

# TRATAMIENTO DEL PIE DIABETICO BASADO EN LA ESCALA DE TEXAS

## Grupo de Pie diabético de la Asociación Española

### de Enfermería Vasculuar y Heridas

#### Autores

Andres Roldan Valenzuela. Unidad de Heridas Distrito AP Aljarafe Sevilla Norte (sevilla)

Santiago Roviralta Gómez. Coordinador AP Ribadeo (Iugo)

Sonia Hidalgo Ruiz. Universidad de Extremadura

Leticia Vallejo Carmona. Wound Care Plus Research And Education Center. Puerto Rico. Doctoranda Universidad de Málaga

Erika Fondo Álvarez. Directora de Enfermería CMUC

Iolanda Aleixandre Haro. Directora UGC Algeciras. Unidad Heridas Campo de Gibraltar



## Tratamiento del Pie Diabético basado en la Escala de Texas

### INTRODUCCION

La escala de Texas fue la primera clasificación de úlcera de pie diabético de tipo bidimensional, donde las lesiones son estadiadas en base a dos criterios principales: profundidad y existencia de infección/isquemia.

En esta comunicación recomendamos las mejores evidencias para tratar las lesiones según la escala de Texas.

### OBJETIVO

Revisar las prácticas disponibles para el manejo de las úlceras estadiadas según Texas, de cara a proporcionar una herramienta clínica al profesional.

### METODOLOGIA

Se eligió esta escala, validada científicamente, porque evalúa la profundidad de la úlcera, la presencia de isquemia e infección y usa una matriz de grados combinados con cuatro estados.

Se crea un grupo de trabajo de Pie diabético dentro de la AEEVH que mediante búsqueda bibliográfica, valora las mejores recomendaciones basadas en evidencias.

### RESULTADOS

Proponemos una guía para saber cómo se debe abordar la úlcera de pie diabético según su estadio en el sistema de clasificación de la Universidad de Texas.

### CONCLUSIONES

El tratamiento se basa en el abordaje integral del paciente a través de: educación terapéutica, control metabólico, adecuado aporte vascular y control de la infección. La piedra angular del tratamiento local es el desbridamiento y la descarga de la lesión eficiente, protegiendo la herida mediante apósitos de cura en ambiente húmedo.

La escala de Texas nos ha permitido elaborar unas recomendaciones teniendo en cuenta la profundidad de la úlcera, a la vez la presencia de infección o isquemia o ambas determinan la elección de distintas medidas clínicas.

### Referencias

International Diabetes Federation. Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for health care professionals : International Diabetes Federation, 2017.

Ghany M et al. Capítulo 295. Estudio del paciente con enfermedad hepática. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JI et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 17ª ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A., 2009. Disponible en : <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/harrisonmedicina/index.aspx>

Gràcia Garcia S et al. Recomendaciones sobre la utilización de ecuaciones para la estimación del filtrado glomerular en adultos. Química Clínica 2006; 25 (5) 423-430.

Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?cDAX>

Guías PRIOAM para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Disponible en: <http://activos-salud.com/prioam/>

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease. [20/04/09]. Disponible en: [http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines\\_ckd/toc.htm](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm)

Laurance L et al. Use of antibacterial agents in renal failure Infect Dis Clin N Am 18 (2004) 551-579

	Grado 0 Lesiones pre o postulcerosas completamente epitelizadas	Grado I Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Grado II Herida que llega a tendón o cápsula	Grado III Herida penetrante a hueso o articulación
B Infección				
C Isquemia				
D Infección + Isquemia				

