

**XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de
Medicina Interna (SEMI)**

**XXIX Congreso de la Sociedad
Andaluza de Medicina Interna
(SADEMI)**

CRITERIOS DE INGRESO DE LAS INFECCIONES DEL PIE DIABETICO

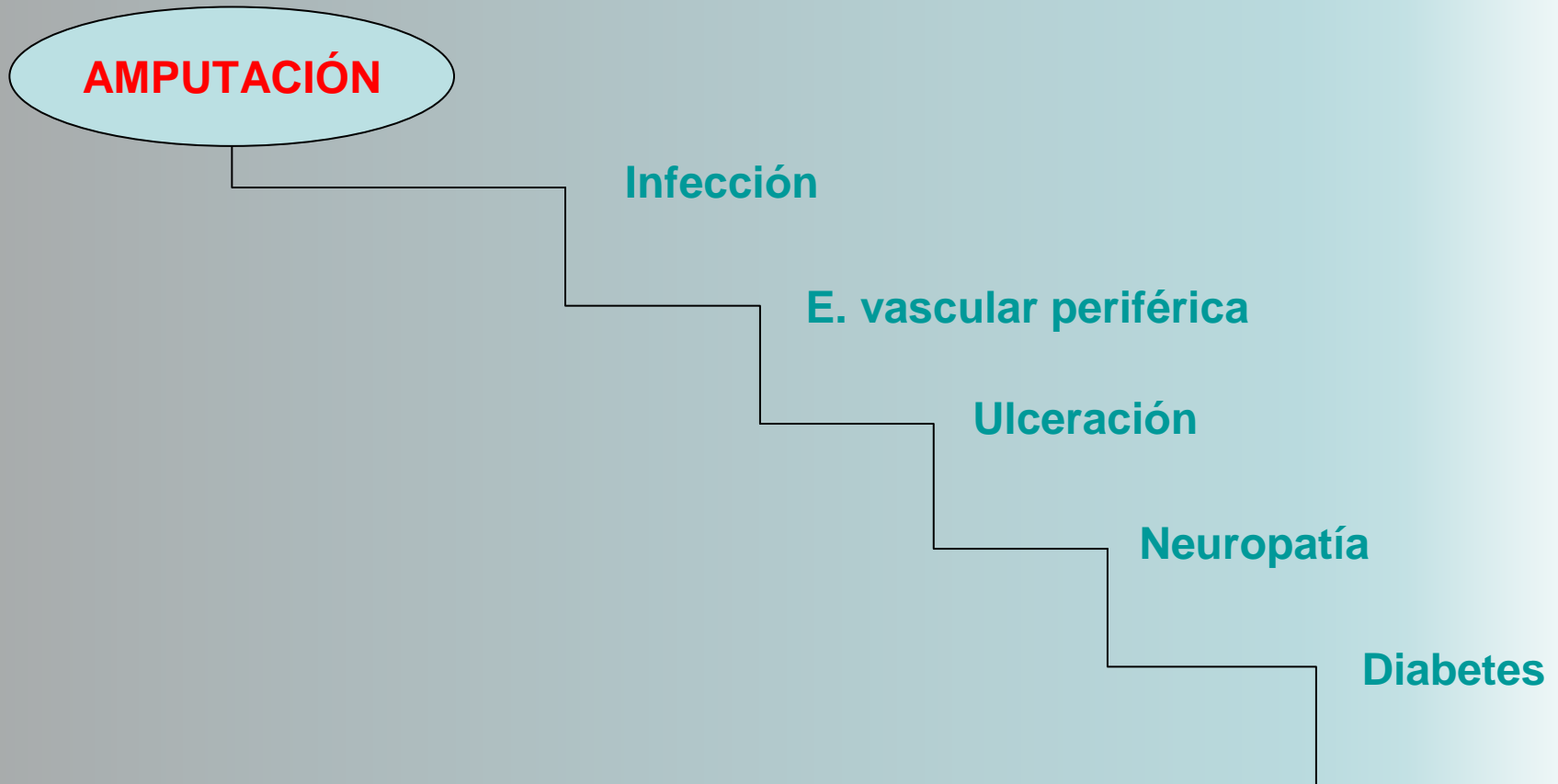
Dr. Diego de Alcalá Martínez Gómez



**Servicio de Cirugía General
Hospital J.M. Morales Meseguer**



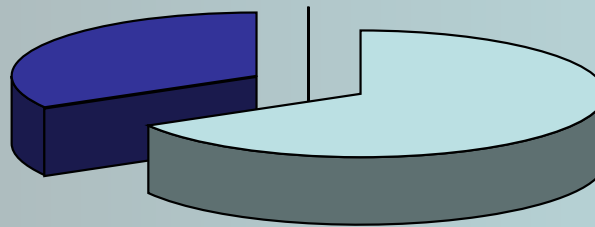
ESCALERA A LA AMPUTACIÓN



Rogers LC et als. Toe and flow: Essential components and structure of the amputation prevention team. J Vasc Surg 2010; 52:23-27

Las infecciones del pie son la principal causa de hospitalización en los pacientes diabéticos

Amputaciones del miembro inferior.

