



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-056 - INGRESOS POR PIE DIABÉTICO EN NUESTRO CENTRO EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS

Macero Delgado, Ángel; Montesinos, Carmen; Martínez Ballester, María Luisa; Seguí, Jesús; Fluixa Pelegri, Ana; Reinaldo Baliño, Dietmar; Cutillas Abellán, José; Krystek, Nicolás

Hospital Francisco de Borja, Gandia.

Resumen

Objetivos: Analizar los criterios de admisión, evolución clínica y tratamiento de pacientes ingresados por complicaciones de pie diabético.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes ingresados en un periodo de 5 años de 2013 a 2015 en nuestro servicio.

Resultados: Se obtuvieron un total de 138 ingresos correspondientes a 77 pacientes de los cuales 34 (44%) asociaron uno o varios reingresos; siendo de estos 51 (66%) varones y 26 (34%) mujeres. La edad media de los pacientes era de 69 años. La estancia media de ingreso hospitalario fue de 12 días. Se clasificaron los ingresos por lesiones de pie diabético siguiendo la escala de Wagner, encontrando: 17 (12,3%) en grado 2, 55 (39,8%) en grado 3, 51 (36,9%) en grado 4 y 15 (10,8%) en grado 5. Según el grado de afectación, las pautas de antibioticoterapia más utilizadas fueron las combinaciones de amoxicilina-clavulánico o piperacilina-tazobactam. Se obtuvieron muestras para cultivo de las heridas al ingreso y durante el mismo, siendo los gérmenes más frecuentes el estafilococo aureus y el estreptococo. La forma de afectación vascular más frecuente fue la arteriosclerosis y ateromatosis periférica, acentuada en 19 (24,7%) de los pacientes en forma de estenosis vascular franca. Las pruebas radiológicas más utilizadas para identificar dichas estenosis fueron la ecografía Doppler y el angioTAC, reservando la RMN para la valoración de posibles lesiones óseas subyacentes. Los territorios más afectados en orden decreciente fueron: femoral superficial (29,6%), poplíteo (22%), femoral común (14,8%), tibial posterior (14,8%), tronco tibioperoneo (11,11%), pedia (3,7%) y aortoiliaca (3,7%). Se realizó angioplastia en 6 de estos pacientes, mejorando el cierre del lecho de la herida y progresión a amputación en 4 de ellos (66%). La amputación tuvo que realizarse como parte del tratamiento en 57 (74%) de los pacientes, de las cuales 19 (33,5%) fueron amputaciones mayores y 38 (66,5%) menores. A lo largo de este periodo, 27 pacientes (35%) fallecieron por complicaciones tempranas o tardías de sus patologías de base, siendo el mal control glucémico, la insuficiencia renal crónica, el tabaquismo y la obesidad los factores de riesgo más prevalentes.

Conclusiones: El pie diabético es causa de una gran carga asistencial, conllevando serios problemas de índole socio-económico. Dada su alta tasa de morbimortalidad, puede incluso ser comparado a las neoplasias más frecuentes de nuestro medio. La hospitalización de estos pacientes

dependerá del grado de afectación (celulitis extensa, infección extendida, osteomielitis) existente al diagnóstico. Según la literatura y nuestra experiencia, se confirma el hecho de que padecer de una úlcera aumenta el riesgo de amputación y sitúa al paciente en un período de remisión, en el cual es más susceptible a isquemia, asociando ulceración o gangrena. La prevención temprana, así como un seguimiento exhaustivo de los pacientes una vez instaurada alguna de las presentaciones de este síndrome (neuropatía/vasculopatía, úlceras, infección) son clave para detener la entrada en su ciclo; cuyos resultados finales pese a las nuevas técnicas de curas mecánicas, enzimáticas y revascularización actualmente disponibles, son muy desesperanzadores.