

La Ruta para el Cuidado
de una persona con:

Úlcera de pie diabético



Guía paso a paso, basada en la evidencia,
desarrollada por profesionales sanitarios,
para profesionales sanitarios.



Coloplast

Desarrollada por profesionales sanitarios para profesionales sanitarios

Esta ruta se ha desarrollado a partir de los comentarios y aportaciones de más de 2.200 profesionales sanitarios en el ámbito del cuidado de las heridas. Ofrece un abordaje práctico y basado en la evidencia, para el manejo de las úlceras de pie diabético y le permite poner en práctica la evidencia más reciente en cuidado de heridas.

Autores:

Terry Swanson, enfermera especialista, Australia; Dra. Caroline Dowsett, Reino Unido; Dr. José Ramón March García, España; Emily Greenstein, enfermera especialista, Estados Unidos; Dr. David Keast, Canadá; Dr. Long Zhang, China; Dra. Hester Colboc, Francia.

Adaptado por expertos en heridas españoles:

Dr. Jose Ramón March García, Francisco Pedro García Fernández, José Manuel Rosendo Fernández, Dr. César Varela, Jose Luis Fernández Casado, Mónica Arizmendi Pérez, Carmen Marquilles Bonet, Pere Coca Alvez, Juan Francisco Jiménez García y Mónica Cueli.

Referencias:

1. van Netten et al, Diabetes Metab Res Rev. 2020;36(S1):e3268.
2. Wounds UK (2021) Best Practice Statement: Addressing skin tone bias in wound care: assessing signs and symptoms in people with dark skin tones. Wounds UK, London. Available to download from: www.wounds-uk.com
3. Wounds Made Easy, Local Management of Diabetic Foot Ulcers, November 2017.
4. International Best Practice Guidelines: Wound Management in Diabetic Foot Ulcers. Wounds International, 2013. Available from: www.woundsinternational.com
5. IWGDF Wound Healing Interventions Guideline Recommendation #1.

Haga más corto el camino hacia la cicatrización de las heridas

Seguir los pasos de esta ruta le ayudará a proporcionar un entorno óptimo para la cicatrización de las úlceras de pie diabético y reducir el riesgo de complicaciones que podrían provocar un retraso en la cicatrización o peores complicaciones.

Cualquier consejo incluido en el presente documento debe aplicarse en el marco de los protocolos locales y de la práctica profesional individual.



Los códigos QR que aparecen en la parte inferior de las páginas de este libro le permiten acceder a herramientas útiles y a información detallada sobre los temas tratados.



Para acceder a herramientas útiles, escanee los códigos QR de color azul.



Para profundizar en los temas, escanee los códigos QR de color azul claro.



La mejor forma de comprender las recomendaciones que se ofrecen en este libro es en combinación con las orientaciones detalladas que se ofrecen en [La Ruta para el Cuidado de las Heridas](#). Cuando aparezca el icono del libro, significa que podrá encontrar más información allí.

Escanear o clicar el código para descargar
La Ruta para el Cuidado de las Heridas



¿Qué es una úlcera diabética?

Las úlceras de pie diabético se encuentran entre las complicaciones más habituales en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus. Suelen ir acompañadas de neuropatía y/o enfermedad arterial periférica (EAP) en la extremidad inferior.¹

Las causas más comunes

- El principal factor de predisponente para las úlceras de pie diabético es la neuropatía periférica (presencia de síntomas o signos de alteración nerviosa).
- Las úlceras de pie diabético suelen estar causadas por un traumatismo no reconocido debido a una neuropatía sensitiva.
- Es más probable la aparición de una úlcera cuando el pie presenta deformidad y cambia la dirección de las fuerzas de apoyo del mismo.
- Los puntos de presión en el pie pueden provocar que se formen callos, aumentando el riesgo de formación de una úlcera. Un callo es una úlcera a punto de aparecer.
- Los principales factores agravantes son la isquemia y la infección.

Tenga en cuenta que una persona con diabetes puede padecer los tres tipos de neuropatía periférica y que cada uno de ellos puede contribuir a la ulceración: **Neuropatía sensitiva**, que ocasiona una disminución de la sensibilidad táctil y dolorosa, favoreciendo la presencia de traumatismos no reconocidos (es la más frecuente).

Neuropatía motora, que da lugar a deformidades del pie, en particular, dedos en martillo, con prominencia de la cabeza de los metatarsianos asociada.

Neuropatía autonómica, que da lugar a disminución de la sudoración y fragilidad de la piel.