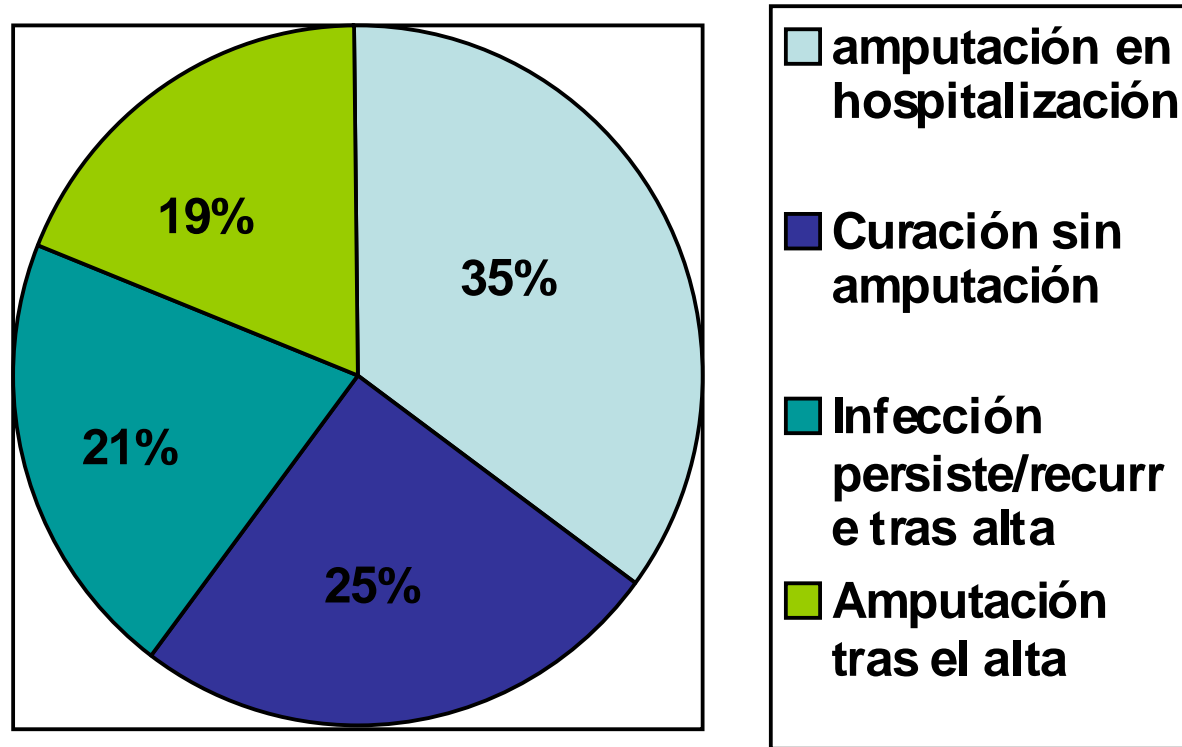


■ Presencia de infección
■ Ausencia de infección

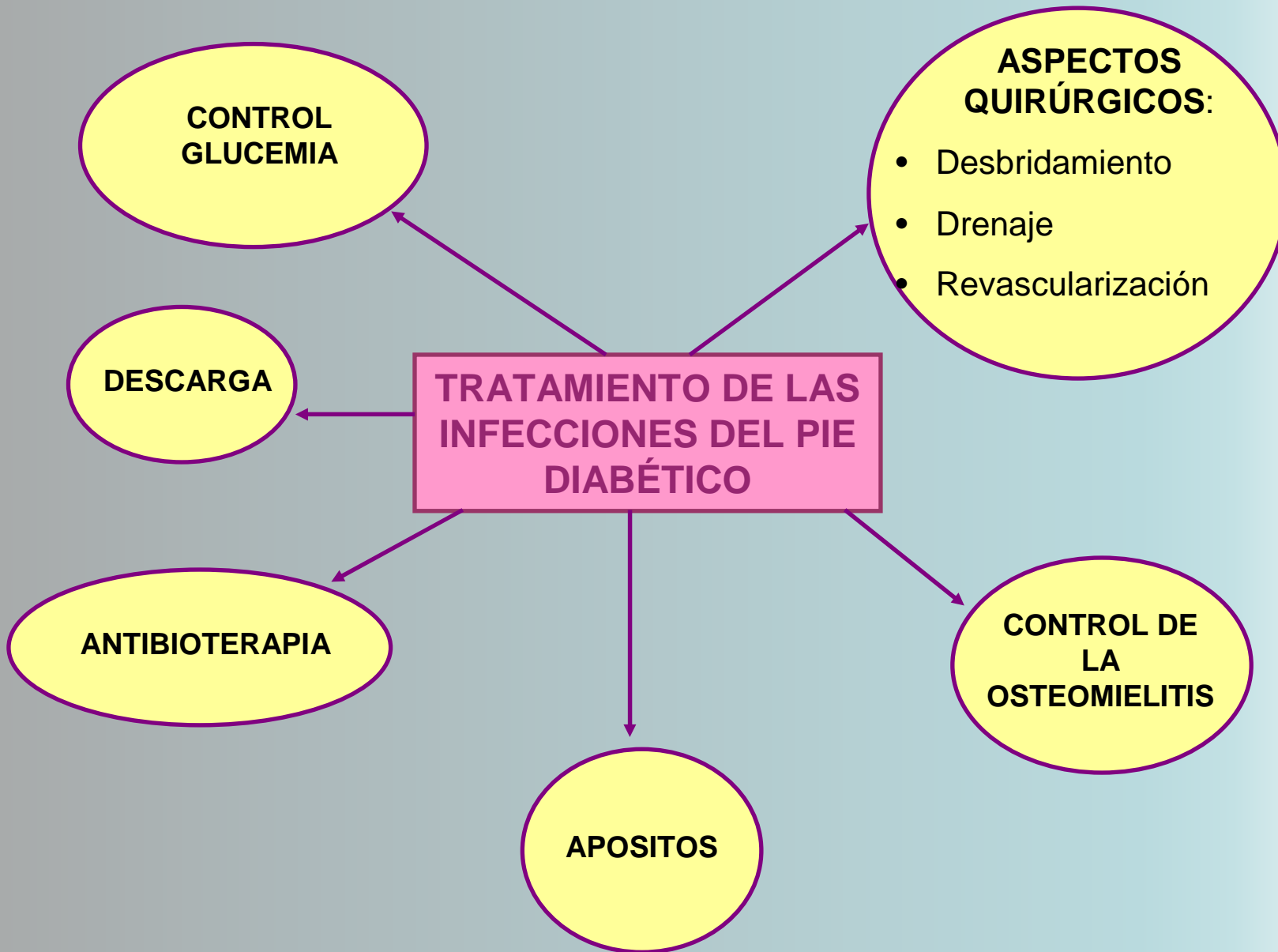
Entre 25 y 50%
Amputación menor

Entre 10 y 40%
Amputación mayor

Resultados del estudio OPIDIA(2010) al año del ingreso



Richard JL, Lavigne JP, Got I, et al. Management of patients hospitalized for diabetic foot infection: results of the French OPIDIA study. *Diabetes Metab* 2010; 37:208-15.



