

Portada institucional

Incidencia de Pie Diabético

Presenta:

Michell Guillen Soto

Julio Cesar Domínguez Costa

Tesis colectiva

Asesor:

E.E.C.C. Marcos Jhodany Arguello Gálvez.

(Titulo)

INCIDENCIA DE PIE DIABETICO EN PACIENTES QUE
INGRESAN A CLINICA DE HERIDAS EN EL HOSPITAL
MARIA IGNASIA GANDULFO, DURANTE EL PERDIODO
(fecha)

Agradecimientos y dedicatorias

índice general

Introducción

Planteamiento del problema

Santos- Flores, Jesús Melchor. (2017).

La encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) identifico a 6.4 millones de diabéticos (9.2% de la población adulta). Se registro que un 30% de los pacientes presentan complicaciones. Existen distintas complicaciones que se desarrollan durante la diabetes mellitus, del total de individuos que refieren diagnóstico previo, 47.6% presenta visión disminuida, 38% ardor, dolor o perdida de sensibilidad en los pies, 13.9% daños en la retina. Como complicaciones más graves son la amputación, 2% (128 mil) reportaron amputaciones por pie diabético, 1.4% diálisis, 2.8% infartos. El pie diabético constituye uno de los problemas y complicaciones más relevantes y quizás el sitio del organismo en el que más se hace evidente el efecto devastador de las complicaciones.

Scielo. (2023).

El pie diabético es una infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos de los pies. Se relacionan con alteraciones neurológicas y arteriopatía en las extremidades inferiores, la prevalencia mundial del pie diabético varía entre el 1.3% y 4.8%. En los países desarrollados oscila entre el 4% y 10%, como en México.

Gabriela V. (2020).

En América latina la incidencia de pie diabético es variable, pero se estima que entre el 15% y el 25% de las personas con diabetes mellitus desarrollan úlceras en el pie, para estudiar el pie diabético se han realizado estudios trasversales en los que se han analizado los datos de pacientes hospitalizados con un resultado de incidencia anual del 2%.

La incidencia del pie diabético depende de algunas alteraciones de cada persona, ya sea genéticamente o socialmente, esto conlleva que los pacientes tengan diferentes factores de riesgo que implica una alta demanda a los servicios de salud de cada país para poder llevar un control y un seguimiento de cada paciente y cada proceso.

Secretaria de Educación (2018).

Se estima que entre el 15% y el 25% de los pacientes diabéticos en México desarrollan úlceras en las extremidades inferiores, el gobierno de México indicó que el 20% de las consultas en clínica de heridas es por pie diabético, por lo que se emplea la intervención de varios especialistas para un tratamiento integral donde la larvaterapia es clave para la cicatrización.

Diario del Sur. (2023).

En Chiapas se reportan entre 13 y 18 nuevos casos de pie diabético al mes, reflejando un crecimiento importante y preocupante de esta condición entre los habitantes del estado por lo que en los hospitales de Chiapas se atiende a un promedio mensual de 250 pacientes con pie diabético, por lo que se trabaja arduamente en materia de prevención y el tratamiento adecuado para evitar la mutilación de los miembros, para mejorar la calidad de vida de quienes padecen de esta enfermedad.

Como país es alto la prevalencia de tener diabetes, como resultado de la gravedad de la enfermedad se desarrolla el pie diabético, dicha patología tiene una gran tasa de aumento cada año y en el sector salud es preocupante ya que para el manejo de los pacientes es más complejo y requiere de más recursos tanto como económico y personal. En Chiapas, los datos son claros de que es uno de los estados con menos prevalencia de pie diabético si lo comparamos con

los demás estados del norte, hay muchos factores que pueden conllevar a este resultado, sin embargo, es una patología que debemos de tratar para poder dar una solución y que los pacientes sean tratados de mejor manera y su evolución sea positiva, en base a lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es la incidencia de pie diabético en pacientes que ingresan a clínica de heridas en el hospital maría Ignacia Gandulfo, durante el periodo (fecha)?**

Pregunta de investigación

¿Cuál es la incidencia de pie diabético en pacientes que ingresan a clínica de heridas en el hospital maría Ignacia Gandulfo, durante el periodo (fecha)?

Justificación

La mortalidad en pacientes con pie diabético es alta, esto depende de diferentes factores, como lo son: la edad, sexo, presencia de enfermedades renales o cardiovasculares, también uno de los factores que influyen en la tasa de mortalidad es la amputación ya que hay pacientes que, a partir de ella, presentan diversas complicaciones.

El pie diabético es una de las principales complicaciones de la diabetes, se recopiló información sobre las complicaciones de la diabetes dividiéndola en dos categorías las leves y las graves, en las leves se encuentran lesiones visuales de retina, dolor, pérdida de sensibilidad, entre otras. En las graves se pueden encontrar, presencia de úlceras, hasta la amputación.

En nuestro país, una de las principales enfermedades a desarrollar diferentes complicaciones y no tratarlas es la diabetes, ya sea porque no conocemos tanto sobre ella o por que no tenemos los recursos necesarios para tratar dicha patología, o también en la disponibilidad de los recursos para tratar la diabetes. Como cualquier otra patología tienen sus complicaciones y puede llevar a desencadenar diferentes problemas en la vida cotidiana y con esto conlleva a no poder tener una vida más simple y buena.

Esto genera un problema en la sociedad, ya que afecta principalmente a esta y a los establecimientos en el servicio de salud, ya que al no mantener un control en la enfermedad base que es la diabetes, se generan diversas complicaciones que alteran las funciones del organismo y por lo tanto genera una aglomeración en los establecimientos de servicio de salud, genera falta de personal y desabastecimiento de materiales en los centros hospitalarios.

Una vez obteniendo los resultados se pretende desarrollar un plan para llevar un control más amplio y más específico para dicha patología, el pie diabético es una de las complicaciones de la diabetes, llevar a cabo una recopilación de datos sobre cuantas personas desarrollan la complicación, va a facilitar tener diferentes estrategias y con esto que la prevalencia e incidencia puede ir en descenso.

Para esto se necesita implementar un control en los servicios de salud, haciendo que los que presenten la patología base que es la diabetes lleven un seguimiento riguroso que nos permita obtener una mejora y mantener un control, para así disminuir el riesgo de complicaciones y por lo consiguiente disminuir la incidencia de pie diabético de personas que ingresan a la clínica de heridas.

Objetivos

General

Conocer la incidencia de pie diabético en pacientes que ingresan a clínica de heridas en el hospital María Ignacia Gandulfo.

Específicos

- Conocer el rango de edad de los pacientes que desarrollan pie diabético e ingresan a la clínica de heridas del hospital María Ignacia Gandulfo.
- Listar los factores de riesgo que influyen en la incidencia de pie diabético que ingresan a clínica de heridas del hospital María Ignacia Gandulfo.
- Identificar el grado de Warner para que el paciente ingrese a clínica de heridas del hospital María Ignacia Gandulfo.
- Determinar el apego que mantiene el paciente con pie diabético a su tratamiento.
- Indicar el apego que mantiene el paciente con pie diabético a sus curaciones.
- Conocer el estilo de vida del paciente con pie diabético, que ingresa a clínica de heridas del hospital María Ignacia Gandulfo.

Capitulo II

II.I Marco teórico.

II.I.I Definición diabetes mellitus tipo 2

Norma Oficial Mexicana 015. (2018)

Grupo heterogéneo de trastornos metabólicos con grados variables de resistencia a la insulina y o deficiencia en la secreción, de insulina de naturaleza progresiva.

II.I.II Fisiopatología diabetes mellitus tipo 2

Dr. Jorge Alejandro Castillo. (2015)

La diabetes mellitus tipo 2 esta relacionada casi que necesariamente a la condición de obesidad y, por lo tanto, con la resistencia a la insulina (RI), pero se requiere adicionalmente de un deterioro de la función de la célula β pancreática. Para vencer la resistencia a la insulina, la célula β inicia un proceso que termina en el aumento de la masa celular, produciendo mayor cantidad de insulina (hiperinsulinismo), que inicialmente logra compensar la resistencia a la insulina, y mantener los niveles de glucemia normales; sin embargo, con el tiempo, la célula β pierde su capacidad para mantener la hiperinsulinemia compensatoria, produciéndose un déficit relativo de insulina con respecto a la resistencia a la insulina. Aparece finalmente la hiperglucemia, inicialmente en los estados postprandiales y luego en ayunas, a partir de lo cual se establece el diagnóstico de DM2.

