

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## REVISIÓN DEL PIE DIABÉTICO, CUESTIÓN CLAVE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE POSIBLES COMPLIACIONES

**Autor principal** CAROLINA ALEJO IBAÑEZ

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

**Palabras clave** pie diabético exploración educación para la salud atención primaria

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La Diabetes Mellitus (DM) es una patología crónica que constituye un problema de salud pública de primer orden. El fenómeno del pie diabético ocasiona un importante daño sanitario, tanto del punto de vista económico como en disminución de la calidad de vida. El 15% de los diabéticos desarrollan problemas en los pies a lo largo de su vida. Muchas lesiones del pie diabético inician con síntomas de neuropatía, de los cuales se podría prevenir un 80%.

Se ha desarrollado un estudio observacional, transversal y descriptivo para estudiar el autocuidado que realizan los propios pacientes y valorar los resultados de la exploración del pie diabético que realizamos en la consulta.

Los resultados muestran un alto porcentaje de pacientes que no realizan y/o desconocen que autocuidados de los pies deben hacerse.

Prácticamente 1/3 de los pacientes estudiados es catalogado como pie de riesgo en nuestra revisión.

Se concluye que se debe realizar más hincapié en la educación sanitaria sobre los autocuidados, y establecer un calendario de exploración del

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La DM es un proceso crónico que constituye un problema individual y de salud pública de primer orden. Según datos de la OMS, se calcula que hay 347 millones de personas con DM en el mundo; en España se han descrito prevalencias muy variables de entre un 4% y un 18% de la población (dependiendo de la metodología utilizada y de las características de la población analizada).

La evolución de esta patología puede convellar la aparición de varias complicaciones crónicas, relacionadas con el mal control metabólico. Entre esas complicaciones está el pie diabético.

El fenómeno del pie diabético ocasiona un importante daño socio-sanitario, tanto del punto de vista económico, como de disminución de la calidad de vida. El 15% de los diabéticos desarrollan problemas en los pies a lo largo de su vida y el 50% de las amputaciones no traumáticas corresponden a estos pacientes.

La insuficiencia vascular periférica es una de la sintomatología que conduce a la necrosis y amputación. Muchas lesiones del pie diabético inician con síntomas de neuropatía, de los cuales se podría prevenir un 80% con un buen control del pie diabético.

El consenso publicado por la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculare define el pie diabético como una alteración clínica de base etiopatogénica y neurotípica e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce una lesión y/o ulceración a nivel del pie. Las lesiones arteriales de las extremidades se producen por arterioesclerosis, la cual se desarrolla de forma más precoz y más extensa en pacientes diabéticos. La combinación de enfermedad oclusiva arterial y neuropatía periférica, que produce ausencia o disminución de sensación dolorosa, denervación simpática y parálisis motora de los músculos intrínsecos del pie, convierte a estos pacientes en susceptibles de ulceraciones, infecciones y gangrena.

El diagnóstico precoz de la polineuropatía distal de la diabetes, puede evitar o retardar el riesgo de úlceras, infecciones o amputaciones en los pies.

El examen clínico de la neuropatía del pie diabético consiste básicamente en la exploración de las diferentes sensibilidades y la inspección del pie. Es de vital importancia educar sanitariamente a estos pacientes para que realicen unos autocuidados adecuados y para que sepan detectar posibles complicaciones.

Dorotea Orem define el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en un Centro de Salud de Atención Primaria de la provincia de Barcelona, de Febrero a Abril de 2013, en que la población de estudio son 40 pacientes (n=40) todos ellos diagnosticados de DM.

Al inicio de la visita, se pasó una pequeña encuesta al paciente, con solo 4 preguntas, referente a los autocuidados:

1. Realiza diariamente higiene e hidratación de los pies?
2. Utiliza lima de cartón en vez de tijera y/o lima metálica?
3. Conoce cuál es el mejor tipo de calzado para el cuidado de sus pies?
4. Acude a las revisiones del podólogo de forma regular? (3-4 veces/año)

Seguidamente, se llevó a cabo la exploración de pies, realizando una inspección de los pies y explorando la sensibilidad al monofilamento, sensibilidad superficial, térmica, vibratoria, sensibilidad al dolor, palpación de pulsos periféricos y valoración de reflejos.

