

MSD Proyecto CAMINA

PLAN INTEGRAL EN PREVENCIÓN Y MANEJO
DEL PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DT2

CRIBADO de PIE de RIESGO en PERSONAS con DIABETES



MSD Proyecto CAMINA

PLAN INTEGRAL EN PREVENCIÓN Y MANEJO DEL PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DT2

El pie diabético es una de las complicaciones más graves de la diabetes, repercute gravemente en la morbilidad y calidad de vida del afectado^{1,2} y ocasiona un elevado impacto económico y social^{3,4}.

Para prevenir amputaciones y/o úlceras es muy importante un programa estructurado de cribado que identifique el pie de riesgo⁵. La Atención Primaria desempeña un papel clave en el desarrollo de este programa y tiene el reto de evitar que el pie sano del paciente con DM2 se convierta en un pie diabético abordando precozmente los factores de riesgo que puedan provocarlo⁶.

Pasos para identificar el pie de riesgo⁷⁻¹²:

- Anamnesis⁷
- Inspección del pie⁷
- Inspección del calzado⁷
- Exploración de la sensibilidad de protección⁸⁻¹⁰
- Exploración vascular^{7,11}
- Estratificación del riesgo de úlcera¹²

1

Anamnesis

dirigida a la existencia de lesiones en los pies, agudeza visual, hábitos tóxicos y síntomas de neuropatía y/o arteriopatía periférica⁷.

2

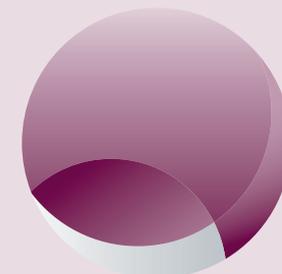
Inspección visual del pie:

integridad de la piel, lesiones ungueales, detección de deformidades musculo esqueléticas e hiperqueratosis⁷.

3

Inspección del calzado

El calzado inapropiado contribuye al desarrollo de úlceras debiendo ser igualmente inspeccionado con el fin de determinar si es adecuado⁷.



MSD Proyecto CAMINA
 PLAN INTEGRAL EN PREVENCIÓN Y MANEJO
 DEL PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DT2

El pie diabético es una de las complicaciones más graves de la diabetes, repercute gravemente en la morbilidad y calidad de vida del afectado^{1,2} y ocasiona un elevado impacto económico y social^{3,4}.

Para prevenir amputaciones y/o úlceras es muy importante un programa estructurado de cribado que identifique el pie de riesgo⁵. La Atención Primaria desempeña un papel clave en el desarrollo de este programa y tiene el reto de evitar que el pie sano del paciente con DM2 se convierta en un pie diabético abordando precozmente los factores de riesgo que puedan provocarlo⁶.

Pasos para identificar el pie de riesgo⁷⁻¹²:

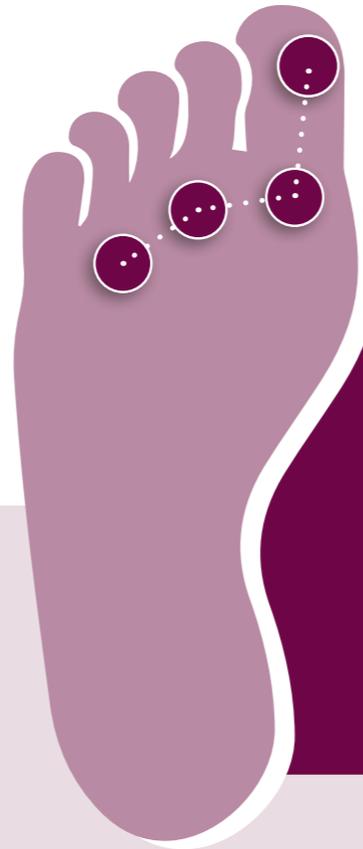
- Anamnesis⁷
- Inspección del pie⁷
- Inspección del calzado⁷
- Exploración de la sensibilidad de protección⁸⁻¹⁰
- Exploración vascular^{7,11}
- Estratificación del riesgo de úlcera¹²

1 Anamnesis
 dirigida a la existencia de lesiones en los pies, agudeza visual, hábitos tóxicos y síntomas de neuropatía y/o arteriopatía periférica⁷.

2 Inspección visual del pie:
 integridad de la piel, lesiones ungueales, detección de deformidades musculo esqueléticas e hiperqueratosis⁷.

3 Inspección del calzado
 El calzado inapropiado contribuye al desarrollo de úlceras debiendo ser igualmente inspeccionado con el fin de determinar si es adecuado⁷.