CLASIFICACION DE LA GRAVEDAD DE LA I.P.D.

Necesidad de hospitalización

Régimen antibiótico más adecuado

Tipo de cirugía necesaria

Riesgo de amputación

| MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN | Grado PEDIS | Severidad de la infección IDSA |
|---|-------------|--------------------------------|
| <p>No hay ni síntomas ni signos de infección. La existencia de la infección se decide por la presencia de al menos dos de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Edema o induración local. ● Eritema ● Dolor o sensibilidad local. ● Calor local. ● Supuración. | 1 | Ausencia de infección. |
| <p>La infección local afecta solo a la piel y el tejido subcutáneo (sin afectación de los tejidos mas profundos y sin signos sistémicos de infección como se describe después). Si existe el eritema debe ser >0,5 cm y ≤2 cm alrededor de la úlcera. Deben excluirse otras causas de respuesta inflamatoria de la piel (por ejemplo: traumatismo, gota, neuroosteoartropatía aguda de Charcot, fractura, tromboflebitis, estasis venoso)</p> | 2 | Leve |
| <p>Infección local (con los criterios descritos previamente) con eritema >2cm o que afecta a estructuras mas profundas que la piel y el tejido subcutáneo (por ejemplo: absceso, osteomielitis, artritis séptica, fascitis) y ausencia de signos de resulta inflamatoria sistémica (como se describe mas abajo)</p> | 3 | Moderada |
| <p>Signos de infección local como se han descrito previamente asociando además signos de SIRS, como se manifiesta por ≥2 de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Temperatura >38°C o <36°C ● Frecuencia cardíaca >90/min ● Frecuencia respiratoria >20/min o PaCO₂ <32 mm Hg ● Leucocitosis >12000 o <4000 cel/μL o ≥10% de formas inmaduras (cayados) | 4 | Grave |

Validation of the Infectious Diseases Society of America's Diabetic Foot Infection Classification System

Lawrence A. Lavery,¹ David G. Armstrong,² Douglas P. Murdoch,¹ Edgar J. G. Peters,³ and Benjamin A. Lipsky⁴

Clinical Infectious Diseases 2007;44:562-5

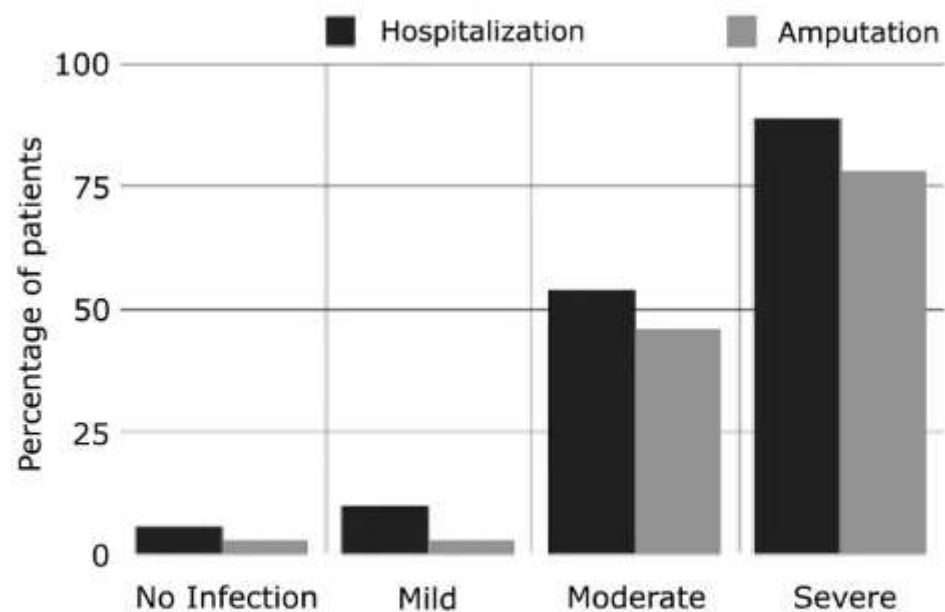


Figure 1. Hospitalization and amputation based on the Infectious Diseases Society of America and the International Working Group on the Diabetic Foot foot infection severity classification.

1. Afectación inflamatoria de partes blandas (2 o más signos)

- Dolor o sensibilidad local (↓Neuropatía)
 - Eritema
 - Calor local
 - Edema (hinchazón, induración)
- } (↓Isquemia)

2. Secreción purulenta activa

3. Osteomielitis

¿EXISTE INFECCIÓN EN LA ULCERA DEL PIE DIABETICO?

- Signos secundarios adicionales:
 - ✧ Secreción no purulenta.
 - ✧ Tejido de granulación friable o descolorido.
 - ✧ Socavamiento de los bordes de la úlcera.
 - ✧ Mal olor.
- Niveles de Procalcitonina y PCR.

DATOS ADICIONALES PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN EN LAS
U.P.D.

| Manifestaciones clínicas de la infección | Grado PEDIS | Severidad de la infección IDSA |
|---|-------------|--------------------------------|
| <p>No hay ni síntomas ni signos de infección.</p> <p>La existencia de la infección se decide por la presencia de al menos dos de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Edema o induración local. ● Eritema ● Dolor o sensibilidad local. ● Calor local. ● Supuración. | 1 | Ausencia de infección. |



No precisan cultivo ni antibioterapia.

Úlcera neuropática: Desbridamiento, apósito húmedo y evitar apoyo en zona (descarga).

Úlcera isquémica o neuroisquémica: valorar revascularización.



VALORACIÓN DEL PACIENTE CON I.P.D.

Sistémica

Pie/Pierna

Úlcera

Psicosocial

VALORACIÓN DE LA ÚLCERA: Profundidad y Afectación tisular

1. Desbridamiento necrosis y callosidad.



2. Sondaje de la herida: abscesos, trayectos fistulosos, socavamiento, cuerpos extraños, afectación osteoarticular.



3 Valorar celulitis y supuración. Palpación del arco plantar.



4 Obtener muestras para el cultivo.



TEST DE SONDAJE ÓSEO: Diagnóstico de osteomielitis.

- Cuando la probabilidad de osteomielitis es alta (en presencia de signos de infección) el test positivo lo confirma .
- Cuando la probabilidad de osteomielitis es baja (en ausencia de signos de infección) el test negativo lo descarta.



Osteomielitis de la 3^a art.
Metatarsofalángica fistulizada

**Validating the Probe-to-Bone Test and
Other Tests for Diagnosing Chronic
Osteomyelitis in the Diabetic Foot**

Diabetes Care 33:1140–1145, 2010

VALORACIÓN PIE/PIERNA

SIGNOS DE DISEMINACIÓN DE LA INFECCIÓN:
Piel contigua, Linfangitis, Adenopatías.

ISQUEMIA

INSUFICIENCIA
VENOSA

NEUROPATÍA SENS.
(sensación protectora)

NEUROPATIA MOT.
(alteraciones
biomecánicas)

**VALORACIÓN SISTÉMICA:
INFECCIÓN GRAVE.**

Signos/Sintomas: Fiebre, escalofríos, delirio, diaforesis, anorexia, taquicardia (>100), hipotensión (<90).

Alteraciones metabólicas: Hiperglucemia, acidosis, uremia, alteraciones H-E.

Alteraciones laboratorio: Leucocitosis, desviación izquierda, ↑ VSG, ↑ PCR,
↑ Procalcitonina

Su presencia significa afectación tisular extensa o patógenos más virulentos

Su ausencia ocurre en más de la mitad de los casos incluso con IPD grave

I.P.D. LEVE

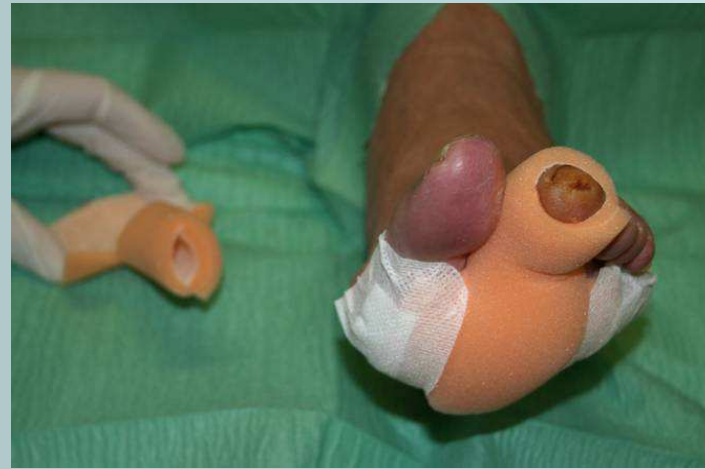
| Manifestaciones clínicas de la infección | Grado PEDIS | Severidad de la infección IDSA |
|--|-------------|--------------------------------|
| <p>La infección local afecta solo a la piel y el tejido subcutáneo(sin afectación de los tejidos mas profundos y sin signos sistémicos de infección como se describe después). Si existe el eritema debe ser $>0,5$ cm y ≤ 2 cm alrededor de la úlcera.</p> <p>Deben excluirse otras causas de respuesta inflamatoria de la piel(por ejemplo: traumatismo, gota, neuroosteoartropatía aguda deCharcot,fractura,tromboflebitis , estasis venoso).</p> | 2 | Leve |

Riesgo de osteomielitis: 10-20%

Riesgo de amputación : 3%



I.P.D. LEVE



- La gran mayoría →

Tratamiento ambulatorio

- Excepto →

- ✧ Incapaces de asumir el tratamiento médico.
- ✧ Seguimiento imposible
- ✧ Necesidad de revascularización urgente

CRITERIOS DE INGRESO: INFECCIÓN LEVE

Ausencia de mejoría tras 7 días

Úlcera que no cicatriza tras 2 meses de tratamiento

**INFECCIÓN
LEVE**

Sospecha de isquemia

Sospecha o evidencia de osteomielitis

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

I.P.D. MODERADA

| Manifestaciones clínicas de la infección | Grado PEDIS | Severidad de la infección IDSA |
|---|-------------|--------------------------------|
| Infección local (con los criterios descritos previamente) con eritema >2cm o que afecta a estructuras más profundas que la piel y el tejido subcutáneo (por ejemplo: absceso, osteomielitis, artritis séptica, fascitis) y ausencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica . | 3 | Moderada |

Riesgo de osteomielitis: 20-40%
Riesgo de amputación 46%



Cultivo: Cocos grampositivos,
enterobacterias, anaerobios



Ausencia de isquemia crítica

Sin indicación de cirugía urgente.

Seguimiento estrecho:
especialmente en U.P.D.



INFECCIÓN MODERADA/LEVE: Tratamiento ambulatorio.
(Muchos pacientes con O.M.)

En presencia de signos de complicación:

Isquemia crítica

Necesidad de Cirugía
Urgente o electiva



hospitalización

CRITERIOS DE INGRESO: INFECCIÓN MODERADA/GRAVE

Absceso.



