

Cicatrización post-amputación pie diabético

Autor:

Camilo Daniel Raña Lama. Diplomado en Enfermería

Lugar de Trabajo:

Centro de Saúde Labañou. Xerencia de Atención Primaria. A Coruña. Escola Universitaria de Enfermería. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

Dirección de correspondencia:

Centro de Salud Labañou - Viviendas del Carmen s/n - 15011 A Coruña

Resumen

Se trata de un paciente diabético tipo 1 de 31 años de edad con mal control metabólico y autocuidados deficientes que acaba desarrollando mal perforante plantar, que deriva en una amputación transmetatarsina del quinto dedo del pie. Con la exposición de este caso clínico se trata de describir el proceso de atención a una herida post-amputación en pie diabético desde la captación del paciente, hasta la recuperación de la integridad cutánea.

Palabras clave

Pie diabético; Amputación; Enfermería en Salud Comunitaria; Polihexanida

Abstract

This case report describes a thirty-year-old male patient, type 1 diabetic with both poor metabolic control and poor self-care, leading to the development of plantar mal perforant which results in a trans-metatarsal amputation of the small toe. The aim of the case report is to describe the attention process of a post-amputation wound in a diabetic foot, from the beginning to the recovery of the skin integrity.

Keywords

Diabetic foot; Amputation, Primary Health Care, Polihexanide

Introducción

En el ámbito comunitario el personal de enfermería atiende a una proporción (67,9 %) de pacientes con úlceras de extremidades inferiores significativamente superior a la de los atendidos en los centros agudos o socio-sanitarios¹. En este contexto, en la práctica clínica diaria, tiene que dar respuesta a procesos complejos como el del pie diabético amputado con herida quirúrgica de difícil cicatrización y/o evolución tórpida. La atención a este tipo de heridas precisa un abordaje de la lesión basado en las mejores evidencias científicas disponibles, así como la realización de autocuidados adecuados por parte del paciente²⁻⁶. El objetivo de este trabajo es describir el proceso de atención a una herida post-amputación en pie diabético desde la captación del paciente hasta la recuperación de la integridad cutánea.



Figura 1. 26 de marzo de 2008.



Figura 2. 14 de abril de 2008.



Figura 3. Mediados de mayo de 2008.

Descripción

Varón de 31 años, con diabetes tipo 1 que, antes de la lesión, tenía un nivel deficiente de autocuidados y de cumplimiento de citas, tanto en atención primaria como en especializada. Tenía, también, muy mal control de su proceso patológico: cifras de hemoglobina glicosilada superiores al 10% e ingresos en el hospital debidos a episodios de descompensación metabólica. En la exploración física, los pies presentaban sensibilidad y pulsos periféricos conservados e hiperqueratosis. Acabó desarrollando mal perforante plantar en pie derecho y se le practicó una amputación transmetatarsiana del 5º dedo del pie derecho en febrero de 2008. En el post-operatorio se detectó presencia de *Stafilococo viridians* sensible a la penicilina y se le pautó antibioterapia sistémica.

Cuando acude a la consulta de enfermería en el centro de salud, presentaba una herida de 10,5 cm. x 2,5 cm. con esfacelos, por lo que se realizó, con mucha precaución, desbridamiento cortante para retirar tejidos necrosados. El abordaje de la herida incluía limpieza con suero fisiológico, hidrogel amorfo cuando no había presencia de exudado, colocación de apósito de fibra de hidrocóide con plata o malla de carbón con plata y, como apósito secundario, espuma de poliuretano.

Se le solicitó consentimiento para obtener las imágenes de las heridas.

Ante la evolución tórpida de la lesión se derivó al paciente al Servicio de Cirugía Vasculare donde no modificaron la pauta de curación. Se descartó osteomielitis y pie de Charcot mediante diagnóstico por imagen y se añadió al abordaje de la herida la colocación sobre la misma de gasas impregnadas en polihexanida en solución, durante los 15 minutos previos a la colocación de los apósitos especiales antes mencionados, produciéndose, a partir de ese momento, una mejora cuantitativa y cualitativa de la cicatrización (Imágenes 1, 2 y 3).



Figura 4. 26 de mayo de 2008.



Figura 5. Mediados de agosto de 2008.

En el periodo de vacaciones (mes de julio), se dejó de utilizar la polihexanida, a partir de lo cual la lesión se complicó y requirió antibioterapia sistémica. A principios del mes de agosto se reanudó la pauta con polihexanida y epitelizando definitivamente el día 21 del mismo mes (Imágenes 4, 5 y 6). La herida cicatrizó en 27 semanas y tres días. Respecto al control metabólico, nivel de autocuidados y cumplimiento de las citaciones a consulta, la mejoría fue notable tras la amputación.

Conclusión

La presencia de carga bacteriana en las heridas es una de las principales causas de retraso en la cicatrización⁷. En este caso el desbridamiento cortante y la utilización combinada de apósitos

con plata con apósito secundario de espuma de poliuretano, por sí solos, no fueron del todo efectivos. La incorporación de la polihexanida ha parecido acelerar el proceso de cicatrización. Por lo que para el abordaje de heridas crónicas de evolución tórpida, la utilización de polihexanida, puede ser una interesante opción terapéutica a considerar⁸. Por contra, esta forma de utilización de la polihexanida en solución aumentaría de forma importante el tiempo de trabajo de enfermería. Por otro lado, habría que considerar la pertinencia de que el seguimiento de estos procesos fuese realizada siempre por el mismo profesional.



Figura 6

Bibliografía

1. Ferrer-Solá M, Chirveches-Pérez E, Molist-Señé G, Molas-Puigvila M, Besolí-Codina A, Jaumira-Arefias E, Pilella-Pons S, Casas-Tió S, Dot-Padrós R. Prevalencia de las heridas crónicas en una comarca de la provincia de Barcelona. *Enferm Clin*. 2009;19(1):4-10.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. [acceso el 6 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp>
3. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: Prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 2008. [acceso el 6 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp>
4. Protocolo Cura en Ambiente Húmedo. ANEDIDIC. [acceso el 6 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.anedidic.org>
5. Protocolo Ante el Pie Diabético. ANEDIDIC. [acceso el 6 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.anedidic.org>
6. European Wound Management Association. Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. [acceso el 6 de junio de 2009]. Disponible en: <http://www.gneaupp.es>
7. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Management of wound infection. London: MEP Ltd, 2006.
8. Roldán Valenzuela A, Serra Perucho N. Efectividad de un gel de polihexanida al 0,1 %. *Rev Roi Enferm*. 2008;31(4):7-12.