PROCESO DE CURACIÓN DE UNA ÚLCERA CRÓNICA COMPLEJA EN UN PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

HEALING PROCESS OF A COMPLEX CHRONIC ULCER IN A PATIENT WITH DIABETIC FOOT

Autores: María Dolores Ruiz-Gramuntell (*) (1), Inmaculada Rubio-Sesé (1)

(1) Enfermera (RN). Centro de Salud de Liria (Valencia).

Contacto (*): loles16@yahoo.es

Fecha de recepción: 01/06/2020
Fecha de aceptación: 26/08/2020

Ruiz-Gramuntell MD, Rubio-Sesé I. Proceso de curación de una úlcera crónica compleja en un paciente con pie diabético. Enferm Dermatol. 2020; 14(40): e01-e05. DOI: 10.5281/zenodo.4011227

RESUMEN:

Se expone el caso de una mujer diabética de 61 años que presenta una úlcera hipergranulada con un año de evolución tórpida, curada por diferentes profesionales. El artículo destaca la gestión de una cura por un único profesional y la importancia de la continuidad de cuidados, siguiendo las pautas dicho profesional y la importancia de la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Pie diabético, hipergranulación, infección, proceso evolutivo.

ABSTRACT:

The case of a 61-year-old diabetic woman with a hypergranulated ulcer with a torpid year of evolution is presented, cured by different professionals. The article highlights the management of a cure by a single professional and the importance of continuity of care, following the guidelines said professional and the importance of adherence to treatment.

Keywords: Diabetic foot, hypergranulation, infection, evolutionary process.

INTRODUCCIÓN:

La diabetes es una enfermedad crónica, con una incidencia en España de 11,58 casos por 1.000 personas y una prevalencia del 13,8%, destacando que el 10% no poseen el diagnóstico de la enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los criterios que definen a una persona diabética son: glucemia al azar de igual o mayor de 200 mg/dl en presencia de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicable), glucemia en ayunas al menos de 8 horas, igual o mayor, de 126 mg/dl, glucemia igual o mayor de 200 mg/dl a las dos horas tras la sobrecarga oral con 75 gramos de glucosa, hemoglobina glucosilada (HbA1c) igual o mayor 6,5% (1).

Hoy por hoy la diabetes es un gran problema de salud, debido a su cronicidad y la degeneración del sistema renal y/o ocular, así como las complicaciones cardiovasculares cuando no se controla debidamente. Aproximadamente un 15% de los pacientes diabéticos desarrollan problemas en los pies, afectando en mayor medida a los pacientes entre 45 y 65 años. Se debe considerar que la diabetes mellitus es la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores.

El pie diabético es la alteración clínica de origen preferentemente neuropático, inducida por una situación de hiperglucemia mantenida. A esta puede añadirse un proceso isquémico con desencadenante traumático, produciendo una lesión ulcerosa en el pie. Clínicamente nos encontramos con estas úlceras, que en algunas ocasiones pueden derivar en gangrena o amputación(2).

Podemos clasificar el pie diabético de la siguiente forma (3):

- Pie neuropático, siempre y cuando aparezca pérdida de sensibilidad, atrofia muscular y deformidad del pie.
- Pie isquémico, si aparece frialdad, palidez y ausencia de pulsos arteriales.

- Pie en riesgo de ulceración, cuando se unen el neuropático y el isquémico junto a factores de riesgo no controlados.

- Pie en riesgo de amputación, si aparece la úlcera más factores de riesgo no controlados.

- Existen diferentes factores de riesgo que nos pueden llevar a sufrir lesiones en los pies, entre ellos: **La neuropatía diabética,** como consecuencia de la presencia de niveles inadecuados de glucosa en sangre y otros factores como la hipertensión, la hipercolesterolemia que concurren con frecuencia en personas con diabetes, pueden alterar las fibras nerviosas de cualquier localización, especialmente en los pies. Dando lugar a un grupo de trastornos con características específicas[1].

  Existen tres tipos de neuropatías diabéticas:

  - Sensitivo-motora, consistiendo en la pérdida de sensibilidad y la percepción incorrecta de sensación táctil y dolor al roce, especialmente durante la noche. Además, es la más frecuente.
  - Autónoma.
  - Mono-neuropatía.

  Como ocurre en la diabetes, la fase inicial es asintomática, incluso durante años. En muchos casos la aparición de la úlcera nos alerta acerca de la neuropatía diabética. Debido a la pérdida de sensibilidad existe una predisposición a la lesión, sumado a ello, el cambio de temperatura y el uso de calzado inadecuado[2].

