

PIE DIABÉTICO

Información realizada por Gema Suárez

Un mal silencioso con graves repercusiones

Las lesiones o ulceraciones en los pies de los diabéticos constituyen una de las complicaciones más importantes y más costosas de esta enfermedad. Se estima que hasta un 70 por ciento de las amputaciones de extremidades inferiores está relacionado con la diabetes y en los países en vías de desarrollo los problemas del pie pueden llegar a consumir el 40 por ciento de los recursos sanitarios disponibles. La incidencia acumulativa de amputaciones en la población diagnosticada antes de los 30 años y con una evolución de más de diez supera el 5 por ciento en la tipo I y el 7 por ciento en la II. La gravedad de esta complicación también radica en que las personas que han sufrido una amputación tienen un 50 por ciento más de riesgo de morir en los cuatro años siguientes.

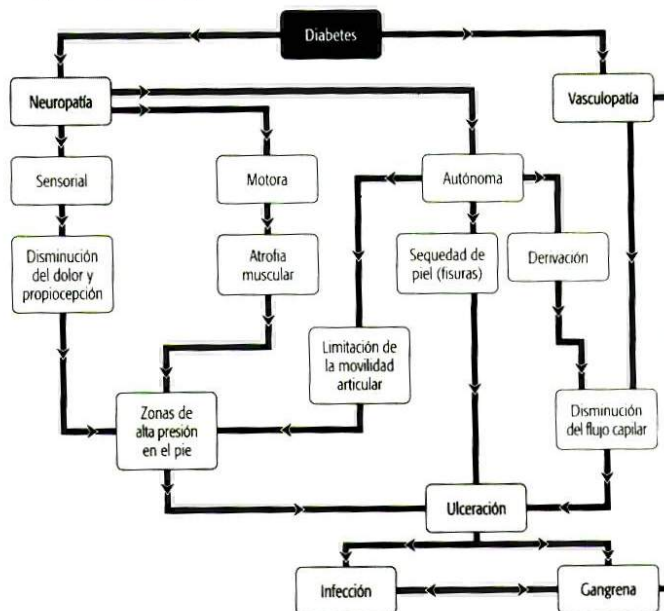
Debido a que constituye un serio problema de salud pública, el 14 de noviembre de este año, Día Mundial de la Diabetes, tendrá como objetivo informar sobre el pie diabético y cómo prevenirlo. La Federación Internacional de Diabetes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético, impulsores de esta iniciativa, insistirán en que, con una buena atención sanitaria y unos cuidados personales se pueden reducir entre un 49 y un 85 por ciento los índices de amputación relacionados con la diabetes. Y es precisamente en la prevención donde el farmacéutico puede adquirir un papel importante, informando sobre medidas higiénicas y cuidados diarios de los pies.

POR QUÉ APARECE

Por pie diabético se entiende el conjunto de lesiones podológicas que aparecen en los dos tipos de diabéticos como consecuencia de tres factores: **las alteraciones nerviosas (neuropatías), las vasculares (enfermedad vascular periférica) y las infecciones**. El riesgo de desarrollar úlceras es 1,7 veces superior en pacientes que sólo tienen neuropatía periférica; 12,1 veces en los que padecen neuropatía y deformidad de los pies, y 36,5 veces superior en los que presentan neuropatía, deformidad de los pies y antecedentes de amputación. La forma más común de neuropatía es la polineuropatía

CUANDO EL DAÑO ESTÁ HECHO

Factores que causan las úlceras del pie diabético.



Fuente: "Actualizaciones clínicas y terapéuticas en la lesión nerviosa del diabético" Fernando Escobar y José Luis Herrera

tía sensitiva-motora simétrica distal, que afecta a más del 50 por ciento de los diabéticos de más de 15 años de evolución, tanto de modo sensitivo como motor. Estos pacientes pierden la sensación protectora que ofrece el dolor, la presión y la temperatura, por lo que pueden no darse cuenta de que llevan cuerpos extraños en el zapato, quemarse con agua demasiado caliente o no notar que tienen una herida.

