



Guía específica para el tratamiento de las infecciones del pie diabético 2011

Del Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético

Diagnóstico Procedimientos quirúrgicos Regímenes antibióticos
Tratamientos adyuvantes

Esta guía se basa en dos documentos complementarios: La «Revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de la infección en el pie diabético» y la «Opinión de expertos sobre el tratamiento de las infecciones en el pie diabético».

Diagnóstico

- Se debe evaluar a cada paciente diabético con una úlcera en el pie para determinar si hay infección.
- El diagnóstico de la infección del pie diabético se basa en hallazgos clínicos de inflamación y no sólo en los resultados del cultivo.
- Los cultivos de la úlcera son útiles con la mayoría de las infecciones, pero son difíciles de obtener en los casos en los que sólo hay celulitis e innecesarios en el caso de lesiones clínicamente no infectadas.
- Los cultivos obtenidos a partir de frotis superficiales a menudo muestran organismos colonizadores, pero los realizados a partir de muestras de tejidos profundos son más propensos a mostrar patógenos verdaderos y pueden ayudar a optimizar la selección de antibióticos.
- Se debe evaluar la gravedad de la infección después del desbridamiento callosidades y de tejido necrótico, según su extensión y profundidad así como la presencia de cualquier hallazgo sistémico.
- Todos los pacientes con una infección grave requieren hospitalización, pero la mayoría con una infección leve o moderada pueden ser tratados de forma ambulatoria. Los pacientes que no desean o no pueden adherirse a los tratamientos necesarios y los que necesitan ciertos procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico también puede requerir hospitalización.
- El criterio estándar de consenso para el diagnóstico de osteomielitis es una muestra ósea obtenida de forma aséptica que evidencie hallazgos histopatológicos de inflamación y de la que crezcan microorganismos en

cultivo. Otras pruebas útiles para la osteomielitis son sondear hasta el hueso, la velocidad de sedimentación globular, las radiografías secuenciales y, especialmente, la RM. Las exploraciones de medicina nuclear y la tomografía computarizada son menos útiles.

Procedimientos quirúrgicos

- Se deben evaluar en todos los pacientes que no estén bien sistémicamente si hay fascitis necrotizante, gangrena o abscesos profundos, lo que a menudo requiere intervención quirúrgica urgente.
- La intervención quirúrgica precoz de las infecciones moderadas o graves puede reducir el riesgo de amputación de extremidades inferiores.
- Los procedimientos quirúrgicos deben ser realizados por un médico competente y, por lo general, implican la eliminación del tejido necrótico. También puede ser necesaria la cirugía en el caso de que haya tejidos blandos muy comprometidos, si hay pérdida de la función mecánica de los pies, cuando el grado de afectación ósea amenaza la extremidad, para revascularizar un miembro isquémico o cuando el paciente prefiere evitar el tratamiento prolongado con antibióticos.
- Algunos casos de pie diabético con osteomielitis se pueden tratar de forma efectiva con antibióticos y sin desbridamiento quirúrgico del hueso infectado, pero no hay criterios establecidos sobre cómo seleccionar estos pacientes.

Regímenes de antibióticos

- Las úlceras de la piel que no estén clínicamente infectadas no requieren tratamiento antibiótico.
- Para las úlceras clínicamente infectadas, el tratamiento antibiótico seleccionado debe estar dirigido a los probables patógenos, utilizando un espectro tan estrecho como sea posible.
- Si bien los cultivos de muestras superficiales a menudo muestran los contaminantes, los de muestras de tejido profundo ayudan a optimizar la selección de antibióticos.
- En pacientes con osteomielitis, el tratamiento con antibióticos basado en los resultados del cultivo de hueso puede llevar a mejores resultados que el basado en muestras

tomadas de úlceras.

- Los datos disponibles no favorecen ninguna estrategia de tratamiento con antibióticos en particular, ya sea la clase de antibiótico específico o agente, la vía o la duración del tratamiento.
- El tratamiento antibiótico inicial suele ser empírico y el régimen debe incluir actividad frente a *Staphylococcus aureus* y estreptococos aerobios. Considere la posibilidad de incluir agentes activos contra el *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) cuando el paciente tenga factores de riesgo para este patógeno o la prevalencia local sea alta. Los agentes dirigidos contra organismos Gram-negativos son apropiados para pacientes con infección grave o en áreas donde la prevalencia sea alta.
- Cuando estén disponibles resultados de cultivo y sensibilidad antibiótica, se debe considerar un cambio a un régimen más específico dirigido sólo a los patógenos aislados, teniendo en cuenta la respuesta clínica al tratamiento empírico.
- Las infecciones graves requieren tratamiento parenteral (por lo menos durante los primeros días), pero las infecciones leves y la mayoría de las moderadas pueden ser tratadas con antibióticos orales, que tienen alta biodisponibilidad. También pueden ser necesarios agentes parenterales con aquellos pacientes que no pueden tolerar los orales o que están infectados con patógenos resistentes a los fármacos orales disponibles.
- Una duración de 1 a 2 semanas de tratamiento suele ser eficaz con las infecciones leves a moderadas. Las infecciones más graves de tejidos blandos pueden requerir hasta 4 semanas. El tratamiento con antibióticos generalmente puede interrumpirse cuando los signos y síntomas de la infección se han resuelto, incluso si la úlcera no ha cicatrizado.
- En el caso del tratamiento de la osteomielitis, los datos actualmente disponibles no apoyan que una determinada vía o duración de tratamiento antibiótico sean más efectivos. Tras cualquier procedimiento quirúrgico, la duración del tratamiento puede basarse en la cantidad de tejido blando, infección ósea o hueso muerto residuales.
- Existen pocos datos que apoyen decisiones sobre el coste-efectividad de distintos regímenes de antibióticos.

Tratamientos adyuvantes

- Hay poca evidencia que apoye el uso de algunos antibióticos tópicos concretos para el tratamiento de las úlceras infectadas.
- Los estudios sobre los factores estimulantes de colonias de granulocitos han mostrado resultados dispares en diversos resultados de la infección del pie diabético.
- No existe evidencia convincente que apoye el uso de otros tratamientos adyuvantes en el tratamiento de las infecciones del pie diabético.