La inspección de los pies se realizó de forma visual y encuestando a los pacientes sobre sus antecedentes.

La sensibilidad al monofilamento se realizó con monofilamento de Semmes-Weinstein 5,07 y se evaluó la sensibilidad a la presión táctil. Es un filamento de nylon unido a un mango que al doblarse ejerce presión constante de 10 gramos. Se aplicó perpendicularmente a la piel, incrementando la presión hasta que el monofilamento se dobló. Se apoyó entre 1 y 2 segundos. Se aplicó el monofilamento en la superficie plantar de la última falange del primer dedo, superficie plantar de la cabeza del primer metatarsiano, superficie plantar de la cabeza del tercer metatarsiano, superficie plantar de la cabeza del quinto metatarsiano.

Sensibilidad superficial: se pasó un pincel y el paciente nos indicó si notaba su roce. Se valora sensibilidad táctil en dorso y zona lateral del pie.

Sensibilidad térmica: se realizó con una barra térmica y se aplicó en los laterales y planta del pie. El paciente nos indicó si notaba la diferencia de temperatura.

La sensibilidad vibratoria se realizó con diapason de 125 Hz, el paciente debía distinguir la vibración del contacto. Se exploró en: base de la uña del primer dedo, base del pie, repliegue ungueal del primer dedo, maléolo peroneal y maléolo tibial.

Palpación pulsos distales: se realizó palpación de los pulsos pedios, tibiales, poplíteos y femorales.

Valoración reflejo Aquileo: el paciente se estiró con las piernas colgando, de forma que el tendón de Aquiles queda en tensión moderada. Se percutió con el martillo de reflejos en el tendón de Aquiles y se valoró reflejo positivo si se produjo flexión plantar del pie.

**» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Respecto a los autocuidados realizados por los propios pacientes, solo 11 pacientes han contestado correctamente a las 4 preguntas del cuestionario de autocuidados, y de estos pacientes ninguno presenta categorización de riesgo en la inspección y exploración posterior de los pies. De los 29 pacientes restantes: el 7% utiliza calzado inadecuado, el 25% no utiliza lima de cartón para el corte y cuidado de las uñas y el 60% no acude al podólogo de forma rutinaria.

En la inspección se observa que el 20% de los pacientes estudiados sufrió ulceraciones anteriormente, el 40% tiene malformaciones y/o puntos de presión existentes en el pie, el 5% sufre ulceraciones o heridas actualmente y el 10% tiene incapacidad para realizar correctamente autocuidados debido a una mala agudeza visual.

Durante la exploración se observa que el 27% presenta falta de sensibilidad al monofilamento en al menos un punto de exploración. El 37% presenta falta de sensibilidad vibratoria, el 10% falta de sensibilidad superficial y el 40% falta de sensibilidad térmica. Respecto a los pulsos: en el 40% de pacientes se palpan los pulsos correctamente, en el 30% se palpa débilmente alguno de los pulsos, y en el 30% de pacientes hay alguno de los pulsos que no se consigue palpar.

Solo 1 paciente no tiene reflejo Aquileo ni sensibilidad al dolor.

Dado estos resultados, se llega a la conclusión que se debería establecer un calendario de revisiones del pie acorde a su perfil de riesgo y

**» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Este estudio ha permitido ver áreas de mejora en nuestra actividad asistencial, debemos hacer más hincapié en realizar educación sanitaria para el cuidado de los pies.

A raíz de los resultados de este estudio, se ha determinado realizar revisiones del pie diabético cada 2 meses a los pacientes con pie de riesgo, con el fin de evitar complicaciones.

**» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Existe la intención de desarrollar otro estudio donde se observe si este cambio en la periodicidad de las revisiones del pie diabético mejora los resultados de autocuidados y resultados en las revisiones y exploraciones del pie diabético.

**» BIBLIOGRAFÍA.**

Martinez Lopez R. 2006 Manual del pie diabético. Editorial tecnológico de Costa Rica.

Martinez Gómez D Manuales prácticos en urgencias quirúrgicas 1: Infecciones del pie diabético. Arán ediciones, SL 2009.

Capillas Perez R, et al. Manejo de les úlceras vasculares. Guies de pràctica clínica del ICS. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Mata M, et al. Abordatge de la Diabetes Mellitus tipus 2. Guies de pràctica clínica del ICS. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut