ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO NEUROISQUÉMICO: UN DESAFÍO PARA EL EQUIPO DE SALUD

AUTORA:
Alexandra Matta
Enfermera, Fundación Instituto Nacional de Heridas, Santiago de Chile
Correspondencia a Alexandra Matta: amatta@inheridas.cl

Conceptualmente, la úlcera neuropática se desarrolla en ausencia de isquemia. No obstante, hasta 25 a 30% de las personas diabéticas puede verse complicadas por su presencia. La isquemia de la extremidad es uno de los principales factores agravantes y el principal determinante de la incapacidad funcional y de amputaciones mayores[1]. La úlcera neuroisquémica, también denominada úlcera de pie diabético "mixto", es un grado de insuficiencia arterial no severo. El diagnóstico del componente isquémico será clínico, mediante una cuidadosa exploración física y palpación de pulsos en miembros inferiores (femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio). Dado que la enfermedad arterial no es severa, la piel está tibia y los fanéreos están disminuidos, pero no ausentes[2].

Es fundamental la curación avanzada (CA) y la aplicación de terapias coadyuvantes como el Oxígeno Localizado en los pacientes que presentan una úlcera neuroisquémica, además de la reducción de la presión a través de ayudas técnicas[3], para evitar una amputación mayor.

Palabras Clave: Pie diabético, Úlcera, Oxígeno, Isquemia, Neuropatía diabética.

Propósito: Describir los cuidados de enfermería entregados a un paciente con pie diabético neouroisquémico y la utilización de ayudas técnicas como parte del tratamiento y prevención de futuras complicaciones.

Fuente de financiamiento: Las curaciones avanzadas y el Oxígeno Localizado fueron financiados por el paciente y por la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH). El paciente financió las ayudas técnicas.

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. El documento se encuentra en su poder.

METODOLOGÍA

Paciente sexo masculino J.P.V de 57 años, con antecedentes mórbidos de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Psoriasis. Con tratamiento farmacológico de Losartán, Hidroclorotiazida, Insulina Lenta y Metformina. Consumo de OH (-) tabaquismo (-) alergias (-). Con antecedentes de amputación del 4° y 5° ortejo del pie izquierdo hace cuatro meses. Se desempeña como supervisor en área de construcción por lo que debe conducir vehículo y caminar continuamente, lo que provoca que cuatro meses después sufra otra amputación por no haber usado zapatos ortopédicos. Al control de exámenes presenta una hemoglobina glicosilada de 6.0.

Ingresa a la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH) el 21 de diciembre del 2017 por lesiones en pie izquierdo. La primera corresponde a una lesión postoperatoria Grado 3 tras ser sometido a una amputación transmetatarsiana 20 días antes. Pulsos pedios y tibial posterior (-) bilateralmente, piel tibia. Se observa placa necrótica en la sutura en toda su extensión; al descubrir apósitos se visualiza exudado escaso, turbio hemático, piel circundante descamada con edema de todo el pie, Fotografía 1-A, con dolor Eva 6. La segunda pertenece a una úlcera plantar generada más de 30 días atrás, de 6,2 cm de extensión, con 70% de tejido esfacelado y 30% de tejido granulatorio, con bolsillo de 0.5 cm, sin exposición ósea, piel circundante macerada, secreción moderada turbia, Fotografía 1-B

Al iniciar CA para controlar carga bacteriana en la piel se utilizó duchoterapia con solución

FOTOGRAFÍA 1A

FOTOGRAFÍA 1B

fisiológica al 0,9.% más clorhexidina jabonosa al 2%, dejándola actuar por tres minutos, una vez por semana; para la úlcera se utilizó polihexanida con betaína durante diez minutos. Se realiza desbridamiento quirúrgico en muñón con cureta de 3mm, la que logra retirar 70% de la placa, quedando tejido granulatorio en su base. En área plantar se desbrida realizando micro cortes con bisturí en el lecho, además de retirar tejido hiperqueratosico periulceral. La piel se protege con ácidos grasos hiperoxigenados en el muñón y protector cutáneo en la zona plantar. Ambas lesiones son cubiertas con apósito bacteriostático Diaquilcarbamoil (DACC), debido a colonización crítica. La frecuencia de las curaciones fue de dos veces por semana. Se indica compra de bota de descarga más dos bastones y se aplica fieltro adhesivo semirrígido para favorecer descarga del pie, ya que el paciente no cumple indicación de reposo. Al 5° día se inicia tratamiento

de Oxígeno Localizado por noventa minutos a 50 milibares, por no tener pulso pedio ni tibial y continuar con dolor EVA 6, a pesar de estar consumiendo Tramadol en gotas cada 8 horas.

A los 13 días se retira parte de los puntos a la úlcera del muñón, quedando lesión de 2x1 cm de extensión con 80% de tejido granulatorio y 20% de tejido esfacelado, secreción turbia escasa, piel circundante descamada, Fotografía 2-A. La úlcera plantar está contraída en más de 50%, de 3x1 cm, piel macerada, con 80% de tejido granulatorio y 20% de esfacelo, secreción turbia moderada, Fotografía 2-B. Continúa con edema del pie, el dolor ha disminuido a EVA 2. Sigue con el mismo esquema de CA.

Comienza retiro de Oxígeno Localizado debido a que el paciente por motivos laborales debe viajar al sur del país y se ausentará durante un mes. En ese periodo se realizan CA por enfermera Monitor en Manejo de Heridas. Luego de más de 30 días de ausencia, paciente reingresa a la FINH con lesión del muñón de 1x0,5 cm con 100% de tejido de granulación, 90% cicatrizada, con dos úlceras plantares de 1x1cm y 2x1cm, 85% de tejido de granulación y 15% de tejido esfacelado, exudado escaso turbio, con hiperqueratosis plantar debido a desgaste de plantilla de bota de descarga y falta de fieltro. Las curaciones continúan con el esquema inicial, pero la cobertura primaria del muñón se cambia a tull de silicona y la plantar continúa con bacteriostáticos.

RESULTADOS

Después de 6 meses en CA, Oxígeno Localizado en los 3 primeros meses, uso de bota de descarga más fieltro y doble bastón ortopédico, el paciente es dado de alta de ambas úlceras con 100% de tejido epitelizado, Fotografía 3-A y 3-B. Queda con indicaciones de interconsulta a Fisiatra

FOTOGRAFÍA 2A

FOTOGRAFÍA 2B

FOTOGRAFÍA 3A

FOTOGRAFÍA 3B

para evaluación y fabricación de plantilla y calzado ortopédico. Además se educa en el lavado del pie con jabón sin perfume ni alcohol, evitar duchas prolongadas con agua caliente, secado de pie con toalla de papel o toalla de algodón de uso exclusivo, utilizar calcetines de algodón o bambú de colores claros, sin costuras, aplicación de crema 2 veces al día, observar ambos pies diariamente en busca de cambios de coloración fisuras o resequedades. Control en un mes.

CONCLUSIONES

Las curaciones avanzadas, el Oxígeno Localizado, las ayudas técnicas y un buen control metabólico, crean un ambiente favorable y previenen futuras complicaciones durante el proceso de cicatrización en úlceras de pie diabético neuroisquémicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aburto I, Morgado P, Julio R. Tratamiento Integral Avanzado de la Ulcera del Pié Diabético. Serie Guías Clínicas. [Internet]. Fundación Instituto Nacional de Heridas. 2012 [citado 1 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://booksmedicos.me/tag/tratamiento-integral-avanzado-de-la-ulcera-del-pie-diabetico-pdf/.
2. Marinel.lo Roura J, Verdú Soriano J (Coord.). Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I.). Documento de consenso 2018. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2018.
3. Gallego Estévez R, Camp Faulí A, Viel i Blasco C, Chaqués Salcedo N, Peñarrocha Fernández H. Alternativas para la descarga de la úlcera neuropática en el pie diabético. Avances en Diabetología. 2010;26(6):457-462.

9ª CAMPAÑA NACIONAL

PREVENCIÓN DE ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO

El 5 de Septiembre de 2018 se realizó la 9ª Campaña Educativa "Día Nacional de las Heridas" enfocado en la Prevención en Úlcera de Pie Diabético.

Con el apoyo de la OPS, MINSAL, SELH y las Universidades Mayor, Diego Portales, Santo Tomás, Antofagasta, Austral, Concepción y las empresas Johnson & Johnson, BSN y LBF.

DIA NACIONAL DE LAS HERIDAS

FUNDACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE HERIDAS

2018

La actividad fue realizada desde Arica a Punta Arenas y en las estaciones de Metros de Santiago, la que se desarrolló con mucho entusiasmo y alegría por parte de las enfermeras/os y personal de la salud, quienes pusieron toda su creatividad para educar a más de 30.000 personas a través del tríptico "Aprendamos sobre pie diabético".

También se tomaron glicemia capilar y presión arterial; 32% de los examinados presentaban glicemia capilar sobre valores normales, de ellos 7% no sabía que eran diabéticos y 40% reveló la presencia de hipertensión arterial sin tratamiento.

¡¡GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTA LINDA CAMPAÑA!!

DIA NACIONAL DE LAS HERIDAS
FUNDACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE HERIDAS
2018

La actividad fue realizada en 44 CESFAM, desde Arica a Punta Arenas, incluidas Isla de Pascua y Antártica y en 13 estaciones de Metro de Santiago