  Cuando se alteran las fibras motoras es posible que la distribución de la presión en la planta del pie no sea la adecuada, lo cual puede conducir a una atrofia muscular que modifique la marcha. Todo ello incrementa la presión plantar en zonas anómalas, produciendo así la aparición de lesiones como el mal perforante plantar[1].

  El mal perforante plantar, es una solución de continuidad de la piel con pérdida de sustancia, debido a un proceso necrótico, que aparece en los puntos de presión de la planta del pie con tendencia a progresar hacia estructuras subyacentes, con poca o nula tendencia a la curación[4]. Es indoloro en la mayoría d los casos, por lo que pasa desapercibido hasta la presencia de lesión evidente. En el caso clínico que se presenta, también se produjo esta lesión **(Imagen 1).**

Imagen 1. Aspecto del mal perforante plantar.

- La enfermedad vascular periférica, que puede determinar la evolución de las lesiones hacia la amputación.

- Otros factores de riesgo pueden ser la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, el hábito tabáquico y la baja situación socioeconómica.

Según la clasificación Wagner entendemos como grado 0 cuando no aparece ninguna lesión, pero encontramos un pie con riesgo (callos, dedos en garra…); como grado I si aparece una úlcera superficial, grado II cuando encontramos una ulcera profunda que afecta a grasa y ligamentos y está infectada. Grado III se considera cuando aparece un absceso, la ulcera es extensa y profunda tiene abundante secreción y mal olor. El grado IV es una gangrena limitada con necrosis. Grado V se considera cuando aparece una gangrena extensa con todo el pie afectado[5].

El caso clínico que se presenta, se encuentra entre el grado II – III según la clasificación de Wagner. Dado que se trata de un problema de salud de alta prevalencia, el tratamiento debe ser multidisciplinar y combinado[6].

El objetivo principal del presente artículo fue mostrar el tratamiento aplicado a una úlcera de pie diabético infectada.

Como objetivos secundarios se buscaba[7]:

- Mostrar la importancia de la detección precoz del pie diabético.
- Hacer hincapié en el seguimiento por parte de un único profesional.
- Resaltar el papel fundamental de la enfermera, en la educación preventiva y los controles rutinarios en pacientes crónicos diabéticos.
- Promocionar la salud.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes e historia médica:

Mujer de 61 años con diabetes tipo II insulino-dependiente, desde hace 5 años. La paciente presenta antecedentes de hipertensión, dislipemia y obesidad grado I.

Exploración:

- La paciente acude a curarse a la consulta de urgencias (CSI Liria, Valencia).
- Se aprecia lesión hipergranulada de un año de evolución (Imagen 2). Se revisa la historia clínica y se observa que la han curado diferentes profesionales con distinto criterio.
- Se le propone a ella y a su médico de atención primaria (MAP) continuar las curas por parte del equipo de enfermería.

Imagen 2. Aspecto de la lesión en la primera visita.

Diagnóstico:

- Elaboramos un plan de cuidados de enfermería interrelacionando las taxonomías de diagnóstico enfermero (NANDA), objetivos de resultado (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC). Así conseguimos una mejor planificación de los cuidados, que nos permite evaluar de forma dinámica cada uno de los resultados que se plantean[8].

- Teniendo en cuenta que el caso que se presenta se encuentra entre el grado II–III.; las etiquetas diagnósticos NANDA más relacionadas serían:

DIAGNÓSTICOS NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
0085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA. Deterioro de la movilidad física r/c trastorno neuromuscular, dolor y molestia m/p limitación de la capacidad para deambular.	1820 Conocimiento: control de la diabetes. 1605 Control del dolor 1843 Conocimiento: manejo del dolor.	1800 Ayuda al autocuidado. Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes. 1660 Cuidados de los pies 1400 Manejo del dolor.
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA. Deterioro de la integridad cutánea, r/c sensibilidad y circulación alteradas m/p interrupción de la continuidad de la piel.	1619 Autocontrol, diabetes 0305 Autocuidados. Higiene 1103 Curación de la herida: por segunda intención 1101 Integridad tisular: piel y embranas mucosas.	1804 Ayuda con los autocuidados: Aseo 5603 Enseñanza: cuidados de los pies. 3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidados de las heridas. Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir curar las heridas.- Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos.
00004 RIESGO DE INFECCIÓN Riesgo de infección r/c destrucción tisular, y aumento de la exposición ambiental.	1842 Conocimiento: control de la infección 1908 Detección del riesgo.	6540 Control de infecciones. - Poner en práctica las precauciones universales. - Asegurar una técnica adecuada para el cuidado de heridas. - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos.
00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL Trastorno de la imagen corporal r/c factores biofísicos y perceptuales.	1300 Aceptación: estado de Salud.	5510 Educación sanitaria 4920 Escucha activa 5395 Mejora de la autoconfianza 5220 Potenciación de la imagen Corporal.
00155. RIESGO DE CAÍDAS Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física.	1909 Conducta de prevención de caídas. 1910 Ambiente seguro del hogar 1828 Conocimiento: prevención de caídas.	6610 Identificación de riesgos 6486 Manejo ambiental: seguridad 6490 Prevención de caídas.

Tabla 1. Plan de cuidados de enfermería.

Tratamiento o plan de evolución:

- Se inician curas con Metilprednisolona 20 mg (esteroide sintético activo) a nivel tópico, y cura oclusiva durante 48 horas. Se aprecia mejoría.

- Se procede a realizar cultivo microbiológico con resultado de Staphylococcus Aureus Meticilin Resistente por lo que se le pauta Mupirocina tópica y antibioterapia oral **(Imagen 3)**.

Imagen 3. Aspecto de la lesión tras 4 citas, a partir de la cual se le pauta mupirocina tópica.

- Se aplica, para reducir la hipergranulación persistente, Nitrato de Plata en dos sesiones consecutivas **(Imagen 4)**.

Imagen 4. Aspecto de la hipergranulación tras la 5ª visita.

Resultados:

Tras 2 semanas de tratamiento y cuidados, la lesión se resolvió.

Como se observa en la **Imagen 5,** no existe rastro de lesión tras el tratamiento. Así mismo, el dolor se redujo notoriamente, mejorando la calidad de vida de la paciente.

Imagen 5. Lesión resuelta.

DISCUSIÓN: (1-8)

Ante la falta de protocolización en la curación de úlceras de pie diabético, y posteriormente a la aplicación del Metilprednisolona tópico. El plan de tratamiento, se dirigió a la antibioticoterapia tópica y oral. A pesar de que no existen datos que avalen el tratamiento antiobioterápico de las úlceras crónicas aún con cultivo positivo, en nuestro caso, el resultado con la Mupirocina, fue exitoso junto con el antibiótico oral.

Debido a que la infección afecta a planos superficiales, con el corticoide local y posterior limpieza, fue suficiente. Sin embargo, en infecciones graves es necesario el desbridamiento quirúrgico.

En este tipo de úlceras basta con un pequeño curetaje que elimine restos necróticos y ayude a estimular el crecimiento de los bordes. Del mismo modo, no fue necesario ningún tipo de descarga por la situación de la úlcera.

El control del dolor es esencial para mejorar la función y calidad de vida. En nuestro caso, durante los primeros días fue necesario la analgesia pautada, Metamizol, así como medidas higiénico-dietéticas como la colocación de la extremidad en declive y calzado de protección.

CONCLUSIÓN:

En base a todo el proceso curativo de esta úlcera cronificada, cabe destacar la importancia y el papel fundamental de enfermería. La formación del personal en la realización de exploraciones de cribaje en el pie diabético, con

el fin de detectar situaciones de riesgo, es indispensable para evitar diagnósticos tardíos.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Se declara que no existe ningún tipo de conflicto de interés o financiero.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Repáraz Asensio L, Sánchez García-Cervigón P. El pie diabético. An Med Interna. 2004; 21(9):417-9.

2. Del Castillo-Tirado RA; Fernández-López JA; Del Castillo-Tirado FJ. Guía de práctica clínica en el pie diabético. Archivos de Medicina. 2014; 10(2):1. doi: 10.3823/1211

3. Tizón Bouza E, Dovale Robles MN, Fernández García MY, Fernández Veiga C, López Vilela M, Mouteira Vázquez M, et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. Aten Primaria. 2004;34(59): 263-71.

4. Giralt de Veciana E. Mal perforante plantar. Revista Española de Podología. 1994; 5(3): 112-6.

5. Custodio-López JJ. Pie diabético. [Presentación online en Power Point]. emagister.com

6. Blanes JI, Clará A, Lozano F, Alcalá D, Doiz E, Merino R, González Del Castillo J, Barberán J, Zaragoza R, García Sánchez JE. Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. Angiología. 2012;64(1):31-59.

7. Díaz-Salina L, Iser-Rondon D, Pérez-Fuentes D, Díaz-Salina R, Palacio-Verdecia Y. Tratamiento y evolución de pacientes con úlceras de pie diabético. Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2015; 16(1): 29-36.

8. Martínez-Gómez D. Tratamiento de la infección del pie diabético. Cirg Esp. 2004; 76(1): 9-15.