II.I.II.I Resistencia a la insulina

La resistencia a la insulina es un fenómeno fisiopatológico en el cual, para una concentración dada de insulina, no se logra una reducción adecuada de los niveles de glucemia. Debido a su relación con la obesidad, por definición todo obeso debería tener resistencia a la insulina, salvo que sea “Metabólicamente sano”, como puede suceder en aquellos pacientes que realizan ejercicio con frecuencia.

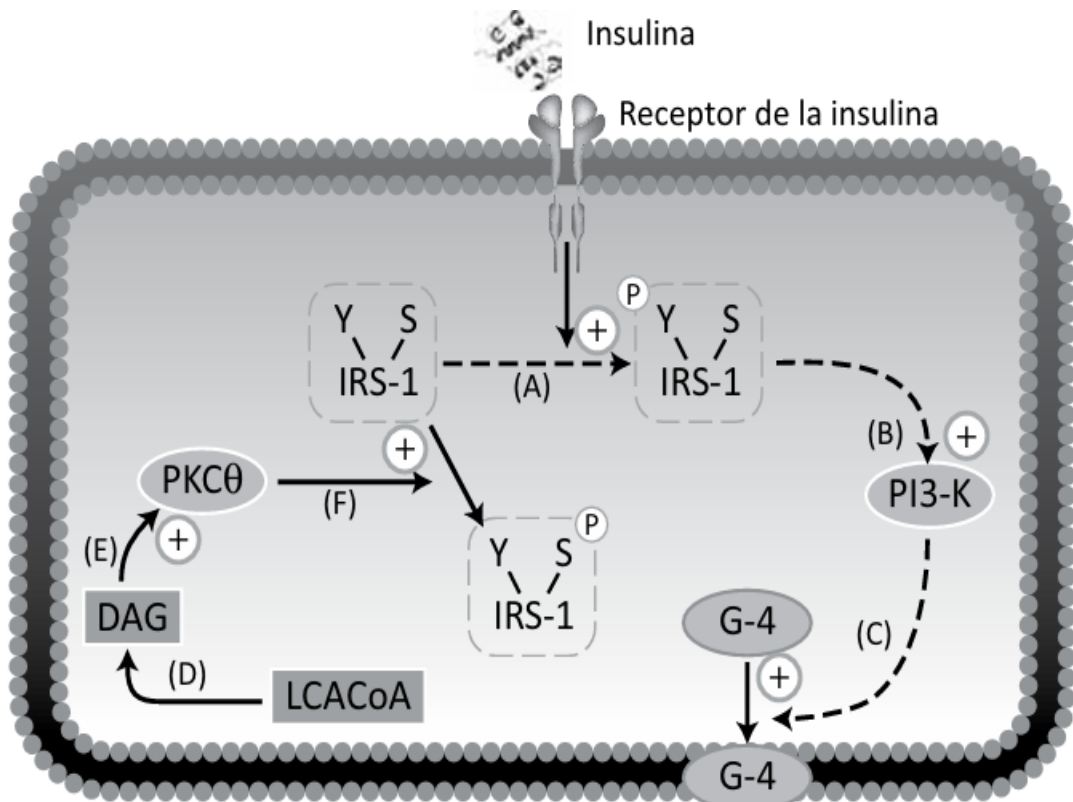
El índice HOMA-IR (Homeostatic model assesment, por sus iniciales en inglés) nos permite calcular de una manera simplificada la resistencia a la insulina: $HOMA-IR = [\text{insulina } \mu\text{UI/mL} * \text{Glucemia mg/dL}] / 405$. Aun cuando no existe un valor normal para el HOMA-IR, en un estudio chileno se estableció como punto de corte 3,5, por encima del cual identificaban los pacientes con factores de riesgo asociados a la resistencia a la insulina, básicamente aquellos con síndrome metabólico.

El adipocito parece orquestar todo el proceso; esta es una célula que básicamente acumula ácidos grasos (AG) en forma de triglicéridos (TG) pero que, además, a través de múltiples señales, conocidas como adipocinas, puede influenciar otros órganos. Su capacidad de almacenamiento se ve limitada por su tamaño; al alcanzar ocho veces el mismo, no puede seguir almacenando AG, generando migración de estos a órganos que en condiciones normales no lo hace, como son el musculo esquelético (ME) y el hígado.

El musculo esquelético es el principal órgano blanco de la insulina, ya que allí se dé posita por efecto de la insulina el 80% de la glucosa circulante; la llega

da de los AG bloquea las señales de la insulina, lo que lleva a RI en el tejido muscular esquelético, la unión de la insulina a su receptor fosforila el sustrato del receptor de insulina 1 (IRS 1) en los aminoácidos tirosina, activando la vía de la fosfoinositol 3 cinasa (PI3-K), la cual a su vez activa la translocación de los transportadores de la glucosa, Glut-4, desde el citoplasma hasta la membrana celular, generando poros que permiten la entrada de la glucosa a la célula, Con la llegada de los AG libres (AGL) se activa el diacilglicerol (DAG) y posteriormente la proteína cinasa C; ésta a su vez fosforila el IRS pero ya no en los aminoácidos tirosina sino en los aminoácidos serina como consecuencia de esto el IRS ya no queda disponible para la insulina, ocasionando la RI.

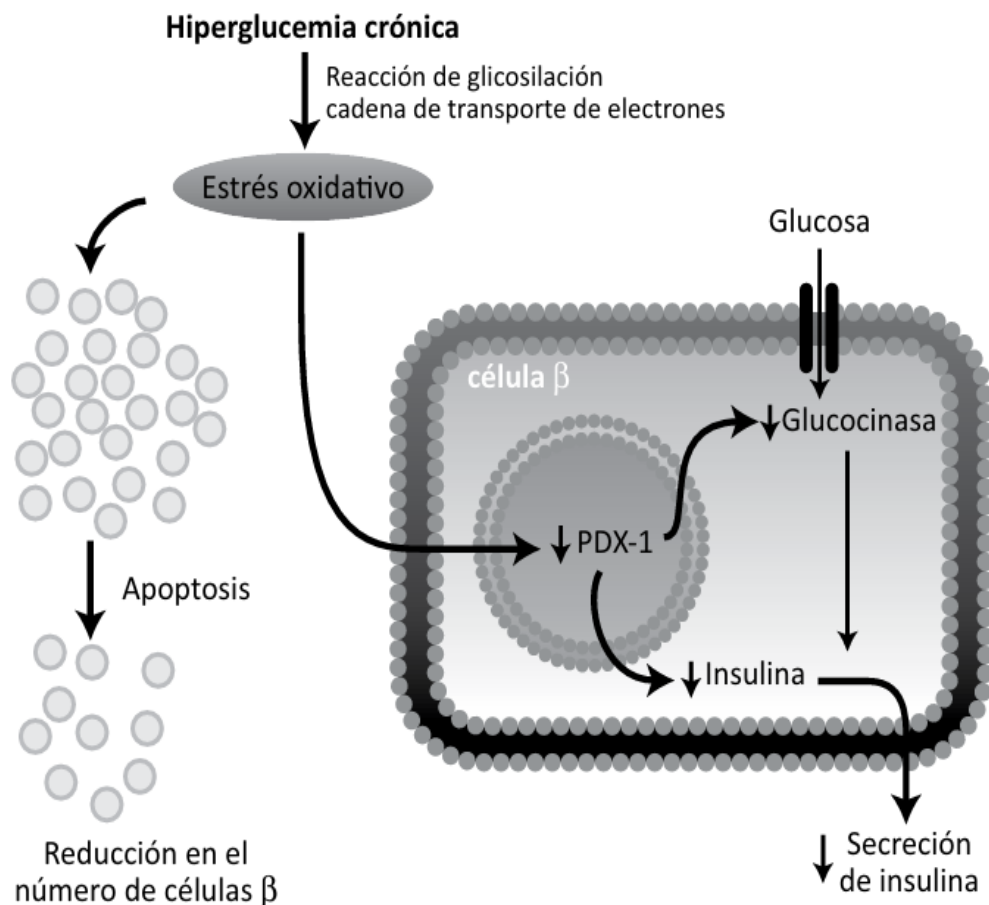
Figura 1. Vías intracelulares de respuesta a la insulina



II.I.II.II Daño de la célula beta

Este proceso se asocia con una predisposición genética, de tal manera que no todos los individuos desarrollarán DM2, a pesar de presentar RI. El proceso del daño de la célula β tiene relación con la producción de estrés oxidativo, derivado de la oxidación de la glucosa (glucogenólisis) y de la oxidación de los AGL (beta oxidación). El estrés oxidativo disminuye factores de transcripción (expresados en páncreas y duodeno, de donde deriva su nombre, PDX-1) que ayudan a la reparación y regeneración de la célula β .

