



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Juan Bernardo Hernández López

Docente: DR. CRUZ DOMINGUEZ JESUS EDUARDO

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Clínicas médicas complementarias

Grado: 7°

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de noviembre de 2023.

El pie diabético es un pie con heridas e úlceras de una persona que padece diabetes. El pie diabético se produce debido a la deficiencia de los nervios periféricos.

El pie diabético es una de las complicaciones de la Diabetes Mellitus que se presenta en pacientes con 50 años de edad. Debido a esta enfermedad, el paciente tiene un gran impacto en su movilidad y sensibilidad. Esto es la causa más frecuente de amputación no traumática en pacientes mayores de 50 años.

La presencia del pie diabético es el reflejo de un mal control de la glucosa en esta población.

La úlcera del pie es un común y afecta alrededor del 15%-25% de los pacientes durante toda su vida. Alrededor del 30%-45% de las amputaciones de la extremidad inferior son precedidas por úlceras del pie. La úlcera del pie constituye la razón más común de neuroartropatía de Charcot.

El pie diabético es una alteración clínica de base etiológica neuropática inducida por la hiperglucemia sostenida, en la que con o sin existencia de isquemia y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

Existen manifestaciones clínicas de neuropatía como son dolor, ardor, entumecimiento y parestesias. Las manifestaciones de la artropatía son hipertrofia muscular y cambios de coloración de la piel (manchas color ecre):

La búsqueda dentro de un programa estructurado de atención al pie reduce de forma no significativa las úlceras y amputaciones menores. En pacientes con DM 2 la combinación de ejercicio de intensidad anaeróbica es superior, se recomienda la realización de ejercicio físico regular y continuado.

FACTORES DE RIESGO: presentar neuropatía periférica, insuficiencia arterial, deformidad del pie, presión plantar elevada, historia previa de ulceración y/o amputación, callosidad plantar.

BUSQUEDA DEL PIE DIABÉTICO: debe comprender inspección del pie y los tejidos blandos, valoración del calzado, exploración musculoesquelética, valoración de síntomas de enfermedad.

---CADA PACIENTE DEBE DE TENER UNA VALORACION--- Analizar por especialista y si tiene factores de riesgo la evaluación debe de ser periódica cada 3 a 6 meses/ La exploración del pie debe ser diaria.

La exploración del médico debe incluir; la inspección visual, la búsqueda intencionada de neuropatía y enfermedad vascular periférica. EL PIE DEL DIABÉTICO SE CLASIFICA= con alto y bajo riesgo de ulceración si presenta cualquier dato siguiente; úlcera previa, pérdida de la sensibilidad, deformidad del pie por compresión circulatoria o que no tenga auto cuidado.

El diagnóstico oportuno de las lesiones del pie está relacionado con la
buena exploración por el paciente y con la búsqueda interconformada de
factores de riesgo por el personal de salud.

El diagnóstico de una infección local se basa en en signos y síntomas.
Los exámenes de laboratorio incluyendo los microbiológicos son muy
limitados para hacer diagnóstico excepto en el caso de osteomielitis.
Una radiografía simple del pie es útil en todos los casos, buscando
osteomielitis, otras patologías osseas o gas en presencia de infección
clínica.

La mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de lesión
en tejidos blandos es la resonancia magnética nuclear.

----TRATAMIENTO----

No existe suficiente evidencia que sustente el uso de antibioticoterapia en
ulceras clínicamente sin infección.

La antibióticoterapia es necesaria en todas las úlceras infectadas
pero en suficiente si se cuidados de la herida, puede darse manejo
empírico a base de cefalosporinas vía oral, amoxicilina-ácido clavulánico,
macrólidos (clindamicina o eritromicina), penicilina y fluoroquinolonas

----CRITERIOS DE REFERENCIA----

Los criterios de consulta con otros niveles especializados deben
preservar contacto continuo con los pacientes diabéticos. Deben
considerarse los niveles de información y capacitación de los distin-
tos equipos, los medios disponibles en cada centro y la existencia
de protocolos conjuntos con los niveles especializados.

Los criterios de referencia al especialista son: arteriopatía periférica
con color de reposo o dolor nocturno en miembros inferiores.

Aumento de la claudicación intermitente y presencia de úlcera.
Referir al px con claudicación significativa o al especialista.

Referir a los pacientes fumadores, con pérdida de la sensibilidad
y anomalías estructurales o con historia de complicaciones de
la extremidades inferiores, con un especialista del cuidado del pie
para un cuidados preventivo y una supervivencia a largo plazo.

Referir de manera urgente dentro de las primeras 24 horas si hay una
úlcera, cambios de coloración en cualquier parte o en todo el pie
como enrojecimiento, palidez, cianosis, necrosis.