La **neuropatía motora** se caracteriza por atrofia y debilidad muscular que origina desestabilización del pie, causante de las úlceras de apoyo, además de dedos en garra, en martillo o juanetes.

La **neuropatía autónoma o del sistema vegetativo** produce una disminución del sudor, dando lugar a una superficie cutánea caliente, seca, deshidratada y escamosa propicia a sufrir fisuras o grietas y ser una puerta de entrada para las bacterias (ver gráfico adjunto).

Con respecto a la enfermedad vascular periférica, se refleja en la zona infracondílea del pie a través de una piel de aspecto brillante, frágil, seco y con tendencia a la hiperqueratosis. Si el proceso es grave pueden aparecer

más grave de este proceso degenerativo es el pie de Charcot. Las lesiones por alteración vascular se localizan en la punta de los dedos y espacios interdigitales, zonas laterales de primer y quinto metatarsiano y perímetro del talón. Al contrario que las neuropáticas, suelen ser muy dolorosas cuando no hay neuropatía asociada.

La clasificación de Wagner (la más utilizada internacionalmente) establece una tipología de úlceras, según su gravedad y afectación de la zona:

- **Grado 0.** No hay lesiones, pero se trata de un pie de riesgo (callos, fisuras o hiperqueratosis).
- **Grado 1.** Úlcera superficial. Suele aparecer en la superficie plantar, en la cabeza de los metatarsianos o en los espacios interdigitales.
- **Grado 2.** Úlcera profunda que penetra en el tejido celular subcutáneo, afectando a tendones y ligamentos, pero no hay absceso o afectación ósea.
- **Grado 3.** Úlcera profunda con celulitis y absceso.
- **Grado 4.** Gangrena localizada, generalmente en el talón, los dedos o zonas distales del pie.
- **Grado 5.** Gangrena extensa.

lesiones isquémicas, engrosamientos ungueales de larga evolución y atrofia del tejido subcutáneo. El color de la piel puede ser desde pálido hasta enrojecido.

LAS ÚLCERAS

Las heridas del pie diabético tienen un comportamiento biológico distinto a las producidas en pacientes sanos. Las anomalías en el proceso de cicatrización son:

→ **Alteración en la proliferación celular de fibroblastos y células endoteliales.**

→ **Anomalías en la remodelación de la herida.** Disminuye el depósito de colágeno y glucosaminoglicanos.

→ **Retraso en la contracción de la herida y en la fuerza tensora.**

→ **Mayor susceptibilidad a la infección de la herida.**

Las lesiones producidas por la neuropatía son úlceras que se suelen localizar en la zona plantar y la alteración

DEBE SABER...

→ La Asociación Americana de Diabetes recomienda que la inspección de los pies debe realizarse en cada visita médica relacionada con la diabetes y realizar un examen integral de los pies una vez al año.

→ El **pie de Charcot** es una complicación de la diabetes que, aunque afecta sólo al uno por ciento de estos enfermos, hay que tener en cuenta, ya que si no se reconoce a tiempo conduce a importantes deformidades del pie que ocasionan úlceras de repetición.

LO QUE HAY QUE HACER

Control de la diabetes y cuidados preventivos, clave

En el abordaje del pie diabético deben fijarse dos objetivos principales: primero, que los pacientes acudan al médico o podólogo a tiempo para que instaure un tratamiento adecuado y así mantener la integridad del pie, y, segundo, informar al enfermo sobre las medidas de higiene y cuidados preventivos; sin embargo, en la mayoría de los casos se toman cartas en el asunto cuando el paciente ya presenta complicaciones.

