección por protección inadecuada de la piel o calzado inadecuado⁵.

Palabras clave: pie diabético, infección, neuropatía, antimicrobiano.

Propósito: Elaborar un plan de enfermería para ordenar el procedimiento de la curación avanzada en una persona con úlcera del pie diabético.

Fuente de financiamiento: Productos de Canastas GES PD Infectado y No Infectado.

Declaración de conflicto de interés: La autora declara no tener conflictos de interés.

Declaración a la privacidad y consentimiento informado: La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en su poder.

METODOLOGÍA

Paciente masculino de 61 años con antecedentes de patologías crónicas como DM Tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial y antecedentes de amputación previa; niega consumo de tabaco, alcohol o drogas.

En septiembre de 2023 el usuario es amputado de 5° orjejo izquierdo por complicación de una lesión que se produjo por roce. Durante 2 meses mantuvo una evolución tórpida en CESFAM, por ello, es derivado para manejo avanzado en Centro de Especialidades de la comuna de San Bernardo. Ingresa para seguimiento, donde se controló glicemia capilar manteniendo valores según meta terapéutica. Con respecto a la UDP presentaba Wagner 2 en zona metatarsal izquierda. Escala de San Elián, 17 puntos, que corresponde a II grado de severidad Moderado, por lo tanto, se encuentra en amenaza parcial al esfuerzo terapéutico con <30% de riesgo de amputación⁶. Refiere dolor EVA 7/10 a la presión en zona dorsal que cede con analgesia. Pulsos pedio y tibial posterior levemente disminuidos, sensibilidad protectora disminuida, piel tibia al

tacto, llene capilar <2 segundos, piel perilesional se evidencia signo de fóvea (++) grado II con magnitud de 4 mm y recuperación de 15 segundos. Cultivo aeróbico (+) Streptococcus Beta Hemolítico Grupo A, en tratamiento con eritromicina.

Se define protocolo de curación infectado y se inicia con productos de canastas^{6,7}, el seguimiento se realiza a través de fotografías. Se entrega zapato GES UDP^{6,7} de curación y ayudas técnicas, las que se encuentran dentro de Canasta GES de DM.

Al ingreso se describe úlcera con extensión de 8x6 cm con cavitación de 1,5 cm, 80% de tejido esfacelado, exudado purulento, abundante, fétido, piel circundante eritematosa, EVA 7/10 asociado a facie dolorosa al realizar el procedimiento, clasificación según diagrama de valoración de carga bacteriana (VACAB) infección⁴, Fotografía 1.

Se inicia con limpieza de la piel con clorhexidina jabonosa al 2% una vez por semana y los otros días con jabón pH 5. Para limpieza de la lesión se utilizó duchoterapia con cloruro de sodio 0,9% en cada curación, más desbridamiento quirúrgico, protección de la piel con barrera cutánea



en spray, como apósito primario se utiliza un antimicrobiano, Carboximetilcelulosa con plata iónica 1,2%+ EDTA + BEC, y como apósito secundario, apósito tradicional, fijación con vendas semielasticadas. La frecuencia de las curaciones fue cada 48 horas. Se educa al paciente en cada curación respecto al cuidado local, uso de zapatos de descarga y sobre su patología.

Desde la 9° curación (día 16) se observan cambios significativos donde disminuyó la extensión a 4x3 cms, cavitación 0,5 cm, tejido esfacelado 10%, exudado turbio moderado, dolor EVA 0/10 y piel macerada, Fotografía 2, VACAB colonización crítica⁴. La limpieza de la piel se realiza con jabón pH 5 más duchoterapia de cloruro de sodio 0,9%, en el lecho de la úlcera se realiza con clorhexidina jabonosa al 2% una vez por semana y el resto de los días solo con solución fisiológica, desbridamiento quirúrgico, protección de la piel con barrera cutánea en spray, apósito primario cloruro de dialquil carbamoiolo (DACC) en poliéster, apósito secundario de espuma con silicona más fijación con vendas semielasticadas. Se cambia la frecuencia de las curaciones a cada 4 días.