Figura 2. Efecto del estrés oxidativo sobre el número y la función de las células β .



I.II.II.III Otros factores importantes en la fisiopatología de la DM2.

Además del páncreas, el hígado y el ME, hay otros órganos involucrados en la fisiopatología de la DM2, a los cuales sólo recientemente se les está dando la importancia debida. Dentro de estos nuevos jugadores encontramos el intestino. El íleon y colon, por medio de las células L, producen el GLP-1 (Glucagón Like Peptide 1), una de las “incretinas” de importancia en el origen de la DM2, de la cual sabemos que incrementa la producción pancreática de insulina luego de la ingestión de comidas, por un mecanismo que involucra receptores en la célula β a través de la vía del AMP cíclico, y que es glucosa dependiente; es decir, sólo actúa en condiciones de hiperglucemia.

Recientemente se ha establecido que el daño de la célula β condiciona el deterioro del efecto “incretina”, pero que puede ser compensado por efecto de medicamentos que aumentan las concentraciones de GLP-1, como los inhibidores de la enzima DPP-IV (vildagliptina, sitagliptina, saxagliptina) y por los análogos de incretina (exenatida, liraglutida).

El riñón también juega un papel fundamental, no sólo porque es un órgano gluconeogénico, sino porque regula la pérdida de glucosa en estado de hiperglucemia. A través de un transportador llamado SGLPT2, absorbe casi la totalidad de la glucosa filtrada; la inhibición de esta proteína augura un nuevo mecanismo para la regulación de la hiperglucemia, con la ventaja de que no aumenta de peso.

II.II.II.VI COMPLICACIONES DIABETES MELLITUS TIPO 2

II.II.II.V Complicaciones vasculares

El control inadecuado de la glucemia aumenta la concentración de sustancias grasas en la sangre lo que resulta en aterosclerosis y en un menor riego sanguíneo en los vasos de gran calibre. La aterosclerosis provoca infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. A sí mismo, ocurre entre dos y cuatro veces más a menudo en personas jóvenes con diabetes que en ausencia de diabetes.

Con el paso del tiempo, el estrechamiento de los vasos sanguíneos puede dañar el corazón, el cerebro, las piernas, lo ojos, lo riñones, los nervios y la piel, lo que da a lugar a angina de pecho, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebro vasculares, calambres en las piernas al caminar, visión deficiente, enfermedad renal crónica, daños neurológicos y erosiones cutáneas.

II.II.II.VI Infecciones en la diabetes

Es frecuente contraer infecciones bacterianas y fúngicas, habitualmente en la piel y en la boca. Si existe hiperglucemia, los glóbulos blancos (leucocitos) no pueden combatir las infecciones con eficacia, por lo que existe una tendencia a que las infecciones sean mas graves y tarden mas en remitir en las personas con diabetes. En ocasiones, el primer signo de diabetes es una infección.

Una de esas infecciones es una infección por levaduras llamada candidiasis. La levadura cándida reside normalmente en la boca, en el tracto digestivo y

en la vagina, y no suele causar ninguna lesión. Sin embargo, en las personas con diabetes, *Candida* prolifera en las membranas mucosas y las zonas húmedas en la piel, causando erupciones en dichas zonas.

Cuando se padece diabetes, también existe una tendencia especial a desarrollar úlceras e infecciones en los pies y en las piernas como consecuencia de la mala circulación hacia la piel. Con mucha frecuencia, estas heridas cicatrizan muy despacio o de modo incompleto. Cuando las heridas no cicatrizan, por lo general se infectan y esto puede provocar gangrena (muerte tisular) e infección ósea (osteomielitis). Puede ser necesario amputar el pie o parte de la pierna.

II.II.II.VII Problemas oculares en la diabetes

Las lesiones en los vasos sanguíneos de los ojos pueden provocar pérdida de la visión (retinopatía diabética). La cirugía con láser sella herméticamente los vasos sanguíneos hemorrágicos de los ojos y evita una lesión permanente en la retina. A veces, se pueden usar otras formas de cirugía o fármacos inyectables. Por lo tanto, cuando se padece diabetes, es necesario someterse a exploraciones oftalmológicas anuales para detectar de forma precoz la aparición de estas lesiones. El daño hepático en la diabetes es frecuente que las personas con diabetes también sufran enfermedad hepática esteatótica (anteriormente se denominaba enfermedad del hígado graso), en la que se acumulan depósitos anormales de grasa en el hígado.

La enfermedad hepática esteatótica a veces puede evolucionar a una enfermedad hepática más grave, incluida la cirrosis. Los médicos diagnostican problemas hepáticos si los resultados de los análisis de sangre

que miden el funcionamiento del hígado o las imágenes del hígado son anormales, y confirman el diagnóstico con una biopsia hepática. Perder peso, tener un buen control de las concentraciones de azúcar en sangre y el tratamiento del colesterol elevado pueden ser de utilidad.

II.II.II.VIII Daño renal en la diabetes

El funcionamiento de los riñones se ve alterado, lo que resulta en enfermedad renal crónica, que puede requerir diálisis o trasplante. Se analiza la orina para detectar una posible concentración excesivamente alta de proteínas (albumina), que es un signo precoz de lesión renal. Ante el primer signo de complicaciones renales, a menudo se administran fármacos que retrasan la progresión del daño renal, por ejemplo, inhibidores del co-transportador-2 de sodio-glucosa (SGLT2) (fármacos que aumentan la secreción de glucosa en la orina), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II).

II.II.II.IX Lesiones nerviosas en la diabetes

Los daños neurológicos se manifiestan de varias formas. Si un solo nervio funciona de forma inadecuada, aparece una debilidad repentina en un brazo o en una pierna. Si se dañan los nervios de las manos, de las piernas y de los pies (polineuropatía diabética), la sensibilidad se altera y aparece hormigueo o dolor urente y debilidad en los brazos y en las piernas. Los daños en los nervios de la piel predisponen a sufrir más heridas por que se pierde la sensibilidad para percibir los cambios de presión o temperatura.

II.II.II.X Alteraciones en los pies debidas a la diabetes

La diabetes provoca muchos cambios en el organismo. Las siguientes alteraciones en los pies son frecuentes y difíciles de tratar:

Los daños neurológicos (neuropatía) influyen en la sensibilidad de los pies, de modo que no se siente el dolor y la irritación y otros tipos de lesiones pueden pasar desapercibidos. Por esta razón, puede ocurrir que una lesión atraviese la piel antes de que se perciba dolor. Los cambios sensitivos alteran la forma en que las personas que padecen diabetes soportan el peso sobre sus pies, concentrándolo en ciertas zonas, en las que, por esta razón, se forman callosidades. Estas callosidades (y la sequedad de la piel) aumentan el riesgo de lesión de la piel.

La diabetes da lugar a una circulación deficiente en los pies, lo que aumenta la probabilidad de que se formen úlceras cuando la piel está dañada y de que tarden más en curarse. Dado que la diabetes puede afectar a la capacidad del organismo para combatir las infecciones, cualquier úlcera que se forme en el pie es muy vulnerable a la infección. A causa de la neuropatía, puede que no se sientan molestias por la infección hasta que esta sea grave de tratar, lo que da lugar a gangrena. En presencia de diabetes, la probabilidad de sufrir la amputación de un pie o de una pierna es de 30 veces mayor que si no se padece esta enfermedad.

Por todo lo anterior, el cuidado de los pies es fundamental. Es importante proteger los pies de las lesiones y mantener la piel húmeda aplicando una buena crema hidratante. El calzado debe ajustarse correctamente, sin que produzca ninguna zona de irritación. Debe tener una amortiguación apropiada para distribuir la presión que se origina al estar de pie. No es andar descalzo. Puede ser beneficioso acudir a un podólogo (médico especializado en el cuidado de los pies) para que realice tareas como cortar las uñas de los pies

y quitar callosidades. Del mismo modo se debe evaluar de forma periódica la sensibilidad y la circulación sanguínea de los pies.

II.II.II.XI Supervisión y prevención de las complicaciones de la diabetes

en el momento del diagnóstico y por lo menos una vez al año, se realiza una revisión para detectar la presencia de posibles revisiones de la diabetes tipo 2, como daño renal, ocular y neurológico. Se puede evitar o retrasar que las complicaciones empeoren mediante un control estricto de la glucemia o mediante un tratamiento farmacológico temprano. En cada consulta médica, se evalúan los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial y los niveles elevados de colesterol, y se tratan con fármacos, si fuera necesario.

El cuidado adecuado de los pies y los exámenes oculares regulares pueden ayudar a prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones relacionadas con la diabetes.

II.I.IV DEFINICION PIE DIABETICO

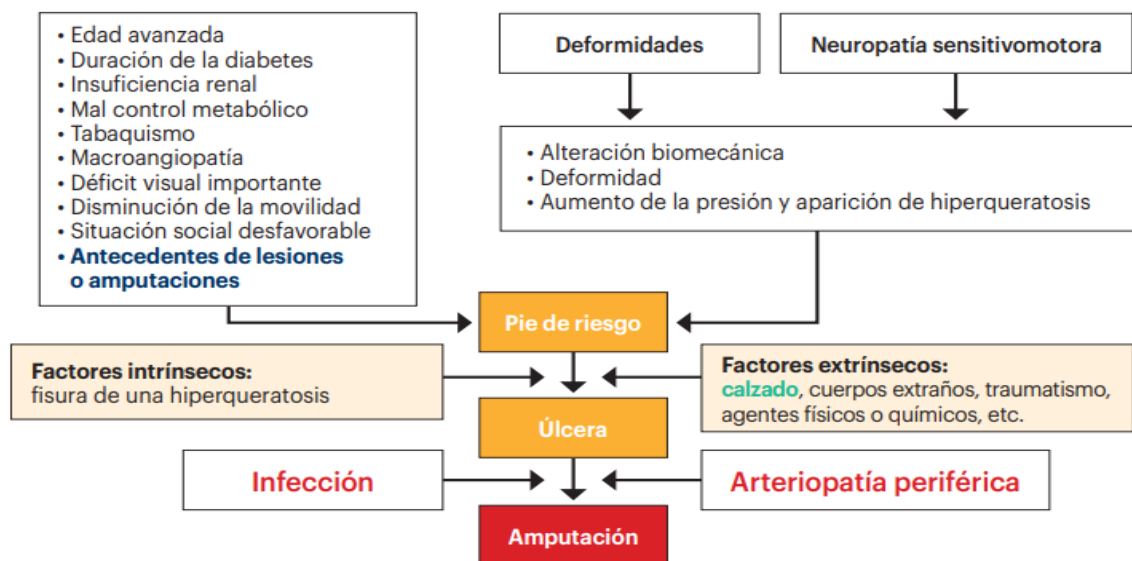
El pie diabético es una ulceración de los tejidos que forman el pie en pacientes con diabetes mellitus. Aparece cuando los niveles de glucosa en sangre son inadecuados y se convierte en ulcera cuando no ha sido bien tratado de forma precoz, por lo que es muy importante que se vigilen los pies de las personas con diabetes. Puede aparecer en, al menos, un 20% de las personas diabéticas.

Es una de las diferentes complicaciones que pueden tener las personas diabéticas. La neuropatía diabética, de hecho, es el primer factor de inicio de la úlcera (junto con pequeños traumatismos y deformidades del pie). Las úlceras del pie diabético normalmente se infectan fácilmente y esto, junto con problemas de circulación y afectación de nervios y vasos sanguíneos, aporta menor sangre a los tejidos, pudiendo conllevar gangrena. Esto puede provocar la necesidad de amputar en casos extremos.

II.I.V FISIOPATOLOGIA PIE DIABETICO

Las úlceras en los pies de los pacientes diabéticos son el resultado de la interacción entre diferentes factores que actúan conjuntamente. No existe un mecanismo único de ulceración, sino que ésta puede aparecer por diferentes caminos. Entre un pie sano y un pie diabético hay unos factores predisponentes que hacen que un pie sano se convierta en pie de riesgo, y unos factores desencadenantes que hacen que un pie de riesgo desarrolle una úlcera o lesión.

Figura 3. Pie diabético: fisiopatología, detección del pie de riesgo y tratamiento de las úlceras.



Los pies de los diabéticos sufren cambios estructurales derivados de la neuropatía motora y autonómica, la atrofia de la musculatura intrínseca y la disminución de la movilidad de los tendones y articulaciones. Las amputaciones menores también provocan deformidades y alteraciones estructurales que alteran los puntos de presión, y conducen a un aumento de presión localizada en algunos puntos que puede llevar a pequeños traumatismos repetitivos y finalmente a una ulceración. La pérdida de sensibilidad protectora (combinación de la sensibilidad táctil y de presión) ocasionada por la NP genera una incapacidad para notar o sentir dolor al producirse estos traumatismos durante la deambulaci3n. En fases avanzadas de la neuropatía, la pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura puede conducir a no reconocer las quemaduras accidentales y los cortes o rozaduras.

II.I.VI FACTORES DE RIESGO DEL PIE DIABETICO

Se consideran tres factores principales que conducen al pie diabético:

Neuropatía: es causada por las alteraciones en la integridad de los nervios como consecuencia de un nivel alto de (hiperglucemia) por un largo tiempo.

Macroangiopatía: es una enfermedad en la que se dañan las paredes de las arterias pequeñas del corazón y afectan los vasos sanguíneos y terminales nerviosas del cuerpo. Esta es una alteraci3n que se presenta como consecuencia de la aterosclerosis (acumulaci3n de grasa, colesterol y otras sustancias en las paredes de las arterias) en las arterias de los miembros inferiores, la cual lleva a la falta de oxigenaci3n (isquemia).

Alteraciones biomecánicas del pie: conducen a alteraciones del hueso, musculo y articulaciones llamadas “pie de Charcot” en la que hay deformaciones y degeneraci3n progresiva.

Otros factores suelen ser: tiempo que se ha vivido con la diabetes, la presencia de lesiones vasculares (enfermedad arterial y lesiones venosas como las venas varicosas), inflamación, infecciones agregadas, úlceras y amputaciones previas, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, estado nutricional inadecuado y falta de apego al tratamiento farmacológico. Todos estos factores conducen a la úlcera del pie diabético la cual se puede agravar por una infección y como consecuencia de un mal cuidado, posteriormente puede generar gangrena del pie y ser la causa principal las amputaciones no traumáticas.

II.II.VI.I Prevención

Para evitar que estos factores pueden evolucionar hasta una pérdida del pie, se pueden optar por acudir a medidas clave en el cuidado y prevención del pie diabético como: revisar diariamente, que no haya heridas, ampollas, hinchazón, problemas de uñas o deformidades Oseas (juanetes), lavar los pies todos los días con jabón neutro, secar bien los pies principalmente entre los dedos, aplicar talco, aplicar crema evitando colocar entre los dedos podría causar infección por hongos, cortar uñas en línea recta y limar orillas, evitar caminar descalzo y ante la presencia de herida o úlcera es fundamental evitar el desarrollo de gérmenes, por lo que será muy importante desinfectarla con un antiséptico de amplio espectro contra bacterias, hongos y virus; que no produzca ardor y dolor al aplicarse, que no sea tóxico o dañino para la piel y que favorezca una adecuada cicatrización.