Es importante saber que el pie diabético es un problema de salud del que el paciente habla poco en la farmacia, entre otros motivos, porque no es consciente de sus repercusiones. Esta circunstancia va a exigir una actitud proactiva por parte del farmacéutico y será él quien deba acercarse al paciente, preguntarle y, aunque no lo solicite, darle información sobre cuidados preventivos. También podrá detectar signos de alarma, que deberán ser después valorados clínicamente por el médico. Para ello, el boticario debe aprovechar los servicios profesionales que presta a sus pacientes diabéticos, como dispensación de sus tratamientos, consultas que realicen los enfermos, medición de glucemia o de presión arterial y seguimiento farmacoterapéutico, para realizar intervenciones informativas específicas sobre los factores de riesgos y sobre los autocuidados.

FACTORES DE RIESGO

Existe una serie de factores de riesgo que contribuye al desarrollo del pie diabético y sobre los que hay que adver-

Actuación de urgencia

Si los pacientes diabéticos comentan al farmacéutico que tienen grietas en los pies, ampollas, heridas, úlceras o uñas encarnadas, aunque parezcan lesiones superficiales, son causas suficientemente importantes como para derivarles al médico para prevenir una sobreinfección.

Mimar los pies cada día

El farmacéutico puede dar a los diabéticos los siguientes consejos sobre la higiene y cuidado de los pies.

1. Inspeccionar diariamente los pies para observar si hay ampollas, grietas o erosiones, ya que en cuanto aparezcan o el paciente note hinchazón y zonas enrojecidas, aunque no exista dolor, hay que recomendar que acuda al médico o podólogo.

- Como algunas personas, sobre todo mayores, encuentran dificultad para observarse la planta del pie o las zonas interdigitales se recomienda usar un espejo. Puede que el paciente necesite ayuda de algún familiar.
- Si hay desgarro de la piel se debe limpiar suavemente con jabón y agua tibia. Se aplicará un antiséptico suave y no coloreado y se recubrirá la zona con un apósito estéril. No debe aplicar esparadrapo adhesivo de tela, sino hipoalérgico, teniendo en cuenta no liar por completo los dedos para evitar cortar la circulación de la sangre. Hay que acudir al médico o podólogo para el seguimiento.
- Las visitas al médico o podólogo deben ser regulares, más de una vez al año para las inspecciones del pie.

2. Mantenerlos limpios, sin humedades e hidratados.

- La ducha es la mejor forma de lavar diariamente los pies, usando un jabón suave y neutro.
- El agua debe ser tibia (34-36 grados). Antes de introducir el pie es necesario comprobar la temperatura del agua con el codo o el brazo. Esto es especialmente importante en pacientes con una neuropatía con afectación termalérgica, porque pueden estar literalmente hirviéndose sin tener sensación de quemarse.
- El baño no debe superar los 5-10 minutos para evitar maceración de la piel y una pérdida excesiva de la capa córnea que le protege del medio ambiente.
- Si el enfermo tiene dificultad para llegar a los pies puede usar un

Fuente: Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Virgen de la Concepción, Zamora.

tir y controlar mediante seguimiento farmacoterapéutico.

→ **Hiperglucemia.** Produce un aumento de la glicosilación del colágeno, lo que favorece la formación de callos y la disminución de la movilidad de las articulaciones, ambos factores predictivos de la formación de úlceras. Por tanto, el control glucémico ha demostrado disminuir la aparición y progresión de las complicaciones microvasculares y neuropáticas.

→ **Hipertensión.** Los diabéticos con hipertensión tienen cinco veces más riesgo de desarrollar vasculopatía periférica, aunque aún no hay evidencias de que el buen control de la HTA consiga reducir el número de amputaciones.

→ **Dislipemia.** Los trastornos lipídicos asociados a la diabetes (aumento de LDLc, de los triglicéridos y disminución del HDLc) se han asociado con la enfermedad vascular periférica; sin embargo, tampoco hay estudios suficientes que demuestren que su control disminuya la incidencia de amputaciones.

→ **Tabaquismo.** Influye en la aparición de la vasculopatía periférica en pacientes diabéticos y su abandono

cepillo blando de mango largo, nunca cepillos de cerdas fuertes, para evitar producir erosiones en la piel.

- El secado debe ser exhaustivo, sobre todo entre los dedos; hay que emplear una toalla suave y no frotar. Es necesario mantener bien secas las zonas interdigitales.
 - Aplicar adecuadamente una crema hidratante en los pies después de lavarse. No hay que poner crema entre los dedos para evitar maceraciones.
 - No se recomienda dar paseos largos inmediatamente después del baño para dejar que la piel se recupere y dar tiempo a que la crema se reabsorba.
- 3. Evitar cualquier lesión en los pies,** para lo que hay que tener en cuenta las siguientes medidas:
- Evitar la sequedad y la humedad excesiva.
 - No apurar el corte de las uñas. Hay que cortarlas rectas. Lo mejor es limarlas, debido a que los instrumentos cortantes o punzantes (tijeras, cuchillas, cortaúñas, agujas...) pueden producir alguna lesión.
 - Si el paciente tiene callos hay que recomendarle que no se los trate él mismo, recurriendo a agentes químicos como los callicidas, puesto que pueden producir quemaduras en la piel.
 - No caminar nunca sin calzado. Utilizar zapatillas amplias en lugares como la playa o piscina. Tampoco se debe andar sobre arena o piso caliente.
 - Los pies también deben protegerse del sol, por lo que se recomienda emplear fotoprotectores.
 - Otros métodos de protección del pie son un calzado, medias y calcetines adecuados.

es una de las medidas más importantes que deben asumir estos enfermos. No obstante, también hay que decir que el hábito tabáquico sólo es predictivo de amputación cuando el inicio de la diabetes es anterior a los 30 años.

HIGIENE DIARIA E HIDRATACIÓN

En el campo de la información sanitaria, lo primero es inculcar al diabético la importancia de lavarse todos los días los pies y hacerlo adecuadamente -con agua tibia, jabones adecuados, con baños que no superen los cinco o diez minutos-, y de examinarse los pies sistemáticamente por si aparecieran úlceras -es bueno que antes de acostarse observe si tiene alguna herida por el roce de un zapato o por haber caminado- (ver cuadro con consejos).

Por otra parte, la neuropatía del sistema nervioso autónomo lleva a que el pie tenga una ausencia de sudoración y aparezca deshidratado, descamado y con fisuras. Para prevenirlo es aconsejable utilizar cremas hidratantes.

tes específicas y, lo que es más importante, que el paciente sea constante en aplicárselas y sepa aplicarlas bien, es decir, no usarlas entre los dedos, ya que puede llevar a maceraciones de los espacios interdigitales. Las veces al día en que deben utilizarse va a ser variable según el paciente, y si no se las puede aplicar debe ser un familiar el que lo haga; de esa manera servirá para que le inspeccione los pies. No hay que olvidar que muchos pacientes mayores no llegan a alcanzarse bien los pies debido a problemas articulares y algunos, además, no se los ven bien por la retinopatía diabética que padecen. En cuanto al tratamiento de las úlceras, desde la farmacia se puede insistir en que el paciente en casa asegure una higiene correcta, con agua y jabón o suero fisiológico a chorro, y que acuda al centro ambulatorio para que le realicen las curas correspondientes (ver tabla adjunta con los tratamientos, según el tipo de úlcera).

EL CALZADO Y LOS TEJIDOS ADECUADOS

También es necesario prestar atención al calzado y a los tejidos de los calcetines. Los expertos recomiendan no ir sin calcetines o medias y escoger aquéllos que sean anchos para que no aprieten (en el caso de las mujeres, las medias deben ir a la cintura y no por debajo de la rodilla). Los tejidos recomendados son el algodón, la lana o el hilo. Los de lana sólo se deben usar en invierno y únicamente si no irritan al paciente, y los de nailon no se recomiendan porque no permiten la transpiración. Con respecto al calzado, los pacientes deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que sea de puntera redondeada para que permita el movimiento de los dedos y con cordones, ya que así se adaptará mejor en anchura al dorso del pie.
- Evitar tacones altos y los zapatos con los dedos o con el talón al descubierto para prevenir roces o golpes.
- El material debe ser de piel, que sea suave. Algunos zapatos llevan cámara de aire, como las deportivas, que para estas personas es muy recomendable.

A pie de mostrador

- **Noto que los pies los tengo muy secos y agrietados. ¿Qué productos puedo utilizar?**

Los problemas de sequedad e hiperqueratosis son muy comunes. Puede utilizar cremas hidratantes formuladas con urea o lanolina que se aplican después del lavado.

- **¿Cómo puedo tratar las durezas?**

Es recomendable usar la piedra pómez y utilizarla suavemente.

- **¿Cómo puedo corregir las deformidades de mis pies?**

Las deformidades se pueden corregir con plantillas, prótesis, férulas de descarga, zapatos ortopédicos y si fuera necesario habría que recurrir a la cirugía, pero es el médico el que debe aconsejarle cómo tratarlas.

- **¿Cómo debo actuar frente a las infecciones fúngicas?**

Los problemas de micosis o de pie de atleta se pueden tratar con antifúngicos y hay que hacer especial hincapié en el secado minucioso de los pies. Sin embargo, si sospecha que puede tener hongos debe acudir inmediatamente al médico para que sea él quien diagnostique la infección y le recomiende el mejor antifúngico y le indique la duración del tratamiento.

A cada lesión, su tratamiento

Recomendaciones higiénicas, farmacológicas y quirúrgicas, según la herida del pie (clasificación de Wagner).

Tipo de úlcera	Tratamiento
Grado 0	
Hiperqueratosis (callos o durezas) o grietas	Crema hidratante a base de lanolina o urea después del lavado. La utilización de piedra pómez es recomendable para eliminar durezas. En las fisuras están indicados antisépticos suaves, a ser posible que no tiñan la piel. La escisión de callosidades debe hacerla el podólogo.
Deformidades (<i>hallux valgus</i> , dedos en martillo, pie cavo...)	El especialista valora la posibilidad de utilizar prótesis de sílica, plantillas o la cirugía ortopédica.
Uña encarnada	Para evitarlo se recomienda limar las uñas, no cortarlas y utilizar calzado que no comprima los dedos. Si es recidivante el tratamiento es quirúrgico.
Micosis, pie de atleta	Aparece entre los dedos y en la planta. Se trata con antimicóticos tópicos. Hay que evitar la humedad en el pie.
Grado 1	
Úlcera superficial	Reposo absoluto del pie lesionado durante tres o cuatro semanas. Limpieza diaria con suero fisiológico. El uso de sustancias tóxicas es controvertido. Se proponen algunas soluciones antisépticas, pero no existen estudios con diseño adecuado que demuestren su eficacia.
Grado 2	
Úlcera profunda	Reposo absoluto del pie lesionado durante tres o cuatro semanas. Es posible que exista infección. En estos casos se procede a un desbridamiento minucioso, eliminando los tejidos necróticos y la hiperqueratosis que cubre la herida. El tratamiento antibiótico oral se instaura tras la toma de una muestra de exudado de la úlcera para cultivo y antibiograma.
Grado 3	
Celulitis, absceso u osteomielitis	Si aparecen estos problemas o signos de sepsis el paciente debe ser hospitalizado de forma urgente para desbridamiento quirúrgico y tratamiento con antibióticos.
Grado 4	
Gangrena de uno o varios dedos del pie	El paciente debe ser hospitalizado para estudiar la circulación periférica y valorar el tratamiento quirúrgico.
Grado 5	
Gangrena del pie	El paciente debe ser hospitalizado para amputación.

Fuente: Grupo de Diabetes de Sanlyc.

- Antes de calzarse se debe revisar el interior del zapato para detectar resaltes, costuras con rebordes, objetos o arrugas. Si aparecieran deben quitárselos.
- Al comprar el calzado se recomienda hacerlo por la tarde, pues los pies se hinchan en el transcurso de la jornada.

INFECCIONES

En estos enfermos la infección es especialmente virulenta, tiende a diseminarse y a producir necrosis. Los gérmenes más implicados en las infecciones leves son el *Stafilococcus aureus* y el *Streptococcus*. En las graves, son los polimicrobianos (gérmenes Gram + y Gram -), tanto aerobios como anaerobios.

En cuanto a las zonas afectadas pueden ser partes blandas o infecciones óseas, incluso una combinación de ambas. Las primeras son **celulitis, abscesos o infecciones necrosantes**; las segundas pueden clasificarse en **osteitis**, si sólo está afectada la cortical, y en **osteomielitis**, cuando lo está la médula ósea.

La elección del tratamiento antibiótico, prescrito siempre por un médico, se realiza de forma empírica y dependerá de varios factores, entre ellos, las características de la infección, las del propio paciente y las del fármaco. En las infecciones leves se puede emplear antibioterapia de espectro estrecho, y en las profundas o graves, en las que puede estar amenazada la extremidad del paciente, antibióticos que cubran una flora bacteriana mixta y, además, deberá ser administrada por vía intravenosa.

Bibliografía útil y páginas 'web' de interés

- Protocolo de AF en diabetes. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia.
- Documento de consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular (AEV). Mayo de 2004.
- Aragón Sánchez, F.J., Lázaro Martínez, J. L., Rivera San Martín, G., Ramos Blanco, I., Acín García, F., March García, J. R., Martín Espinel, C. *Atlas de manejo práctico del pie diabético*. Editores: Aragón Sánchez, F. y Lázaro Martínez, J. Madrid, 2004.
- Mar García JR, Acín García F, Lázaro Martínez J, Aragón Sánchez FJ, Ortiz Remacha PP, Rivera San Martín G, San Martín Espinel C, Romero Valverde E, Blas Suárez I, Ramos Blanco I, Torresano García E. *El pie diabético*. Edit. Ediciones Especializadas Europeas, 2004.
- Martínez Gómez, D. *Cuidados del pie diabético*. Edit. Adán Ediciones, 2001.
- Mariné, J., Blanes, I., Escudero, J.R., Ibáñez, V., Rodríguez, J. *Tratado del pie diabético*. Edit. Laboratorio Pensa, 1999.
- Céspedes, T. y Dorca A. *Pie diabético. Conceptos actuales y bases de documentación*. Edit. Díaz Santos, 1997.
- www.sanlyc.es. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (Sanlyc).

Fuentes consultadas

- Esther Gil Inzoco y Jesús Gaitán, presidenta y vicepresidente de la Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes.
- Fernando Álvarez, coordinador del Grupo de Diabetes de la Sanlyc.
- Jaime Román, farmacéutico de Sevilla y coordinador del Proyecto Itana en diabetes.
- Miembros del Grupo Berbes de Atención Farmacéutica del COF de Pontevedra.
- Sonia Fernández, del Grupo de AF del COF de Madrid y experta en diabetes.

Consulte dudas con sus colegas de la Clínica Universitaria de Navarra

CF le ofrece un servicio de consulta gratuito y confidencial en su web, www.correofarmacaceutico.com, a través del que podrá contrastar opiniones o resolver dudas con el Servicio de Farmacia de la Clínica Universitaria de Navarra. En 24 horas recibirá una contestación.