4 Exploración de la sensibilidad de protección (SP):



• Mediante el monofilamento (MF)⁸ aplicado en cuatro puntos plantares de cada pie. La SP está presente si la puntuación obtenida (índice de sensibilidad) es 8/8⁹.

- ✓ Estando el paciente con los ojos cerrados, se aplica el MF **perpendicularmente**, sin que se deslice sobre la piel, hasta que se dobla. Es entonces cuando se valora⁹.
- ✓ No debe apoyarse más de **1-2 segundos**⁹.
- ✓ No aplicar en zonas de **hiperqueratosis**⁹.
- ✓ Emplear una secuencia **aleatoria**⁹.
- ✓ Si algún punto es **insensible** repetir la exploración en dicho punto y considerar que es sensible si el paciente nota el MF en dos de tres aplicaciones⁹.

• Complementar la prueba del MF con la exploración de la sensibilidad vibratoria¹⁰ utilizando un diapasón de 128 Hz aplicado sobre el dorso de la falange distal del 1º dedo. La prueba es positiva si contesta correctamente a dos de tres aplicaciones.

5 Exploración vascular:

- Observación de coloración y temperatura⁷.
- Palpación de pulsos distales (pedio y tibial posterior⁷).
- ITB en¹¹:
 - ≥ 50 años.
 - < 50 años si existen factores de riesgo de arteriopatía periférica (tabaquismo, HTA, dislipemia, diabetes de más de 10 años de evolución).
 - Ausencia de pulsos distales y/o presencia de claudicación intermitente.

6 Estratificación del riesgo de úlcera en el pie¹²:

Riesgo	Características	Frecuencia de Inspección
0	Ausencia de neuropatía periférica	Anual
1	Disminución SP o presencia de deformidades en el pie	Semestral
2	Disminución SP con arteriopatía periférica y/o deformidad del pie.	Cada 3-6 meses. Visita al podólogo.
3	Disminución SP y antecedentes de úlcera y/o amputación previa.	Individualizar. Cada 1-3 meses. Valorar derivación a cirugía vascular.

Modificada de International Working Group on the Diabetic Foot; 2015¹²

CRIBADO de PIE de RIESGO en PERSONAS con DIABETES

Pasos para identificar el pie de riesgo¹²:

- 1 Anamnesis⁷
- 2 Inspección del pie⁷
- 3 Inspección del calzado⁷
- 4 Exploración de la sensibilidad de protección⁸⁻¹⁰
- 5 Exploración vascular^{7,11}
- 6 Estratificación del riesgo de úlcera¹²

1. Lopez de Andres A, Martinez Huedo MA, Carrasco Garrido P, Hernandez Barrera V, Gil de Miguel A, Jimenez Garcia R. Trends in Lower-Extremity Amputations in People with and without Diabetes in Spain, 2001-2008. *Diabetes Care* 2011; 34: 1571-6. 2. Boulton A, Vilekyte L, Ragnanson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet* 2005; 366:1719-24. 3. Kerr M, Rayman G, Jeffcoate WJ. Cost of diabetic foot disease to the National Health Service in England. *Diabet Med* 2014; 31:1498-504. 4. Barshes NR, Sigireddi M, Wrobel JS, Mahankali A, Robbins JM, Kougias P et al. The system of care for the diabetic foot: objectives, outcomes, and opportunities. *Diabetic Foot & Ankle*. 2013;4:10.3402/dfa.v4i0.21847. doi:10.3402/dfa.v4i0.21847. 5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 2 diabetes in adults. Clinical guideline update (draft). London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2015. Disponible en: URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/diabetes-and-other-endocrinal--nutritional-and-metabolic-conditions/diabetes>. Ultimo acceso 6 de Agosto de 2017. 6. Bowering CK. Diabetic foot ulcers. Pathophysiology, assessment, and therapy. *Canadian Family Physician* 2001;47:1007-16. 7. Boulton AJM, Armstrong DG, Albert SF, et al. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Diabetes Care* 2008;31:1679-85. 8. Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC; International Working Group on Diabetic Foot Editorial Board. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012;28 Suppl 1:225-31. 9. 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08. 10. American Diabetes Association. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care* 2017;40 Suppl 1: S93-S98. 11. American Diabetes Association. Peripheral arterial disease in people with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:3333-41. 12. Bus SA, Van Netten JJ, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Jubiz Y, et al; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). IWGDF Guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. *International Working Group on the Diabetic Foot*; 2015.

