

PRIMERA EVALUACIÓN



Comorbilidades

- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia renal
- Depresión
- Agudeza visual

Antecedentes clínicos

- Historial médico
- Examen clínico
- Pruebas de laboratorio
- * tener en cuenta estado psicosocial del paciente



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

EVALUACIÓN DE LA LESIÓN DE PIE DIABÉTICO Y MIEMBRO INFERIOR

- Ausencia de necrosis/gangrena
- Ausencia de exposición ósea, muscular y/o de tendón
- Pulsos presentes
- Ausencia de signos clínicos de infección

UPD no complicada

Estándar de tratamiento

- Máx. 2 semanas de seguimiento del tratamiento
- Valorar: 30% de reducción del área de la úlcera, signos de granulación y epitelización

SI

NO

SEGUIMIENTO CON REEVALUACIÓN DEL ESTÁNDAR DEL TRATAMIENTO

REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE CICATRIZACIÓN

- Necrosis
- Hueso, musculo y/o tendón expuesto
- Ausencia de pulsos
- Signos clínicos de infección

Paciente con DM en diálisis o con insuficiencia cardíaca

UPD complicada

Estándar de tratamiento



Derivación en máximo 4 días

DERIVACIÓN A LOS CENTROS DE REFERENCIA

CONTINUO SEGUIMIENTO Y COOPERACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

**SALVAR LA EXTREMIDAD/
↑ CALIDAD DE VIDA**

- Gangrena
- Flemón / Absceso
- Fiebre u otros signos de sepsis

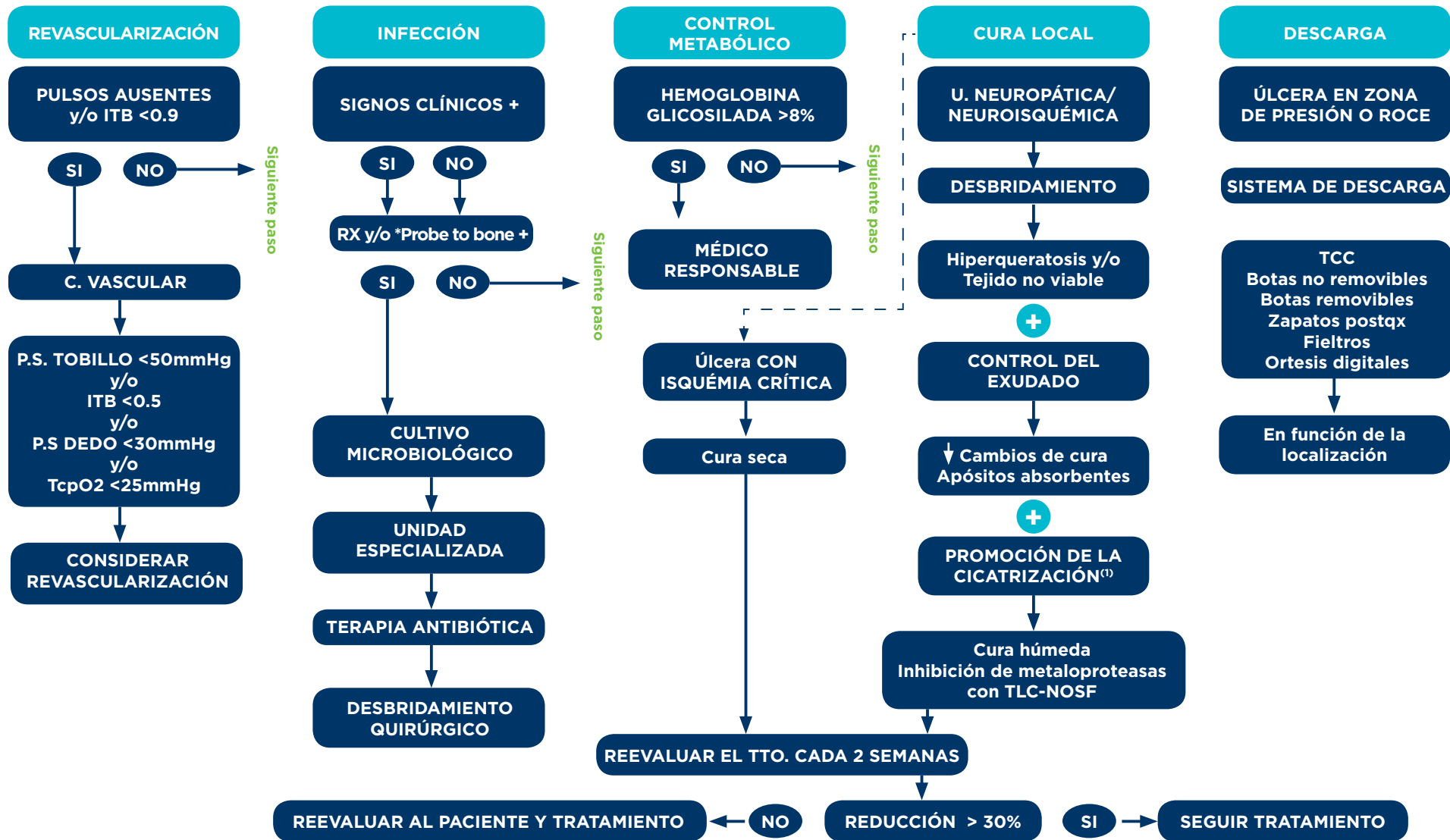
Complicación severa UPD

Estándar de tratamiento

HOSPITALIZACIÓN URGENTE EN 24H EN CENTRO ESPECIALIZADO

**REDUCCIÓN DE MORTALIDAD/
SALVAR LA EXTREMIDAD**

ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO PARA ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO



Probe to bone + (PTB+): Palpación trasulcerosa de hueso con instrumento metálico, romo y estéril.

Cultivo microbiológico: La toma de cultivo ha de realizarse de la zona más profunda de la lesión, es recomendable la recogida de tejido.

Antibioterapia: Es recomendable que siempre sea guiada por cultivo. La pauta variará en función de la lesión en infección de partes blandas un mínimo de 7 días y en osteomielitis con tratamiento médico hasta 4 meses.

Hemoglobina glicosilada: Todos los pacientes deben realizar pruebas de laboratorio de manera rutinaria y en caso de descompensación metabólica se realizará derivación al endocrinólogo.

Hiperqueratosis y/o tejido no viable: Debe retirarse de forma rutinaria la hiperqueratosis de los bordes perilesionales. La retirada del tejido se ha de retirar hasta conseguir un lecho de granulación.

Promoción de la cicatrización: El apósito principal debe acelerar la cicatrización en unción de un exceso de exudado se realizaran cambio de cura más frecuentes y/o se utilizarán apósitos secundarios absorbentes

Descarga: La descarga debe ser selectiva, que se adapte a las condiciones físicas del paciente extremando las precauciones en pacientes con componente isquémico. Es importante que el paciente tenga una adherencia al tratamiento correcto.

1. Edmonds, M, Lázaro-Martínez, JL, Alfayate-García, JM et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017 **2**. IGWF - IWGDF Guidance on footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers in patients with diabetes 2015