El objetivo de estas medidas de autocuidado es que las personas con diabetes sean capaces de prevenir, reconocer y actuar frente a situaciones de riesgo en el cuidado de los pies, así como integrar a su vida cotidiana acciones preventivas sencillas de realizar.

II.I.VII SINTOMAS

Dos de los riesgos de estos pacientes son la disminución de la sensibilidad y la mala circulación del pie, que pueden derivar en la formación de una úlcera, algunas veces graves, y que es la principal causa de una posible amputación. La mayoría de las heridas son causadas por una disminución de la sensibilidad del pie y surgen en la planta o en las zonas cercanas al hueso, como los nudillos de los dedos. En el caso de que un paciente observe una úlcera, deberá acudir lo antes posible al especialista. No únicamente para curarla, sino para diagnosticarla y diseñar un tratamiento personalizado lo más adecuado a su caso. En muchos casos, las curas corren a cargo de un buen equipo de enfermería.

II.I.VII.I Síntomas más habituales:

- Hormigueos y calambres.
- Ausencia de sensibilidad.
- Aparición de úlceras en la piel del pie.

II.I.VIII CLASIFICACION Y DESCRIPCION DE LAS LESIONES

En la mayoría de los casos la aplicación de la terapia adecuada viene determinada por el tipo de lesión y su gravedad; de ahí la importancia de establecer una clasificación. Según Wagner, la afección del pie puede clasificarse en 6 estadios, que abarcan desde la no lesión, hasta la gangrena extensa. Esta clasificación tiene una muy buena correlación con la morbimortalidad y el porcentaje de amputaciones, que aumentan conforme se eleva el grado; sin embargo, no informa de la etiopatogenia de las lesiones.

II.I.VIII.I Grado 0

Representa un pie sin lesiones, pero con elevado riesgo de padecerlas. Hiperqueratosis (callos o durezas) son zonas de la piel engrosadas, a veces algo descamadas en zonas de máxima presión, como las cabezas metatarsianas y el talón. Grietas y fisuras, son lesiones de la integridad de la piel que no afectan a todo su espesor, favorecidas por la sequedad y la deshidratación dérmica. La localización mas frecuente es la interdigital.

Deformidades digitales, están producidas por una atrofia de los músculos intrínsecos del pie y el adelgazamiento de la almohadilla grasa bajo la cabeza de los metatarsianos. La mas frecuente son los “dedos en garra”, los “dedos en martilo” y el “hallux valgus” (deformidad del primer dedo con prominencia de la parte interna de la base metatarsiana y desviación externa de la zona distal del dedo).

Neuroartropatía de Charcot, corresponde a la máxima expresión de la deformidad del pie diabético asociada a una importante afección del sistema nervioso autónomo, que se produce en pacientes con diabetes de larga evolución y neuropatía autónoma y periférica. La etiología no está todavía muy clara, pero el proceso puede iniciarse como consecuencia de una lesión que ocasione una fractura ósea, por lo que se estimularía la actividad osteoclástica ocasionando destrucción, fragmentación, remodelado y deformidad manifiesta.

El aumento del flujo sanguíneo podría actuar como factor predisponente al reducir la densidad ósea. La neuroartropatía de Charcot se presenta como una pérdida de la bóveda plantar, un acortamiento del eje anteroposterior del pie, una convexidad medial y un gran edema por vasodilatación.

Onicomycosis y pie de atleta, distintos autores coinciden en que la onicomycosis no tiene mayor prevalencia en los pacientes diabéticos, salvo las causas por *Candida*; sin embargo, si parece repercutir de forma mas grave, ya que el engrosamiento ungueal podría dar lugar a una necrosis del lecho o a heridas en la piel adyacentes a los dedos que, inadvertidas por la neuropatía periférica, facilitarían la sobreinfección bacteriana.

El pie de atleta es una infección producida por hongos, unidos o no a bacterias, que afecta a la superficie plantar del pie, fundamentalmente, y que produce prurito, maceración y agrietamiento de la piel, sobre todo entre los dedos de los pies; pueden aparecer también como si fueran pequeñas ampollas o una descamación dérmica; las grietas y fisuras pueden actuar como puerta de entrada infecciosa.

Perionixis, es una infección bacteriana aguda (producida generalmente por *Staphylococcus aureus*) de entrada cuticular (predispuesta en la mayoría de las ocasiones por manipulaciones de manicura) que cursa con eritema, edema y dolor intenso en el borde de la proximal de la uña. Se suele delimitar si se aplican baños y compresas calientes de forma temprana y antibioterapia tópica.

Si espontáneamente se crea un absceso y se drena puede producirse un alivio inmediato de las molestias; también puede practicarse un drenaje quirúrgico. La forma crónica cursa con eritema y edema periungueal, dolor no muy intenso y exudado purulento escaso a la presión del borde de la uña, suele estar producida por *Candida albicans* y la humedad y la diabetes son factores predisponentes al respecto.

II.I.VIII.II Grado I

Úlcera superficial, también llamada “mal perforante plantar”, es de carácter neuropático y consiste en la destrucción del espesor total de la piel. Habitualmente se afecta la superficie plantar del pie o de los dedos en áreas sometidas a presiones elevadas, como la cabeza de los metatarsianos (mas frecuente la del primer metatarsiano) y el talón. Comienza por una callosidad, que posteriormente se ulcera en su parte central provocando un aspecto “saca bocados”. No tiende a la resolución, si no mas bien a la sobreinfección, lo que puede originar abscesos profundos y osteomielitis.

II.I.VIII.III Grado II

Úlcera profunda, es una solución de continuidad o excavación de fondo necrótico que sobrepasa la piel y afecta al tejido subcutáneo, los tendones, los ligamentos y los músculos, pero sin llegar a formar abscesos ni ocasionar lesiones Oseas.

II.I.VIII.IV Grado III

Absceso, es una inflamación aguda purulenta, bien delimitada, que destruye totalmente los tejidos donde se forma. A veces drena al exterior o hacia una cavidad por medio de trayectos irregulares o fístulas. Los abscesos de gran tamaño pueden deformar el tejido o el órgano donde asientan, siendo mayor la deformación si se ha eliminado el pus, se cicatriza y se calcifica la pared del absceso. Suelen estar causados por bacterias, generalmente

gramnegativas. En el paciente diabético, en general, no producen signos ni síntomas sistémicos.

Osteomielitis, consiste en una infección ósea de carácter purulento que puede tener un curso agudo (80% de los casos) o crónico, y que suele estar causado por bacterias (el germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus*) y, más raramente, por hongos. En los pacientes diabéticos los gérmenes suelen alcanzar el hueso procedente del exterior, a causa de heridas accidentales o de incisiones quirúrgicas, o bien por una extensión a partir de un foco séptico contiguo, pero es extremadamente raro que la infección del hueso en el pie diabético sea producida por vía hematógena.

Al igual que en los abscesos, habitualmente la osteomielitis presente en pacientes diabéticos no cursa con fiebre. Cuando el hueso es perceptible al explorar una úlcera, debe considerarse la presencia de osteomielitis. La radiografía simple puede revelar la formación de gas en los tejidos, lo que indica la existencia de una infección que compromete la viabilidad del miembro. La erosión ósea indica la presencia de osteítis. La gammagrafía ósea con ^{99}Tc y con leucocitos marcados con ^{111}In puede confirmar la presencia de osteomielitis, pero el diagnóstico diferencial con la infección de tejidos blandos, y en ocasiones con la artropatía de Charcot, puede ser difícil.

II.I.VIII.V Grado IV y V

En las extremidades inferiores de los pacientes con lesiones arteriales, especialmente los diabéticos, se desarrolla con relativa frecuencia una trombosis y la consiguiente necrosis isquémica o gangrenosa. Si no se produce una sobreinfección del tejido necrótico, la isquemia, la deshidratación del tejido y la coagulación de las proteínas estructurales producen una desecación de la extremidad, que se conoce como «gangrena seca».