No todas las neuropatías periféricas están causada por la diabetes. Si la persona con neuropatía no tiene diabetes, debe investigarse si existen otras causas (por ejemplo, infecciones, cáncer, deficiencias nutricionales, falta de vitaminas, etc.).



Escanear o clicar para acceder a la **Guía del IWGDF**



Escanear o clicar para obtener más información sobre **las características típicas de las UPD según la etiología** (pág 5)

¿Qué aspecto tiene?



Úlcera de pie diabético en la zona plantar



Úlcera de pie diabético en la zona plantar



Úlcera de pie diabético en la zona del talón



Úlcera de pie diabético en raíz de dedo, con celulitis asociada

Paso 1

Cómo **evaluar** una úlcera de pie diabético

- Revise siempre los cambios en la piel y las uñas al iniciar la evaluación del paciente y la herida.
- Ante pacientes con tono de piel oscura, preste especial cuidado a un correcto diagnóstico de la presencia de escaras o necrosis.
- Valore la presencia de posibles infecciones, comparando un pie con el otro si es posible, analizando las diferencias de calor y textura.²



Úlcera de pie diabético infectada



Úlcera de pie diabético infectada con presencia de necrosis

- Utilice la prueba del monofilamento para realizar una evaluación sensorial. Si no dispone de equipo, utilice la prueba táctil de Ipswich touch test:  pida a su paciente que cierre los ojos y utilice la yema del dedo.
 - Para la evaluación vascular, palpe el pulso en varios puntos (pierna, tobillo y pie): femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio.
- !** **Pero, ¡ojo!** Si no palpa el pulso en alguna de las localizaciones previamente mencionadas, considere derivar a un especialista. En caso de detectar anomalías, puede realizar una prueba de Buerger o de presión dactilar, y si persisten las anomalías, derive a un especialista.



Palpación del pulso en diferentes localizaciones

- !** **Tenga en cuenta** que, debido a la presencia de calcificación arterial en los pacientes diabéticos, la presión en los dedos de los pies puede ser un indicador más preciso de la presencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) que el ITB, que es el patrón de referencia para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica.
- Evalúe las diferencias de temperatura entre el pie y la pantorrilla o entre el pie derecho y el izquierdo, utilizando el dorso de los dedos.
- Para realizar una evaluación musculoesquelética, en primer lugar identifique la localización de la úlcera.  Busque áreas de presión o deformidad; ¿está el mediopié caliente, enrojecido o hinchado? Evalúe el rango de movimiento de las articulaciones, especialmente el tobillo y el dedo gordo del pie. Por último, evalúe el dolor. ¡OJO! Tenga presente, que la aparición de dolor en un pie con neuropatía diabética puede/suele ser indicativo de presencia de infección.
- Finalmente, utilice una herramienta de evaluación validada, como el Triángulo de Evaluación de Heridas, para realizar una evaluación de la herida. 
 - Mida y anote el tamaño y la profundidad de la herida. 
 - Evalúe el lecho de la herida.
 - Evalúe el borde de la herida y la piel perilesional.
 - Evalúe los posibles signos de infección utilizando la Guía de la IWII sobre el continuo de infección en heridas y su manejo. 



Escanear o clicar para obtener instrucciones de **the Ipswich Touch test** (pág. 25)



Escanear o clicar para obtener información sobre **las evaluaciones musculoesqueléticas** (pág 11)



Escanear o clicar para acceder al **Triángulo de Evaluación de Heridas**



Escanear o clicar para acceder a la **Guía IWII para la gestión y el proceso continuo de la infección de heridas** (pág. 56)

Cómo diagnosticar una úlcera de pie diabético

→ En primer lugar, clasifique la herida utilizando un sistema validado de clasificación de las úlceras de pie diabético, como Wagner, SINBAD , TEXAS o WiFi, y asegúrese de que todos los miembros del equipo asistencial utilicen siempre el mismo sistema, incluidos los cuidadores informales (p. ej., los familiares).



Recuerde: cuando trate una úlcera de pie diabético, realice siempre una evaluación holística del paciente que tenga en cuenta la tríada diabética: estilo de vida, alimentación y control glucémico.

→ A continuación, determine si la herida es curable, de difícil cicatrización o no curable.

