

**José Luis Lázaro Martínez**Profesor Titular de la *Universidad Complutense de Madrid (UCM)*Jefe de la Unidad de Pie Diabético de la *UCM*Director Grupo Investigación de Pie Diabético de la *UCM* y del Instituto de Investigación Sanitaria, *Hospital Clínico San Carlos de Madrid*President *D-FOOT International*

# Cómo aplicar el contenido del Consenso del pie diabético en la clínica

**A**proximadamente entre el 25%-35% de los pacientes con diabetes desarrollarán una complicación en sus pies a lo largo de su vida (1). La enfermedad del pie diabético se manifiesta principalmente por la aparición de úlceras en los pies como consecuencia de la afectación neurológica y/o vascular de los miembros inferiores. De éstas, el 60% se infectarán y una de cada 4 úlceras infectadas sufrirá una amputación (2). Por otro lado, la esperanza de vida de los pacientes con enfermedad de pie diabético es comparable a cánceres comunes, superando las tasas de mortalidad del cáncer de mama o el de próstata, e igualándose a la del cáncer del pulmón cuando el paciente presenta asociada enfermedad vascular periférica (3).

En España la tasa de incidencia de amputación mayor del miembro inferior asociada a la diabetes es de 0.48 por 1000.000

habitantes, con una alta heterogeneidad entre comunidades autónomas, siendo Canarias la región con la mayor incidencia (0.81/100.000 hab.) frente a Madrid que registra la menor incidencia acumulada en el período estudiado (0.24/1000.000 hab.). La tasa de mortalidad en España tras sufrir una amputación mayor es del 10%, siendo Cantabria la que acumula el mayor riesgo de mortalidad asociada a la amputación (1.7 [CI95% = 1.4; 2.1]) y la Rioja la de menor riesgo (0.5 [CI95% = 0.2; 0.]) (4).

Estos datos nos reflejan que los resultados en la atención de los pacientes con enfermedad de pie diabético son muy heterogéneos en nuestro país, e infieren que los pacientes se podrían estar manejando de forma diferente.

El estándar de tratamiento de la enfermedad del pie diabético incluye el control de la diabetes y sus comorbilidades, la restauración de la perfusión vascular, el control de la infección, la descarga de la úlcera y un adecuado manejo local basado en el desbridamiento y la elección de apósitos de acuerdo



a la mejor evidencia disponible (5).

Existen a nivel internacional diferentes consensos sobre la prevención y manejo de la enfermedad del pie diabético. El consenso con mayor reconocimiento y aceptación es el que desarrolla el International Working Group of Diabetic Foot (IWGDF) que publica cada 4 años una guía de recomendaciones para el manejo del pie diabético. La última versión se presentó en La Haya en mayo de 2019 y ha sido publicada en el primer trimestre de 2020 (5) y traducida a varios idiomas, entre ellos el español.

La guía del IWGDF consta de 6 capítulos en los que se incluyen una serie de recomendaciones basadas en el análisis de la evidencia disponible y en el consenso de expertos cuando algún aspecto no está bien respaldado por un nivel de evidencia suficiente. Los capítulos abarcan la prevención del pie diabético, la clasificación de las úlceras, el abordaje de la infección, el manejo de la enfermedad arterial periférica, la descarga y el manejo local (5).

La implementación de estas recomendaciones en la práctica clínica es muy complicada, y se necesitan acciones que faciliten la integración de las mismas en los protocolos de atención de los pacientes con pie diabético.

### ¿CÓMO SE PODRÍA IMPLEMENTAR ESTAS RECOMENDACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

Para llevar a la práctica clínica las recomendaciones de las guías de consenso es necesario establecer estrategias dirigidas a:

- **Identificar los niveles asistenciales** implicados en la atención de estos pacientes y los profesionales sanitarios responsables de cada intervención.
- **Analizar la situación actual** sobre el manejo de los pacientes y en especial comprobar si existen guías locales o protocolos de manejo de estos pacientes, para estudiar las coincidencias y las discrepancias con respecto a las guías de consenso »

**LOS RESULTADOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PIE DIABÉTICO SON MUY HETEROGÉNEOS EN NUESTRO PAÍS, E INFIEREN QUE LOS PACIENTES SE PODRÍAN ESTAR MANEJANDO DE FORMA DIFERENTE**



## ES IMPORTANTE UNA ESTRECHA CONEXIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA, Y EN PARTICULAR CON LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES ENCARGADOS DEL MANEJO DE PACIENTE CON RIESGO DE AMPUTACIÓN O DE MUERTE

- » ■ **Establecer un vínculo** estrecho con los profesionales implicados en la atención de estos pacientes a través de sus órganos de representación o sociedades científicas
- **Desarrollar un plan de acción** realista y tangible que incluya unas acciones de mejora fáciles de implementar y que gocen de un consenso por parte de todos los actores implicados en la atención de estos pacientes.

### Organización asistencial

Uno de los errores comunes en la implementación de las recomendaciones de las guías de consenso es pensar que solo afectan a los especialistas integrados en unidades especializadas de pie diabético. Sin embargo, la atención de los pacientes con enfermedad de pie diabético implica a profesionales tanto de la Atención Primaria como de la Atención Especializada, estén o no enmarcados en una unidad funcional de pie diabético.

La prevención, el diagnóstico precoz y la derivación urgente son roles fundamentales de la Atención Primaria, donde se deberían tratar solo úlceras no complicadas, e incidir en los procesos de cribado, identificación del riesgo y prevención. Estos aspectos implican tanto al médico de familia como a la enfermera comunitaria, que

deben trabajar de forma coordinada en la atención de estos pacientes. El hecho de considerar el pie diabético como una úlcera crónica, ocasiona con frecuencia que estos pacientes se manejen solo por personal de enfermería para administrar los cuidados relativos al manejo local de úlceras y heridas, olvidando otros aspectos del estándar de cuidados como son el control de la diabetes y sus comorbilidades, el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) o de la infección ósea, o incluso el uso y aplicación de la descarga adecuada. Es por lo tanto capital implicar al equipo de Atención Primaria en qué competencias deben asumir en el manejo de estos pacientes y cuáles son los criterios de derivación a unidades especializadas de pie diabético. Las recomendaciones sobre las acciones a realizar en Atención Primaria deben ser claras, sencillas y en la medida de lo posible poco instrumentadas, para permitir una implementación universal.

Es importante una estrecha conexión entre Atención Primaria y Especializada, y en particular con los equipos multidisciplinares encargados del manejo de paciente con riesgo de amputación o de muerte, y que son responsables de atender de forma urgente los eventos de isquemia e infección. Es por lo tanto crucial el establecimiento de circuitos de derivación ágil donde se identifique de forma clara qué pacientes deben ser derivados y en qué margen tiempo estos pacientes deben ser atendidos (6).

## Creación de equipos multidisciplinares Colaboración de sociedades científicas

La recepción de pacientes en atención especializada debe realizarse por unidades de pie diabético basadas en equipos multidisciplinares que sean capaces de abordar todas las posibles complicaciones que estos pacientes pueden sufrir, especialmente la isquemia y/o la infección (7). Cómo mínimo estos equipos deberían estar integrados de un endocrino o médico internista, un cirujano vascular, un podólogo y una enfermera (5). Estos profesionales dan respuesta al 95% de las competencias necesarias para atender todos los supuestos clínicos que presentan estos pacientes. Otras especialidades se pueden incorporar a estos equipos para atender competencias transversales como es el caso de la cirugía ortopédica, los especialistas de enfermedades infecciosas, radiólogos, médico rehabilitador, etc.

Es importante que cada especialidad conozca las recomendaciones de las guías de consenso y las integre en sus protocolos locales. Es crucial que se asuman y se definan de forma universal los criterios de realización de procedimientos quirúrgicos, los procedimientos de revascularización, el manejo antibiótico en las infecciones moderadas y graves, el tratamiento de la osteomielitis o la indicación de amputación (8). El objetivo de estas intervenciones debe ser la reducción de las tasas de amputación y de mortalidad de estos pacientes.

Para que todos los profesionales implicados en la atención del paciente con pie diabético implemente la recomendación de las guías de consenso es necesaria la implicación de sus sociedades científicas. Dichas sociedades deben establecer qué competencias afectan a dicha especialidad y cómo incorporar las recomendaciones sobre el manejo de estos pacientes a sus protocolos actuales de forma realista. Estas acciones permitirán que cada especialista médico o profesional sanitario adecue a su idiosincrasia y competencias las acciones de mejora que se necesiten. El objetivo es reducir la heterogeneidad en la atención de estos pacientes y homogenizar los resultados de la atención de los mismos en todo el territorio nacional. No es admisible que los resultados de los pacientes dependan de qué región o de qué hospital trate a cada paciente, al igual que no admitiríamos esta discrepancia en el manejo de otras enfermedades.

Obviamente, el cambio comienza con el reconocimiento de lo que estamos haciendo mal, e identificando aquellas acciones que permitan mejorar el resultado en los pacientes.

Afortunadamente podemos decir que en España se ha llegado al primer consenso sobre las acciones de mejora para la prevención y manejo del pie diabético avalada por varias sociedades científicas bajo el paraguas del D-FOOT International y el grupo de trabajo de pie diabético de la SED, el cual será próximamente publicado en la revista de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. **D**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *N Engl J Med*. 2017;376(24):2367-75.
2. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJ, Armstrong DG, et al. Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis*. 2012;54(12):e132-73.
3. Armstrong DG, Swerdlow MA, Armstrong AA, Conte MS, Padula WV, Bus SA. Five year mortality and direct costs of care for people with diabetic foot complications are comparable to cancer. *J Foot Ankle Res*. 2020;13(1):16.
4. Rodriguez Perez MDC, Chines C, Pedrero Garcia AJ, Sousa D, Cuevas Fernandez FJ, Marcelino-Rodriguez I, et al. Major amputations in type 2 diabetes between 2001 and 2015 in Spain: regional differences. *BMC Public Health*. 2020;20(1):54.
5. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Hinchliffe RJ, Lipsky BA, et al. Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2020;36 Suppl 1:e3266.
6. Manu C, Lacopi E, Bouillet B, Vouillarmet J, Ahluwalia R, Ludemann C, et al. Delayed referral of patients with diabetic foot ulcers across Europe: patterns between primary care and specialised units. *J Wound Care*. 2018;27(3):186-92.
7. Rubio JA, Aragon-Sanchez J, Lazaro-Martinez JL, Almaraz MC, Mauricio D, Antolin Santos JB, et al. Diabetic foot units in Spain: knowing the facts using a questionnaire. *Endocrinol Nutr*. 2014;61(2):79-86.
8. Lipsky BA, Senneville E, Abbas ZG, Aragon-Sanchez J, Diggle M, Embil JM, et al. Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2020;36 Suppl 1:e3280.