Si se sobreañade una infección, el tejido sufre una necrosis de tipo colicuativo, lo que se denomina «gangrena húmeda». La gangrena gaseosa es una gangrena húmeda en la que la infección la provocan gérmenes anaerobios, que liberan toxinas, las cuales condicionan una proteólisis de los tejidos. Ésta facilita la rápida progresión de la necrosis, que se hace patente en el edema, la crepitación de los tejidos por acumulación de bullas de gas y la fermentación de azúcares tisulares por las toxinas bacterianas.

La subclasificación de la gangrena en dos grupos localizada (generalmente en el talón, los dedos o las zonas distales del pie) y extensa, se debe a las diferentes repercusiones en cuanto a tratamiento y pronóstico. Así, en el grado IV se puede valorar la posibilidad de un tratamiento quirúrgico (bypass, angioplastia, etc.), mientras que en el grado V existe un aumento de la posibilidad de sufrir una amputación y de la mortalidad asociada.

II.I.IX TRATAMIENTO

El curso clínico y el pronóstico del pie diabético están determinados por la evolución de las complicaciones micro y macrovasculares. Desde el comienzo de los años sesenta se viene sugiriendo que el mal control glucémico incrementa el riesgo de complicaciones crónicas de la diabetes, e incluso que la aparición y la progresión de dichas complicaciones están influidas de forma clara por los clásicos factores de riesgo cardiovascular. Por tanto, el primer paso fundamental en el tratamiento del pie diabético es el control de dichos factores, es decir, la consecución de un óptimo control glucémico y de las dislipemias, el abandono del hábito tabáquico y el mantenimiento de cifras de presión arterial en rangos bajos.

La gravedad de la úlcera infectada del pie determinará el tratamiento que debe aplicarse. Es importante decidir si el paciente puede ser tratado de forma ambulatoria o ha de ser derivado a un centro hospitalario. Las úlceras superficiales en fase inicial, con celulitis mínima (menor de 2 cm), sin afección sistémica y con un paciente colaborador pueden tratarse de forma domiciliaria. En casos más graves, o si no evoluciona favorablemente en 48-72 h, está indicada la hospitalización.

II.I.IX.I TRATAMIENTO SEGÚN LA CLASIFICACION DE WAGNER

Grado 0

En esta etapa, en la que existe un «pie de riesgo», pero sin lesiones considerables todavía, lo más importante es la educación del paciente en el cuidado y la higiene del pie para prevenir complicaciones:

Hiperqueratosis, tras el correcto lavado y secado diario de los pies, ha de aplicarse una crema hidratante a base de lanolina o urea, e incluso vaselina salicilica al 10%. Para la eliminación de durezas es recomendable el uso de piedra pómez, pero si hay callos, la escisión debe ser realizada por un podólogo, fisuras y grietas de la piel, se han de tratar con una pomada antibiótica y un apósito externo de gasa.

Deformidades, ante alteraciones en la forma del pie (*hallux valgus*, pie cavo, dedos en martillo...), se ha de valorar la posibilidad de prótesis de silicona o plantillas con el fin de redistribuir el peso y evitar zonas con aumento de presión; a veces incluso pueden ser útiles los bastones o muletas, uña encarnada, como regla general, nunca se han de cortar las uñas, sino limarlas; si se cortan, debe realizarse de forma totalmente recta. Si existe un absceso importante y no se soluciona con pomada antibiótica local, se indicará el tratamiento quirúrgico.

Pie de atleta, es importante el secado correcto del pie diabético, pero si existe infección por hongos es fundamental evitar la humedad. Si existe micosis dérmica, el tratamiento indicado es administrar antimicóticos tópicos,

asociándose únicamente antibioterapia oral si hay sobreinfección bacteriana. La onicomycosis requerirá, además, antimicóticos orales.

II.I.IX.II Grado I

Úlcera superficial, se indica reposo absoluto del pie lesionado, durante 3-4 semanas. Se ha de realizar diariamente una limpieza con suero fisiológico (a cierta presión), aplicando después gasas humedecidas con soluciones isotónicas diluidas. Las úlceras deben ser valoradas por un profesional sanitario cada 2-3 días. El uso de sustancias tópicas es controvertido; se han propuesto, entre ellas, las soluciones antisépticas, los factores de crecimiento, etc., pero no existen estudios con un diseño adecuado que demuestren su eficacia.

Los nuevos abordajes para el tratamiento de las úlceras superficiales son el Dermagraf, el gel de becaplemin y el sistema de autoinjerto Vivoderm. Dermagraf es una dermis humana obtenida mediante bioingeniería, que contiene fibroblastos neonatales cultivados sobre una malla biorreabsorbible; secreta factores de crecimiento y proteínas de la matriz extracelular. El gel de becaplemin es un gel que estimula el crecimiento de nuevo tejido al contener factor de crecimiento plaquetario.

El sistema de autoinjerto Vivoderm se está ensayando en la actualidad y consiste en la utilización de queratinocitos autólogos cultivados sobre una membrana de ácido hialurónico perforada con láser. Si se usan antisépticos locales, hay que procurar que éstos sean suaves y no colorean la piel. Una vez obtenida la cicatrización, estos pacientes han de considerarse de alto riesgo, y se recomienda realizar un control evolutivo cuidadoso con una modificación del calzado y el uso de dispositivos ortopédicos.

II.I.IX.III Grado II

Úlcera profunda, se recomienda reposo absoluto del pie afectado. Debe sospecharse la posible existencia de una infección, puesto que ello puede condicionar la evolución de la lesión e incluso poner en peligro la extremidad. Se realizará un minucioso desbridamiento de la úlcera, eliminando los tejidos necróticos y la hiperqueratosis que cubre la herida.

Se instaurará siempre tratamiento antibiótico oral tras la toma de una muestra de exudado de la úlcera para cultivo y antibiograma. Como tratamiento empírico se aconseja la amoxicilina asociada a ácido clavulánico (500-875 mg cada 6-8 h) o el ciprofloxacino (750 mg cada 12 h); si la lesión presenta un color verdoso y/o un olor fétido, es muy probable la colonización por *Pseudomona*, por lo que ha de asociarse a cualquiera de las anteriores clindamicinas (300 mg cada 6-8 h) o metronidazol (500 mg cada 8 h). Los cambios de antibiótico y la duración del tratamiento dependerán de las pruebas de sensibilidad bacteriana y de la respuesta de la herida al tratamiento. Ante una úlcera de evolución tórpida, con celulitis extensa u osteomielitis asociada, hay que plantearse seriamente su derivación a un centro hospitalario.

II.I.IX.IV Grados III, IV y V

Ante un pie diabético que presente una amplia zona de celulitis, abscesos, osteomielitis, signos de sepsis o gangrena (localizada o extensa), la actitud correcta es derivar al paciente a un hospital para la administración de antibioterapia parenteral y la valoración de posibles técnicas quirúrgicas. En principio, está indicado el desbridamiento lo suficientemente amplio para garantizar la inexistencia de pus o tejido necrótico. Una vez controlada la infección, es necesario evaluar el estado vascular de la extremidad afectada con el fin de evitar, si es posible, la realización de una amputación traumática

mediante la aplicación de técnicas de reconstrucción arterial. como la angioplastia o el *bypass*.

II.I.X EPIDEMIOLOGIA

La úlcera en el pie es una de las complicaciones más frecuentes en las extremidades inferiores de los diabéticos. Aparece durante el curso de la enfermedad en aproximadamente el 15% y el 25% de los casos. Su incidencia anual es del 2-7% en aquellos pacientes con neuropatía, y su prevalencia del 2-10%. Algunos autores han observado una prevalencia de úlceras en pies diabéticos superior en más del doble a la prevalencia observada en no diabéticos. En estudios de base poblacional con muestras del al menos 1.000 sujetos la incidencia anual de úlceras diabéticas oscila entre el 1,9% y el 4,1%.

La supervivencia de los pacientes diabéticos amputados es significativamente peor que la del resto de la población, solo el 50-40% de los pacientes sobrevivan a los 3 y 5 años de una amputación. Se estima que alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones previamente han padecido una úlcera.

II.I.XI MARCO REFERENCIAL.

II.I.XI.I Investigación 1: Estratificación del riesgo del pie diabético en pacientes adultos con diabetes mellitus

II.I.XI.II METODOLOGÍA

Diseño del estudio El diseño del estudio es descriptivo-transversal, dado a que únicamente se pretendía observar, describir, documentar y comparar aspectos de una situación en particular que ocurre de manera natural (12). Población, muestreo y muestra Se contó con una población de 144 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus en diciembre del 2016. Para esta investigación el tamaño de la muestra a considerar fue de 21 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, que asisten al Hospital General “Virginia Ayala de Garza” en el municipio de Sabinas Hidalgo Nuevo León. Usando el muestreo piloto quienes debieron cumplir con los criterios de inclusión considerados a continuación.

II.I.XI.III Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- 2.- Adultos con patología diabética.
- 3.- Que voluntariamente y por escrito aceptaron participar en el estudio.

II.I.XI.IV Instrumentos de medición

Para obtener la respuesta de la primera pregunta de investigación se utilizó el instrumento de Escala para Valoración del Pie Diabético de Riesgo “EVPDR” (Creada por los autores), para determinar el riesgo de desarrollar pie diabético en pacientes con DM. La Escala para Valoración del Pie Diabético de Riesgo “EVPDR” es una clasificación para valorar el riesgo del pie diabético, definida así por sus autores, presenta 4 subconjuntos: Valoración Dermatológica, Valoración Neurológica, Valoración Vascular y Valoración Osteoarticular. Consta de un apartado de identificación, su estratificación es de bajo riesgo 0-5 puntos, mediano riesgo 6-13 puntos, alto riesgo ≥ 14 puntos, cada subconjunto tiene puntajes de 0 a 2, que van desde 0=Normal hasta 2=Anormal, 0=No hasta 2= Sí, entre otros.

II.I.XI.V Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Según lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos (14). De acuerdo al artículo 13, En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14, Fracciones I, V, IV, prevaleció siempre la probabilidad de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles, VI, VII y VIII se contó con el consentimiento informado y por escrito de los participantes, previo a la aplicación de los instrumentos y/o realización de cualquier procedimiento.

El consentimiento informado se formuló por escrito y se solicitó la firma de dos testigos y fue aprobado por la Comisión de Ética de la Institución Hospitalaria tal como lo estipula el Artículo 22, Fracciones II y IV. En cumplimiento al Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes y la información obtenida se resguardó en una oficina a la cual solo tuvo acceso el equipo de investigación. En el Artículo 17, Fracción II, la investigación se consideró de riesgo mínimo ya que se empleó la recogida de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Respecto al Artículo 18, el sujeto de estudio podía suspender de inmediato su participación en el estudio si así lo deseaba. En el Artículo 20, el consentimiento informado fue el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación en la investigación, concordando y en respuesta al Artículo 21 Fracciones I, II, VI, VII y VIII, para hacer existente el consentimiento informado se brindó información clara y completa en donde

se incluyó la justificación y objetivos, procedimientos, propósito, riesgos esperados, beneficios, garantizándole la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse del estudio si así lo hubiera decidido.

II.I.XI.VI Análisis de datos

Los datos se analizaron con el uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 para Windows 10, se utilizó estadística descriptiva y se recurrió al empleo de la media, desviación estándar, así como el uso de frecuencias y porcentajes, lo anterior para dar respuesta al objetivo de investigación.

II.I.XI.VII RESULTADOS

Participaron 21 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II. La edad osciló entre 30 y 92 años, edad promedio fue 52 años (DE= 0.740), respecto al género el 66.7% (DE= 0.483) fueron de sexo femenino. El IMC con más frecuencia fue Obesidad I (30-34.9) con 38.1% (DE= 1.271). De acuerdo a los factores de riesgo, el 95.2% (DE= 0.964) refirieron tener antecedentes heredofamiliares, el 81% presentaba sobrepeso u obesidad y el 19% presentaba el hábito de fumar. Sólo un participante presentaba antecedente de amputación.

Respecto a los resultados de cada subconjunto e ítem de la escala EVPDR, en dermatológico se identificó el 66.7% (DE= 0.470) presentaba palidez, un 57.1% (DE= 0.507) presentaba piel gruesa, un 47.6% (DE= 0.510) piel seca, 9.5% (DE= 0.307) grietas en la piel, 52.4% (DE= 0.853) callosidades. En el

subconjunto vascular se identificó un 14.3% (DE= 0.307) de pulsos disminuidos, un 23.8% (DE= 0.307) de llenado capilar de 3 segundos, se encontró la piel fría en un 19% (DE= 0.410), claudicación en un 19% (DE= 0.410), dolor en reposo en un 28.6% (DE= 0.489). En el subconjunto neurológico se identificó un 38.1% (DE= 0.444) de fatiga, calambres, dolor en extremidades inferiores, otro 38.1% (DE= 0.470) en ardor, adormecimiento y hormigueo, al examen del Monofilamento Semmes-Weinstein un 14.3% (DE= 0.447) presentó sensibilidad en 6 de 10 puntos.

Entre 3-5 de 21 con un porcentaje promedio de 19.05, para el mediano riesgo con una frecuencia de entre 8-10 de 21 con un porcentaje promedio de 42.8 siendo este el más alto, para el alto riesgo una frecuencia de entre 7-8 de 21 con un porcentaje promedio de 35.7, siendo poco más de la tercera parte de la población.

Los resultados analizados demuestran que los pacientes se encuentran en alto riesgo un 35.7% con una edad promedio de 52 años con una predominancia del sexo femenino con 6 de 14 pacientes (42.9%). Los pacientes que se encuentran en mediano riesgo con una edad promedio de entre 66 y 92 años con una predominancia del sexo masculino con 4 de 7 pacientes (57.1%). De acuerdo a cada subconjunto de valoración, dermatológico de encuentra en alto riesgo con 54.7% (DE= 0.762), vascular en mediano riesgo con 47.6% (DE= 0.695), neurológico en bajo riesgo con 62% (DE= 0.915) y osteoarticular en bajo riesgo con 62% (DE= 0.710).

II.I.XI.II Investigación 2 Estudio de factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético: Campaña 1N

II.I.XI.III METODOLOGÍA

Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional de corte transversal. La recolección de datos se realizó en el Sanatorio Güemes (Servicio de Diabetes y Endocrinología), en PREDIGMA (Centro de Medicina Preventiva, Posadas, Misiones), en el Hospital Central de San Isidro, en Nexo Centro Médico (Ciudad de Junín) y en el Hospital Municipal de General Viamonte (Provincia de Buenos Aires).

Los datos se registraron en una planilla unificada, formulario electrónico de registro de casos el cual se diseñó específicamente para dicho fin; se preservó el anonimato de los participantes que firmaron un consentimiento informado para ingresar en nuestra institución de acuerdo a las normativas de la misma al igual que en el resto de los centros participantes. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DM, que concurren espontáneamente para realizar el examen de pies en el contexto de la Campaña Latinoamericana de Concientización y Prevención del Pie Diabético el 1º de noviembre de 2019.

Se recolectaron datos filiatorios, antecedentes de amputación mayor (infrapatelar o supracondílea), menor (transmetatarsiana, rayos, dedos) o úlceras en pie, comorbilidades (insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, dislipidemia, hipertensión arterial, nefropatía, insuficiencia renal crónica -IRC- en diálisis, tabaquismo), y se interrogó acerca de la presencia de síntomas de neuropatía (dolor, ardor, parestesias, calambres) y claudicación. Se realizó examen de pies mediante monofilamento, diapasón, sensibilidad térmica y reflejos osteotendinosos, y se evaluó la presencia de deformidades, alteraciones o lesiones pre ulcerativas (dedos en garra, en martillo, pérdida de almohadilla plantar, ausencia de pulsos, falta de vello, engrosamiento de las uñas). Se realizó registro de tensión arterial sistólica en ambos brazos y tobillos utilizando doppler portátil bidireccional con transductor de 8 Mhz. Los pacientes fueron pesados y medidos, y se calculó el índice de masa corporal (IMC). También se registraron datos de hemoglobina glicosilada (HbA1c),

colesterol LDL y creatinina. Los investigadores, quienes tenemos experiencia en investigación, adherimos plenamente a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales (Nº 25.326), la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y las pautas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas -CIOMS-6. Basados en estos conceptos, los únicos que tuvieron acceso a los datos identificatorios de los participantes y procedieron al enmascaramiento de la información fueron los dos autores principales y, de esta manera, se aseguró que no sea posible identificar la inclusión de ningún individuo en el presente estudio.