Paso 2

Cómo desarrollar un plan de tratamiento y cuidados

→ Tenga siempre presente que la causa o causas subyacentes de las úlceras de pie diabético pueden influir significativamente en el manejo clínico y deben determinarse antes de poner en marcha un plan de cuidados.⁴

→ Dado que diversos factores individuales del paciente pueden afectar directamente al proceso de cicatrización de una úlcera de pie diabético, debe tenerlos en cuenta a la hora de determinar su plan de tratamiento y cuidados:

- El control metabólico y de los factores de riesgo del paciente.
- El estilo de vida, el trabajo, el apoyo familiar y social o la capacidad funcional.
- El nivel socioeconómico, las creencias culturales/religiosas/filosóficas.
- El acceso al sistema sanitario.
- La adherencia a los planes de tratamiento.

→ El plan de tratamiento y cuidados debe reflejar un abordaje holístico del equipo asistencial. La cooperación y la comunicación entre los miembros del equipo asistencial multidisciplinar permitirá eliminar a tiempo los factores que afectan negativamente a la cicatrización de pie diabético.

→ Dado que un mal control glucémico se asocia a un retraso en la cicatrización de la herida, se debe incentivar a los pacientes a mantener un buen control glucémico (la HbA1c debe ser inferior al 7,5 % y lo más cercana posible al 6,5 %).

Sin embargo, un control estricto de la glucemia puede tener efectos adversos en los pacientes de edad avanzada, por lo que es importante trabajar con el equipo multidisciplinar para determinar el mejor plan de control glucémico para cada paciente.



Escanear o clicar para acceder al sistema de clasificación SINBAD (pág 199)

Paso 3

Cómo **manejar** una úlcera de pie diabético

- En primer lugar, limpie la herida utilizando limpiadores no irritantes, como agua potable, solución fisiológica o limpiadores de heridas.
- Desbride la herida de tejido no viable, y delamine los callos periulcerosos.
- Utilice el desbridamiento cortante para eliminar esfacelos, el tejido necrótico y el callo periulceroso, preferiblemente a otros métodos; debe tener en cuenta contraindicaciones para realizar dicho desbridamiento como el dolor o la isquemia grave.⁵ No desbride la lesión en presencia de isquemia de la extremidad, salvo presencia de infección supurativa.



Recuerde: El desbridamiento debe realizarlo un profesional sanitario cualificado y de acuerdo con su ámbito de actuación.



Ejemplos de desbridamiento

- La base para que cicatrice una úlcera de pie diabético es aliviar la presión sobre el pie. Por ello, la descarga es clave para la cicatrización.
- Fomente el uso de calzado especializado e informe a su paciente de que las úlceras de pie diabético deben tratarse incluso después de cerrarse, ya que requieren una monitorización continua y una descarga de por vida.



Escanear o clicar para acceder a los enlaces a la **herramienta de evaluación de las UPD** (pág 3)

Paso 4

Cómo **elegir el apósito** y el tratamiento adicional

- Para garantizar un entorno de cicatrización óptimo, elija un apósito que promueva la cicatrización ayudándole a conseguir una correcta gestión de la humedad y la carga biológica de la herida, al tiempo que se protege la piel perilesional.
- Asegúrese de que el apósito que elija pueda conformarse a la herida. No debe dejar ningún espacio muerto entre el apósito y el lecho de la herida (por sí solo o en combinación) para gestionar eficazmente el exudado y la carga bacteriana.



El apósito debe conformarse al lecho de la herida sin dejar espacio entre el apósito y la herida.



Apósito conformable al lecho de la herida utilizado en un talón.



Se puede utilizar un apósito de fibra gelificante para rellenar la cavidad y eliminar el espacio muerto.



Tenga en cuenta que elegir el apósito adecuado es importante, pero es solo una parte del proceso de cicatrización. Cuando se trata de úlceras de pie diabético, es fundamental aliviar la presión del pie y centrarse en el tratamiento de la isquemia y la infección.

- Póngase en contacto con su Unidad de Pie Diabético de referencia si existe la necesidad de terapias adicionales. Se debe considerar un análisis de la marcha, un estudio endocrinológico y un abordaje nutricional.



Escanear o clicar para obtener información sobre **la descarga en pie diabético**



Escanear o clicar para acceder a la **Guía sobre Apósitos y Cuidado de Heridas** (pág 17)

Paso 5

Cómo **supervisar** la progresión

- ❗ **Tenga en cuenta** que las úlceras de pie diabético deben ser evaluadas y revisadas de forma continua: el paciente debe revisarse de forma habitual, además de las revisiones periódicas por parte de un profesional.
- Monitoree los cambios en el tamaño de la herida, ya que la ausencia de cambios puede indicar que la cicatrización está estancada. Una reducción en la superficie de la herida del 10-15 % a la semana o >50 % tras cuatro semanas de tratamiento indica que la herida está cicatrizando adecuadamente.³
- Las inspecciones periódicas de los pies son fundamentales. Debe buscar lesiones preulcerosas y callosidades.
- Haga comprender a sus pacientes:
 - Los factores de riesgo intrínsecos.
 - Los cambios necesarios en el estilo de vida.
 - El cuidado óptimo de la piel.
 - La necesidad de descarga.
- Eduque al paciente sobre el autocuidado y los signos de alarma tempranos.

Cuándo **consultar** o **derivar** a un especialista

- ❗ Cuando sospeche de la existencia de una úlcera de pie diabético y requiera una evaluación y diagnóstico específico (todas las úlceras de pie diabético deben derivarse a los especialistas del equipo asistencial).
- ❗ Si se visualiza hueso en el fondo de la úlcera o éste puede tocarse con una pinza o estilete (test de “probe-to-bone” positivo).
- ❗ Ante la sospecha de infección (recuerde que las úlceras de pie diabético infectadas no siempre presentan los signos clásicos de infección: compruebe si hay calor, hinchazón, dolor y secreción purulenta o maloliente).
- ❗ Si no hay progresión en la cicatrización o hay deterioro de la herida que está tratando.
- ❗ En caso de tunelización o socavación significativa en la herida.
- ❗ Si el paciente refiere dolor en el pie con alteración sensitiva.
- ❗ En caso de calor, hinchazón o dolor en el pie.
- ❗ Si se sospecha la presencia de isquemia, se debe derivar para realizar una evaluación vascular completa.
- ❗ Para realizar una adecuada estratificación del riesgo de ulceración en función de la escala de riesgo del IWGDF.



Escanear o clicar para acceder
al **examen del pie diabético**
de 3 minutos (pág 5)

Glosario de términos relacionados con la úlcera de pie diabético

Diabetes mellitus: grupo de enfermedades que afectan a la forma en que el organismo metaboliza el azúcar de la sangre (glucosa).

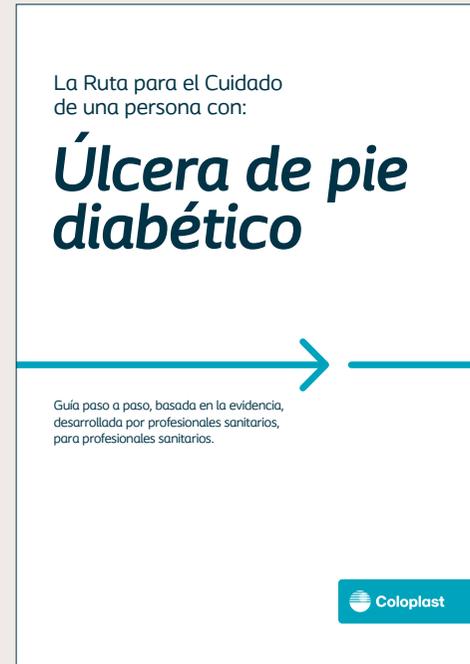
Enfermedad arterial periférica (EAP): estrechamiento u obstrucción de los vasos que transportan la sangre del corazón a las piernas.

Isquemia: falta de riego sanguíneo en una determinada parte del organismo, que puede provocar daños en los tejidos por falta de oxígeno y nutrientes.

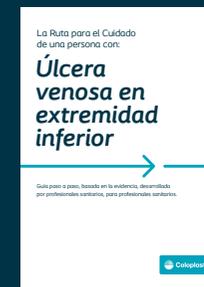
Prueba de Buerger: una prueba en dos etapas destinada a evaluar la adecuación de la irrigación arterial de la pierna. Con el paciente en decúbito supino, eleva ambas piernas en un ángulo de 45 grados y manténlas durante uno o dos minutos. Observa el color de los pies (la palidez indica isquemia). A continuación, pídele al paciente que se siente y que deje caer las piernas por el lateral de la cama en un ángulo de 90 grados. En una pierna isquémica, la piel primero se vuelve azul, ya que la sangre se desoxigena a su paso por el tejido isquémico, y luego roja, debido a la hiperemia reactiva por vasodilatación posthipoxia.



Para acceder a un glosario de términos generales sobre el cuidado de las heridas, consulta [La Ruta para el Cuidado de las Heridas](#)



¡Esperamos que esta ruta le haya resultado útil!
Para obtener orientación sobre otros **tipos de heridas:**





www.coloplast.es

Síguenos en www.menosdiasconheridas.com

Ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Urology Care

Todos los derechos reservados para Coloplast A/S Coloplast Productos Médicos S.A.

Calle Condesa de Venadito 5, 4ª planta 28027 Madrid, España.