



## INTRODUCCIÓN

El pie diabético representa una de las complicaciones crónicas enmarcada dentro de la enfermedad diabética, que se debe a alteraciones estructurales y funcionales del pie, lo que provoca, entre otros efectos, las úlceras del pie diabético.

Dentro de los cambios funcionales que conlleva a esto es un estado de hiperglucemia mantenido en el tiempo que suele estar acompañada de clínica concomitante, como puede ser la presencia de infección y dolor.

La amputación es una complicación del pie diabético que interfiere en la calidad de vida de los pacientes que la padecen afectando a áreas no solo físicas, sino además sociales y psicológicas.

El profesional de Enfermería desempeña un rol fundamental en el proceso de atención de las personas con diabetes, tanto en la prevención de complicaciones, como en la intervención para la resolución de las mismas.

La incidencia total de aparición anual de úlceras en pacientes diabéticos alcanza el 2-4%.

Actualmente, más de un millón de diabéticos por año sufren una amputación. De estas, un 75,8% presentaba el miembro ulcerado previamente. Además, se estima que la incidencia de aparición de una nueva úlcera o nueva amputación asciende al 50% entre el segundo y quinto año tras la primera amputación de miembro inferior.

Las tasas de mortalidad asociadas al desarrollo de una úlcera de pie diabético se encuentra en torno al 5 % en el primer año y a un 42 % a los cinco años.

## OBJETIVOS

Acercar al colectivo de enfermería nuestra experiencia del abordaje de una cura tórpida sobre un pie diabético amputado.

Simplificar y unificar los cuidados en las consultas de enfermería para así poder contrastar resultados y avanzar en el ámbito científico.

## MÉTODO

Realizamos una valoración integral de dicho paciente por patrones de Gordon y dentro del patrón nutricional-metabólico procedemos a evaluar la herida con la escala resvech y abordamos con el método TIME.

Tras dicha evaluación establecemos un método de cura consensuado con los conocimientos y recursos disponibles.

Se proponen los siguientes diagnóstico a abordar con sus objetivos (NOC) e intervenciones (NIC)

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
0046 Deterioro de la integridad cutánea	101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas 1103 Curación de la herida por segunda intención	3420 Cuidados del paciente amputado 3660 Cuidados de las heridas 5603 Enseñanza: cuidados de los pies 6540 Control de infecciones
00044 Deterioro de la integridad tisular	0422 Perfusión tisular periférica	3664 Cuidado de las heridas: ausencia de cicatrización
00004 Riesgo de infección	0703 Severidad de la infección 1842 Conocimiento: control de la infección	3660 Cuidados de las heridas 6550 Protección contra las infecciones 3590 Vigilancia de la piel 6540 Control de infecciones

Tabla 1: Plan de cuidados enfermeros.

## RESULTADOS

Varón de 61 años que tras una amputación transmetatarsiana desarrolló herida de evolución tórpida de un año de evolución que dificulta la cicatrización.

Acude a consulta del centro de salud en Enero 2023 con una primera amputación de primer y segundo dedo pie derecho. Posteriormente, se le realiza por empeoramiento clínico e infección múltiple de dicha herida ampliación de la amputación a nivel transmetatarsiano en mayo de 2023.

Comienza así el inicio de 1 año de antigüedad hasta la actualidad la cura de dicha herida.

Las pautas de curas se establecieron con la siguiente estratificación:

En un principio comenzamos con curas cada 24 horas durante 2 semanas.

El resto de tratamiento se mantienen curas cad 48 hora al tener controlado las complicaciones sin infecciones ni sistémicas ni localizadas.

A continuación exponemos los diferentes métodos de cura que se han seguido durante estos meses.

## RESULTADOS

Fecha y foto	T.I.M.E	Resvech	Pauta de cura
	Tejido: granulación en lecho y tejido desvitalizado Infección/Inflamación: no presente Humedad: moderado Borde: hiperqueratósicos	6	Limpieza: Jabón líquido de ozono. Desbridamiento: quirúrgico. Apósito primario: Fibra poliabsorbente. Apósito secundario: apósito de espuma adaptable. Protección de piel perilesional con óxido de zinc.
	Tejido: granulación en lecho y tejido desvitalizado Infección/ inflamación Humedad: moderado Borde: hiperqueratósicos	6	Limpieza: fomento con agua purificada, betaína y polihexanida (prontosan). Desbridamiento: quirúrgico. Apósito primario: Fibra de DACC (cutimed) Apósito secundario: fibra de alginato (polisacárido aniónico) y apósito de espuma adaptable. Protección de piel perilesional con óxido de zinc.
	Tejido: granulación en lecho y tejido desvitalizado Infección/Inflamación Humedad: controlado Borde: hiperqueratósicos	6	Limpieza: limpieza con agua ionizada, sal marina e hipoclorito de sodio (ActiMaris), fomento con agua purificada, betaína y polihexanida (prontosan). Desbridamiento: quirúrgico. Apósito primario: fibra de alginato (polisacárido aniónico). Apósito secundario: apósito de espuma adaptable. Protección de piel perilesional con óxido de zinc.
	Tejido: granulación en lecho y tejido desvitalizado (muy escaso) Infección/Inflamación Humedad: escaso Borde: hiperqueratósicos	6	Limpieza: limpieza con agua ionizada, sal marina e hipoclorito de sodio (ActiMaris), fomento con agua purificada, betaína y polihexanida (prontosan). Desbridamiento: quirúrgico. Apósito primario: fibra de alginato (polisacárido aniónico). Apósito secundario: apósito de espuma adaptable. Protección de piel perilesional con óxido de zinc.

Tabla 2: Evolución cuidados de herida tórpida

## CONCLUSIÓN

Uno de los factores más determinantes ha sido el establecimiento de un esquema común con el método TIME para realizar dicha cura, eliminando así la variabilidad en la práctica clínica, así como una reducción del coste económico del tratamiento, a través del uso racional de apósitos, el material necesario y la frecuencia de curas.

Por otro lado, ha resultado fundamental el control del exudado, la infección y el desbridamiento quirúrgico de la zona hiperqueratósica, hasta conseguir una disminución bastante importante de ambos lechos de herida. Se ha mantenido estas pautas durante 7-10 días y si no ha mejorado se ha cambiado pauta de manera consensuada.

Queremos poner en valor el uso de escalas de valoración y herramientas para el abordaje de heridas crónicas que actualmente los profesionales tenemos a nuestra disposición y así extender pautas de curas más unificadas y estructuradas.

## BIBLIOGRAFÍA

Lima NKG de, Silva JC da, Rebouças CB de A, Coura AS, Félix ND de C, França ISX de. Amputación por complicaciones de la diabetes: protocolos de atención de enfermería. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87683>.

Lobera Salvatierra, Esmeralda Inocencia; Mongío Pardo, Ana Belén; Ofín Guarga, Nieves; Vizcaíno Bricio, Blanca; García-Moyano, Loreto. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento y terapias existentes para las úlceras del pie diabético. Nuberos Científica. 2020; 4(30): 16-0. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/nc/3016nc> [acceso: 16/09/2024]

Hernández Pérez Mileidys, García Seco Felicia Begoña. Indicadores de valor pronóstico de amputación en pacientes hospitalizados con pie diabético. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Sep 16]; 21(3): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-00372020000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372020000300007&lng=es). Epub 22-Ene-2021.