EL CONSEJO DE... Javier Aragón, jefe de la Unidad del Pie Diabético de la Clínica La Paloma, de Las Palmas

"Una lesión puede aparecer por recurrir a lo que se llama cirugía del cuarto de baño"

Los diabéticos no son conscientes de las complicaciones que su enfermedad tiene asociada y el problema del pie diabético no está entre sus preocupaciones. Javier Aragón, jefe de la Unidad de Pie Diabético de la Clínica La Paloma, de Las Palmas de Gran Canaria, reconoce que esta desinformación y la falta de concienciación es una responsabilidad que deben asumir el paciente y los profesionales sanitarios.

¿El pie diabético afecta sólo a gente de edad avanzada?

La aparición de lesiones en los pies guarda más relación con los años de evolución de la diabetes y con su control metabólico que con la edad del paciente. En mi casuística personal de 600 pacientes, el 20 por ciento de ellos tenía menos de 60 años y una media de evolución de la diabetes de 13 años.

¿Qué síntomas indican que una úlcera está infectada?

El diagnóstico de infección de una úlcera diabética es clínico y se basa en la aparición de supuración y los clásicos signos de inflamación: tumefacción del pie, eritema, aumento de temperatura, dolor y pérdida de función. En casos de úlceras neuropáticas, que son indoloras, cuando el paciente inicia sintomatología dolorosa hay que sospechar la infección. Otros signos importantes son el mal olor de la herida o aparición de zonas de necrosis.

¿Por qué son más difíciles de erradicar las infecciones en los diabéticos?

Existen trabajos que demuestran que el mal control metabólico de la diabetes produce un mal funcionamiento de los leucocitos, que son la primera línea de defensa del organismo frente a la infección. Podríamos denominar a estas alteraciones inmunopatía diabética. Existen otras alteraciones capilares que pueden dificultar el paso de los leucocitos hacia el lugar de la infección. En el caso de que exista una isquemia añadida, los mecanismos de defensa del organismo y los antibióticos no van a llegar en la concentración adecuada a la zona de proliferación bacteriana. Existen otros factores que se nos escapan y que deben ser investigados; lo que sí es cierto es que una vez que se inocula la infección en el pie del diabético se disemina rápidamente a través de los tendones, afecta rápidamente al hueso y produce necrosis con elevada frecuencia incluso en pacientes sin isquemia.

¿Qué circunstancias deben darse para que se infecte?

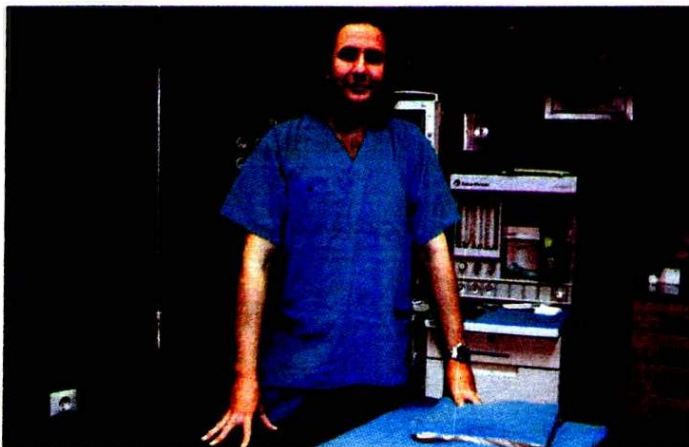
Cualquier herida abierta rápidamente se contamina. Existen circunstancias propias de la enfermedad, como la isquemia y la inmunopatía, y otras del paciente, ya que es frecuente que muchos crean que la lesión no tiene importancia debido a la ausencia de dolor. El incorrecto tratamiento y manejo de la lesión también es un factor a tener en cuenta.

¿Qué es más común: una infección bacteriana o vírica?

Las bacterianas; las víricas no tienen relevancia en el complejo del pie diabético.

¿Los pacientes son conscientes de las graves repercusiones de este trastorno?