	Grado 0 Lesiones pre o postulcerosas completamente epitelizadas	Grado I Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Grado II Herida que llega a tendón o cápsula	Grado III Herida penetrante a hueso o articulación
B Infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cremas emolientes/hidratantes</li> <li>Quiropodia (eliminación de Hiperqueratosis y helomas)</li> <li>Descargas: soportes plantares/siliconas</li> <li>Calzadoterapia</li> <li>Control metabólico HbA1c &lt;7</li> <li>Educación Terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desbridamiento</li> <li>Cura húmeda</li> <li>Control del exudado</li> <li>Si no reduce el 30% a las 2 semanas reevaluación del tratamiento</li> <li>Filtros de descarga</li> <li>Calzadoterapia/calzado postquirúrgico</li> <li>Control metabólico HbA1c &lt;7</li> <li>Educación Terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desbridamiento Rx</li> <li>Cura húmeda</li> <li>Control del exudado</li> <li>Si no reduce el 30% a las 2 semanas reevaluación del tratamiento</li> <li>Derivación a centro de referencia</li> <li>Descargas: Total contact cast, botas no removibles, botas removibles, zapatos postquirúrgicos, filtros y ortesis digitales</li> <li>Control metabólico HbA1c &lt;7</li> <li>Educación Terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desbridamiento Rx</li> <li>Cura húmeda/Terapias avanzadas</li> <li>Control del exudado</li> <li>Si no reduce el 30% a las 2 semanas reevaluación del tratamiento</li> <li>Derivación a centros de referencia</li> <li>Valorar Tratamiento Quirúrgico</li> <li>Descargas: Total contact cast, botas no removibles, botas removibles, zapatos postquirúrgicos, filtros y ortesis digitales</li> <li>Control metabólico HbA1c &lt;7</li> <li>Educación Terapéutica</li> </ul>
C Isquemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia antimicrobiana</li> <li>Valorar cultivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desbridamiento Cultivo</li> <li>Terapia antimicrobiana</li> <li>Valorar terapia antibiótica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapia antibiótica Rx/RMN</li> <li>Desbridamiento/Drenaje quirúrgico</li> <li>Cultivo/Biopsia</li> <li>Diagnóstico por imagen</li> <li>Derivación a centro de referencia</li> <li>Si signos de sepsis → hospitalización urgente</li> </ul>	
D Infección + Isquemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar cura húmeda</li> <li>Si pulsos ausentes y/o ITB &lt; 0.9 → Derivar cirugía vascular</li> <li>Si P.S. Tobillo &lt;50mmHg y/o ITB&lt;0.5 y/o P.S. Dedo &lt;30mmHg y/o TcPO2 → Considerar revascularización</li> <li>Si isquemia crítica → Cura Seca. Reevaluar el tratamiento cada 2 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reposo parcial/absoluto</li> <li>Terapia antibiótica</li> <li>Valorar cura húmeda/Terapias avanzadas</li> <li>Si pulsos ausentes y/o ITB &lt; 0.9 → Derivar cirugía vascular</li> <li>Si P.S. Tobillo &lt;50mmHg y/o ITB&lt;0.5 y/o P.S. Dedo &lt;30mmHg y/o TcPO2 → Considerar revascularización</li> <li>Si isquemia crítica → Cura Seca. Reevaluar el tratamiento cada 2 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reposo parcial/absoluto</li> <li>Terapia antibiótica</li> <li>Valorar cura húmeda/Terapias avanzadas</li> <li>Si pulsos ausentes y/o ITB &lt; 0.9 → Derivar cirugía vascular</li> <li>Si P.S. Tobillo &lt;50mmHg y/o ITB&lt;0.5 y/o P.S. Dedo &lt;30mmHg y/o TcPO2 → Considerar revascularización</li> <li>Si isquemia crítica → Cura Seca. Reevaluar el tratamiento cada 2 semanas</li> </ul>	

T	<p><b>Características:</b> Tejido no viable. Es importante retirarlo ya que es un obstáculo para la cicatrización de la herida, promueve la colonización de bacterias, aumentando la probabilidad de infección.</p>	<p><b>Propuestas:</b> Desbridamiento quirúrgico (si hay celulitis avanzada, crepitación, fluctuación y/o sepsis secundaria a la infección). Desbridamiento cortante (si hay tejido desvitalizado). Desbridamiento autolítico. Desbridamiento enzimático. Desbridamiento biológico (larvas).</p>	<p><b>Beneficios:</b> Reduce la carga bacteriana, muestra la dimensión real de la lesión, regula el desequilibrio bioquímico y las células senescentes, potencia la curación y disminuye el dolor.</p>
---	---	---	--

I	<p><b>Características:</b> En el lecho de la herida nos podemos encontrar contaminación, colonización, colonización crítica e infección. Aparecen como, calor, rubor, eritema o celulitis perilesional, aumento de la temperatura local, mal olor...etc.</p>	<p><b>Propuestas:</b> Realizar cultivo por aspiración. Limpiar las heridas con suero fisiológico y fomentos de soluciones limpiadoras surfactantes o antimicrobianas (Polihexanida-betaina, ácido hipocloroso...). Aplicar en el lecho plata iónica, DACC, PHMB o Cadexómero Yodado. Antibiótico sistémico.</p>	<p><b>Beneficios:</b> Reducción del dolor, citoquinas inflamatorias, actividad proteasas y favorece la cicatrización.</p>
---	--	---	---

M	<p><b>Características:</b> Para una correcta cicatrización y epitelización de las heridas es necesario mantener un ambiente húmedo. Proteger la piel perilesional del exudado de la herida para evitar que aumente de tamaño. Es importante el control del exudado, ya que un exceso podría provocar la maceración de los bordes</p>	<p><b>Propuestas:</b> La elección del apósito dependerá del exudado, localización, piel perilesional, experiencia del profesional y preferencias del paciente. Apósitos absorbentes frente al exceso de exudado, alginatos, hidrofibras y TPN. En piel perilesional AGHO, oxido de zinc, película protectora.</p>	<p><b>Beneficios:</b> Mantener la herida húmeda acelera la reepitelización. La gestión eficiente del exudado también evita el aumento de las metaloproteinasas.</p>
---	--	---	---

E	<p><b>Características:</b> Para una cicatrización eficaz se debe mantener el epitelio y la funcionalidad de la piel intacto. Nos encontramos con heridas estancadas debido a queratinocitos que no migran, lesiones que no responden, alteraciones en la matriz extracelular o un exceso de metaloproteinasas.</p>	<p><b>Propuestas:</b> Eliminar barreras. Deslaminado de bordes hiperqueratósicos. Apósitos no adherentes, apósito con Sacarosa Octasulfato, moduladores de proteasas, moduladores de radicales libres, miel, TPN, injertos.</p>	<p><b>Beneficios:</b> Migración de los queratinocitos, restauración de los niveles de actividad de las proteasas, radicales libres y activación de la respuesta de las células de la herida.</p>
---	--	---	--