A partir de la 14° curación se observa úlcera en contracción con tejido granulatorio 100%, colonización baja. En la curación se realiza la limpieza de la piel y la úlcera solo con solución fisiológica, se cambia la protección de la piel a ácidos grasos hiperoxigenados, se deja como apósito primario tul siliconado, apósito secundario con espuma con silicona más fijación con vendas semielasticadas. El protocolo se mantuvo hasta el cierre de la úlcera.

En la curación n°16 (día 47) se observa úlcera 100% epitelizada, por lo tanto, se da de alta al usuario. Se entrega educación con respecto al tipo de zapato que debería utilizar, cuidados de la piel y signos de alarma.

RESULTADOS

La atención del paciente tuvo una duración de 7 semanas, realizando un total de 16 curaciones avanzadas, donde el paciente transitó desde una etapa inflamatoria con una infección en el sitio de la úlcera, hasta la epitelización total, obteniendo el alta el día 22/12/22, Fotografía 3. Cabe destacar que el usuario usó ayudas técnicas hasta el día de su alta.



DISCUSIÓN

Los resultados positivos obtenidos en el caso se basan en realizar un manejo adecuado del paciente, lo que se sustenta en las recomendaciones expuestas en el documento de orientación para el manejo integral del pie diabético⁴; las limitaciones a considerar fueron la no utilización de una solución limpiadora formal para bajar la carga bacteriana, no obstante, la limpieza del lecho de la úlcera a través del desbridamiento quirúrgico y limpieza de la piel y la úlcera, la co-

recta protección de la piel, la mantención de un ambiente húmedo fisiológico y control de carga bacteriana, sumado al manejo integral a través de compensación metabólica, uso de zapato de descarga, ayudas técnicas, y seguimiento activo, permitieron la remisión de la úlcera. Finalmente, la entrega de información y la educación continua, son trascendentales para que la persona portadora de pie diabético sea gestora y participe activa de su salud.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Guía de práctica clínica. Tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades no Transmisibles; 2016- 2017 [Consultado Sep 16 2024]; 8 p. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/01/DIABETES-MELLITUS-TIPO-2-1.pdf
2. Ministerio de Salud de Chile. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016- 2017. Diabetes Mellitus [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología; 2018 [Consultado Sep 16 2024]; 19 p. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Informe_Diabetes_Mellitus_ENS_2016_17.pdf
3. Seguel G.; Por qué debemos preocuparnos del pie diabético?: Importancia del pie diabético. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Nov [Consultado 16 Sep 2024]; 141(11): 1464-1469. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100014
4. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica. Manejo integral del pie diabético [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades no Transmisibles; 2018 [Consultado Sep 16 2024]; 43 p. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/2019.12.10_OT-PIE-DIABETICO.pdf
5. Arias Rodríguez FD, Jiménez Valdiviezo MA, Ríos Criollo K del C, Murillo Araujo GP, Toapanta Allauca DS, Rubio Laverde KA, et al. Pie diabético. Actualización de diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Angiología [Internet]. 2023 [Consultado Sep 16 2024]; 75(4):242-58. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006
6. Ministerio de Salud de Chile. R.E.N° 293. Orientación técnica. Amputación de pie diabético: manejo de los factores predisponentes, criterios para su indicación y manejo post quirúrgico [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades no Transmisibles; 2024 [Consultado Sep 16 2024]; 12 p. Disponible en: <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-talca/enfermeria-urgencias/ote-amputacion-2024-con-resolucion-exeta/99441944>
7. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica. Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades crónicas no transmisibles en Atención Primaria [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento de Gestión de los Cuidados de Atención Primaria; 2023 [Consultado Sep 16 2024]; 9 p. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/718764406/Orientacion-Tecnica-Fofar-2023>