II.I.XI.IV RESULTADO

Se analizaron 165 pacientes que concurrieron a cuatro centros. De ellos, 83 (50,3%) fueron de sexo femenino. La mediana de edad fue de 61 años (53-70). De los pacientes analizados, 30 (18%) tenían menos de cinco años de evolución de la DM, 53 (32%) entre 5 y 10 años de evolución, 53 (32%) de 10 a 20 años de evolución y 28 (17%) más de 20 años de evolución. En un paciente se desconoció el tiempo de evolución. Se describe la frecuencia de las comorbilidades asociadas a la DM y fue la hipertensión arterial la más frecuente (74,5%), seguida por dislipemia (73,3%). Sólo 28 pacientes (16,9%) refirieron no tener comorbilidad. Al interrogatorio, el 41% de los pacientes (n=67) refirió algún tipo de ingesta de alcohol y el 23% (n=38) tabaquismo. Los antecedentes mencionados por los pacientes se describen en la Tabla 2 y el más frecuente fue la úlcera. Se realizó prueba de diapason y se halló que en 94 pacientes (57%) estaba alterada. También se encontraron alteraciones en la prueba de monofilamento en 66 pacientes (40%), en la de sensibilidad térmica en 71 (43%) y en reflejos osteotendinosos en 87 (53%). El 54,5% de los pacientes (n=90) presentó alterada más de una prueba. La mediana de

edad fue mayor (67 años) para quienes tuvieron prueba de monofilamento alterada que para aquellos con prueba normal.

II.I.XII MARCO CONCEPTUAL.

II.I.XII.I PIE DIABETICO: El pie diabético es una ulceración de los tejidos que forman el pie en pacientes con diabetes mellitus. Aparece cuando los niveles de glucosa en sangre son inadecuados y se convierte en úlcera cuando no ha sido bien tratado de forma precoz, por lo que es muy importante que se vigilen los pies de las personas con diabetes.

II.I.XII.II FACTORES RIESGO: Al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que está asociado a la probabilidad de la ocurrencia de un evento.

II.I.XII.III COMPLICACIONES: En el campo de la medicina, problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos.

II.I.XII.IV INCIDENCIA: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona en cierta población se verá afectada nuevamente por dicha enfermedad en un período específico de tiempo.

II.I.XII.V AMPUTACION: La amputación se define como el corte quirúrgico de una extremidad o de parte de la misma. Se recurre a este tratamiento si otros procedimientos han fallado o si no son posibles debido al deterioro de la salud del paciente.

II.I.XII.VI TERAPEUTICA: La terapéutica es una rama crucial de la medicina que se centra en el tratamiento y la prevención de enfermedades. Su objetivo primordial es aliviar, curar o prevenir las afecciones y patologías para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este término, derivado del griego "therapeutikos", se refiere a la ciencia y el arte de sanar, e involucra la aplicación de medidas diagnósticas, preventivas y curativas para el manejo de la enfermedad. La terapéutica no se limita a los medicamentos, sino que también incluye intervenciones quirúrgicas, terapias físicas, medidas dietéticas, cambios en el estilo de vida y el uso de dispositivos médicos.

II.I.XII.VII ALIMENTACION: Al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena.

II.I.XII.VIII ULCERAS: Una úlcera es una lesión que se produce en la piel o en la mucosa de los órganos internos, caracterizada por la pérdida de tejido y la exposición de capas subyacentes. Esta afección puede ser el resultado de diversos factores, como la disminución del riego sanguíneo, la inflamación crónica, la presión prolongada o la infección. Las úlceras pueden causar síntomas como dolor, enrojecimiento, hinchazón, secreción y, en ocasiones,

fiebre. Dependiendo de su ubicación y causa, las úlceras pueden tener diferentes implicaciones médicas y tratamientos específicos.

II.I.XII.IX OBESIDAD: Se define como el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal, se considera hoy en día una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones.

II.I.XII.X MANEJO: El manejo de su enfermedad consiste en tomar buenas decisiones de estilo de vida y realizar los tratamientos médicos recetados para estar lo más saludable posible. Si usted no cuida de su cuerpo, su enfermedad crónica puede causar más problemas en el futuro.

II.I.XII.XI EPIDEMIOLOGIA: La epidemiología es la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural.

II.I.XII.XII ESCALA DE MEGGITT-WAGNER:



II.I.XII.XIII GANGRENA: La gangrena es la muerte de tejido corporal como consecuencia de la falta de irrigación sanguínea o a una infección bacteriana grave. Por lo general, la gangrena afecta los brazos y las piernas, incluso los dedos. También puede ocurrir en los músculos y en los órganos internos, como la vesícula biliar.

II.I.XII.XIV ESTILO DE VIDA: Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.

II.I.XIII MARCO LEGAL

II.I.XIII.I Teoría del autocuidado de Dorothea E orem.

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez y colaboradores plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este,

de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

Según lo antes expuesto se puede asumir el autocuidado como la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Autores como Benavent, Ferrer plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Metodología

Referencias

- 1.- Scielo. (2023). Perfil epidemiológico de pacientes atendidos en la consulta de pie diabético. Revista cubana de angiología y cirugía vascular. 1682-0037. <http://scielo.sld.cu>.
- 2.-Gabriela V. Carro. Rubén saburral. Francisco salvador Sanguéz. Erica L. Witman. (2020). Pie diabético en pacientes internados en hospitales de Latinoamérica. 243-251. Artículo. <https://www.medicinabuenaosaires.com>.
- 3.- secretaria de Educación. (07/01/2018). Larvaterapia para tratar pie diabético y otras heridas. Comunicado. <https://www.gob.mx>.
- 4.- Diario del Sur. (03/12/2023). Chiapas 2 de cada 10 pierden el pie a causa de la diabetes. Local. <https://oem.com.mx>.
- 5.- Santos- Flores, Jesús Melchor. (07/12/2017). Estratificación del riesgo de pie diabético en adultos con diabetes mellitus. Investigación. 2448-6094. <https://sanus.unison.mx.pdf>.
- 6.- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018. (2018) Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus. <https://www.dof.gob.mx>.
- 7.- Dr. Jorge Alejandro Castillo Barcias. (2015). Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Artículo. <https://www.academia.edu>.
- 8.- Erika F. Brutsaert MD. (2023) Complicaciones de la diabetes mellitus. Manual. <https://www.msmanuals.com>.
- 9.- Santos Flores. (2017). Investigación estratificación del riesgo de pie diabético en adultos con diabetes mellitus. Investigación. <https://sanus.unison.mx>.
- 10.- Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes Vol. 55 N°. (2021). Estudio de factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético: Campaña 1N. Revista. <https://revistasad.com>.
- 11.- Universidad de ciencias médicas. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Revista. <https://scielo.sld.cu.com>.
- 12.- AM. Garrido Calvo. (2003). El pie diabético. 0210-9433. Artículo. <https://www.elsevier.es>.
- 13.- Diego Davalos, Luis Satizabal. (2022). Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología. 0120-8845. Artículo. <https://www.elsevier.es>.
- 14.- International Diabetes Federation. Diabetes around the world in 2021. Diabetes facts figure. 2021: <https://bit.ly/3NZzRAB>.

15.- Ramirez-Perdomo C, Perdomo-Romero A, Rodríguez-Vélez M. Knowledge and practices for the prevention of the diabetic foot. Rev Gaúcha Enferm. 2019.40:1-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161>.