

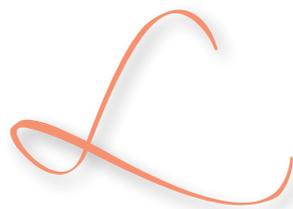
# MANEJO AVANZADO DE UN PACIENTE CON ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO Y RECUPERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

AUTORA:

*Natalia Paz Acevedo*

Enfermera CESFAM San Juan, Coquimbo, Chile.

Correspondencia a Natalia Acevedo: [nacedobianchini@gmail.com](mailto:nacedobianchini@gmail.com)



La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades más prevalentes en Chile, alcanzando 11% de la población entre los 20-79 años, lo que deja situado a nuestro país en el segundo lugar de Sudamérica<sup>1</sup>. Dentro de las complicaciones asociadas a la patología se encuentra la úlcera de pie diabético (UPD), que alcanza una prevalencia de 4-10% y que afecta la condición de salud y calidad de vida del paciente, aumentando los costos sanitarios para su tratamiento<sup>2</sup>. La presencia de una UPD asociada a la pérdida del tono y atrofia muscular, desequilibrio entre tensores y flexores, alteración en la distribución de las cargas, entre otras<sup>3</sup>, puede generar como consecuencia la deformidad de pie, y con ello la necesidad de utilizar ayudas técnicas tales como bastones ortopédicos, andadores o sillas de ruedas que le permitan al paciente desplazarse.

**Palabras clave:** Pie diabético, Diabetes mellitus, Úlcera.

**Propósito:** Mostrar la importancia de un buen manejo de la UPD en la recuperación de la calidad de vida de un adulto mayor.

**Fuente de financiamiento:** Insumos financiados a través de la canasta de curación avanzada del Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) y Proyecto Piloto de Úlcera Venosa del Ministerio de Salud de Chile.

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

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso

clínico, documento que se encuentra en su poder.

## MATERIAL Y MÉTODO

Paciente masculino de 66 años, IMC 31.8 (sobrepeso), antecedentes mórbidos de hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus (DM) Tipo 2, ambas en tratamiento farmacológico y trombo-sis venosa profunda (TVP) izquierda, cuenta con indicación de analgesia, Tramadol SOS. Sin consumo de alcohol ni tabaco. Utiliza 2 bastones canadienses para la ayuda en su desplazamiento habitual, pero debe trabajar como guardia en forma esporádica utilizando un solo bastón, a pesar de la dificultad en la deambulaci3n y riesgo de caída que esto implica. Presenta una úlcera de pie diabético neuropático de tres meses de evoluci3n y 2 úlceras venosas (UV), cara externa Tipo 3 y cara interna Tipo 4, de 4 años de evoluci3n en la extremidad inferior izquierda, en tratamiento con curaci3n tradicional sin uso de sistemas compresivos. Se ingresa a curaciones avanzadas, clasificando la UPD en Grado 3, con una extensi3n > 10 cm y aproximadamente 30% de tejido esfacelado, exudado turbio y moderado, edema (+++), piel tibia, pulsos femoral, poplíteo, tibial anterior y pedio presentes, utiliza un calzado comú n asociado a plantillas moldeadas, Fotografía 1. Se inicia curaciones 2 veces a la semana, realizando lavado de la piel con clorhexidina jabonosa al 2% cada 7 días y limpieza del lecho de la úlcera con soluci3n de polihexanida con betaína en cada curaci3n. Durante el primer mes se utilizan alternadamente apósitos a base de polihexametileno biguanida (PHMB) y Dialquil Carbamoil (DACC), asociado a polihexanida con betaína (PB) en gel y con aplicaci3n de protector cutáneo en spray en la piel circundante. Como presenta dos úlceras venosas en la misma extremidad, se aplica como sistema

compresivo la Bota de Unna. Al segundo mes de tratamiento, se modifica el gel de PB por gel de ácido hialurónico con zinc y el sistema compresivo, por multicapas de 3 capas, completando 3 semanas de uso, para luego ser modificado finalmente por calcetín compresivo de 40 mmHg, hasta el final del tratamiento. Al tercer mes de evoluci3n, la UPD se clasifica como grado 2, con disminuci3n del dolor, tejido esfacelado, edema y cantidad de exudado, solo mantiene similar la extensi3n, Fotografía 2. El usuario solamente requiere utilizar un bast3n para su desplazamiento. Al cuarto mes de tratamiento, el apósito primario es reemplazado por tull de silicona, solo en ocasiones necesarias se utiliza DACC, junto al gel de ácido hialurónico con zinc. Tres semanas antes de la cicatrizaci3n, el usuario no requiri3 más el uso de ayudas técnicas, desplazándose sin bastones. Durante todo el tratamiento se le realiz3 educaci3n en relaci3n al uso de calzado



adecuado, al reposo en Trendelemburg cada una hora por 15 minutos, control metabólico y mantención del sistema compresivo.

## RESULTADOS

Al quinto mes y dos semanas se logra la cicatrización de la UPD, realizando 49 curaciones en total, Fotografía 3. Una vez controlado el edema, la cantidad de exudado, y la carga bacteriana, la evolución de la UPD fue favorable, permitiendo al usuario no depender de ayudas técnicas para la deambulación. Considerando que ambas UV se mantenían activas en tipo 2, se entrega la indicación de uso diario de calcetín compresivo de 40 mm Hg durante el día, junto con calzado ortopédico, además de la lubricación de la piel para evitar la recidiva y revisión constante de ambos pies.

## CONCLUSIONES

El manejo adecuado de una UPD repercute directamente en la recuperación de la calidad de

vida de las personas, ya que generalmente ésta influye en la postura corporal para evitar el dolor y sobrecarga de la zona lesionada. El uso de ayudas técnicas es un complemento necesario e importante para la cicatrización al permitir el alivio de la presión en la zona ulcerada. Recuperar la integridad de la piel del pie diabético, permite al usuario caminar sin dificultades añadidas y realizar sus actividades de forma independiente, manteniendo siempre los cuidados adecuados propios del pie diabético.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Sapunar, J. Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Chile. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2016; 7(2):146-151.
2. Alexiadou, K., Doupis, J. Management of diabetic foot ulcers. *Diabetes Ther.* (2012); 3:4.
3. Rodríguez, D. Caracterización de los pacientes con pie diabético tratados con Heberprot-P® en el Hospital Militar de Holguín. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* 2014; 15(1): 39-46.