La gran mayoría no conocen las consecuencias reales del problema y no es raro que el inicio de una lesión sea por automanipulación o utilización de cuchillas o callicidas, lo que denominamos la "cirugía de cuarto de baño". También es cierto que la responsabilidad de que no estén concienciados es compartida entre pacientes y profesionales sanitarios.



Aragón insiste en que las úlceras deben curarse en un centro de salud, aunque no resta importancia a las medidas de higiene y vigilancia que tiene que hacer el paciente.

¿Cómo valora la labor del farmacéutico en la atención de las personas con esta patología?

Como todo profesional sanitario, el farmacéutico puede reforzar los mensajes de prevención de las lesiones que antes ha dado el especialista: insistir en los cuidados diarios del pie y no dispensarle productos como cuchillas o callicidas que puedan perjudicarles. Es bueno que en esta labor se apoyen en folletos explicativos. Ahora bien, lo importante es hacer un seguimiento de estos pacientes.

¿En qué consisten las curas húmedas de las úlceras?

En mantener un medio húmedo en la herida que ha demostrado ser el idóneo para conseguir la cicatrización. Esto se consigue mediante varios tipos de productos y apósitos. De cualquier manera, la úlcera debe ser tratada

as o incluso en horas.

¿Cuáles son los antisépticos más recomendados?

Los antisépticos no deben ser utilizados en contacto con el tejido de granulación, ya que se ha demostrado toxicidad para los fibroblastos. Sólo en heridas pequeñas o superficiales, con supervisión profesional, pueden utilizarse antisépticos. Personalmente prefiero los transparentes para que no colorean los tejidos.

Las úlceras isquémicas son muy dolorosas cuando se presentan sin el componente neuropático. ¿Cómo debe abordarse el dolor en estos casos?

El paso inicial es la valoración del cirujano vascular para que estudie si existen posibilidades de revascularización. Si no se puede, el dolor va a ser el principal problema; es tan severo que deteriora la calidad de vida y puede ser indicativo de amputación. Como en cualquier dolor, hay que iniciar el tratamiento con analgésicos menores, generalmente insuficientes, hasta llegar a los opiáceos.

¿En qué tipo de enfermos se emplean los métodos de descarga? ¿Sólo en los pacientes neuropáticos?

Por descarga hay que entender alivio de las presiones que sufre la úlcera. Las presiones elevadas en un pie insensible son la causa de las úlceras neuropáticas. Si, además, existe isquemia estaríamos ante una úlcera neuroisquémica, pero la descarga va a ser igual de importante.

Uno de estos métodos es el yeso, pero ¿cómo se sigue la evolución de la lesión cuando es fija y cómo se evita la maceración?

El yeso es considerado por muchos autores como el *gold estándar* de las descargas en el pie diabético. En España no es un método popular y usamos otras técnicas de descarga. Se utiliza en úlceras neuropática plantares, sin isquemia, sin infección y superficiales. Precisamente la falta de valoración periódica de la lesión y la maceración son inconvenientes de este método y creo que por ello somos un poco reticentes a utilizarlo, aunque los resultados de los expertos que lo usan son excelentes.

No olvide que...

- El porcentaje de personas con diabetes que a lo largo de su vida no presenta ninguna alteración en sus pies es muy reducido: apenas un siete por ciento.
- En algunos ancianos no es posible la rehabilitación de las lesiones debido a sus enfermedades asociadas, por tanto, las consecuencias del pie diabético en ellos pueden afectar a su funcionalidad, su calidad de vida y ocasionarles una muerte precoz.
- Existen métodos de descarga que el médico o podólogo puede recomendar a los pacientes con úlceras, como los fieltros, calzados posquirúrgicos, calzados de medio pie, botas removibles, las muletas y sillas de ruedas. Si las lesiones son amplias y complejas hay que recomendar reposo absoluto.
- Hay que advertir a los diabéticos con neuropatía que no duerman con bolsas de agua caliente porque pueden quemarse y recordarlos que no se acerquen excesivamente a las fuentes de calor, como estufas o radiadores.