INDICACIONES DE CIRUGÍA URGENTE EN LAS
I.P.D.MODERADAS/GRAVES



INDICACIONES DE CIRUGÍA DIFERIDA EN LAS
I.P.D.MODERADAS/GRAVES

Afectación extensa del hueso o
articulación



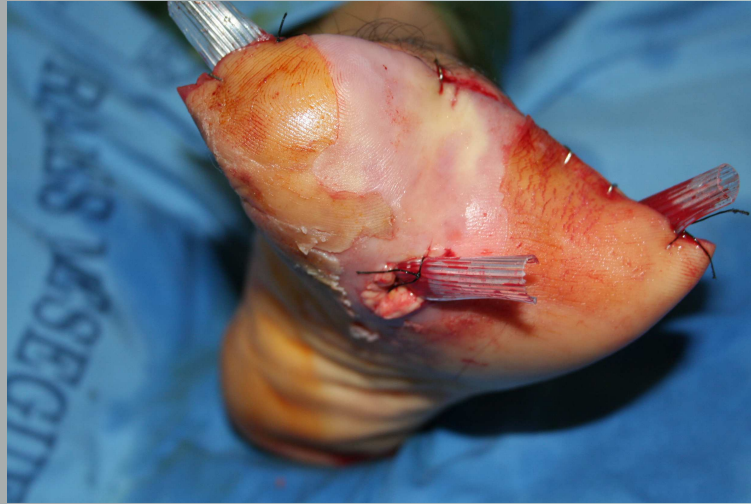
INDICACIONES DE CIRUGÍA DIFERIDA
EN LAS I.P.D.MODERADAS/GRAVES

Heridas con tejido no viable

Gangrena seca irrevascularizable infectada
por MRSA



RESULTADO DE LA AMPUTACIÓN TRANSMETARSIANA



| Manifestaciones clínicas de la infección | Grado PEDIS | Severidad de la infección IDSA |
|---|-------------|--------------------------------|
| Signos de infección local como se han descrito previamente asociando además signos de SIRS, como se manifiesta por ≥ 2 de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ● Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$ ● Frecuencia cardíaca $>90/\text{min}$ ● Frecuencia respiratoria $>20/\text{min}$ o $\text{PaCO}_2 <32 \text{ mm Hg}$ ● Leucocitosis >12000 o $<4000 \text{ cel}/\mu\text{L}$ o $\geq 10\%$ de formas inmaduras(cayados) | 4 | Grave |

- OTROS DATOS DE INFECCIÓN SISTÉMICA:**
- Hipotensión ($<90\text{mm Hg}$)
 - Confusión
 - Vómitos
 - Hiperglucemia ($>200\text{mg}$)
 - Uremia
 - Acidosis metabólica

- RIESGO:**
- Osteomielitis: 70%
 - Amputación global: 50-77%
 - Amputación mayor: 20-30%

Fascitis Necrosante del miembro inferior



**I.P.D. GRAVE:
HOSPITALIZACIÓN SISTEMÁTICA, VALORAR UCI.**

SIGNOS DE UNA INFECCIÓN DE PIE DIABÉTICO CON POSIBLE AMENAZA INMINENTE DEL MIEMBRO INFERIOR : VALORAR CIRUGIA URGENTE

- Evidencia de respuesta inflamatoria sistémica
- Progresión rápida de la infección
- Necrosis o gangrena extensas
- Crepitación a la palpación o presencia de gas en las técnicas de imagen
- Extensas equimosis o petequias
- Bullas especialmente hemorrágicas
- Anestesia de instauración reciente en la herida
- Dolor desproporcionado respecto a los signos clínicos
- Pérdida reciente de la función neurológica
- Ausencia de mejoría de la infección a pesar del tratamiento adecuado

En marcos clínicos con menor disponibilidad sanitaria avanzada, grados menores de severidad de la infección pueden convertirla en una infección que amenaza el miembro.

Síntomas
sistémicos

Dolor
desproporcionado

Signos
locales

**INFECCIÓN GRAVE
PIEL Y TEJIDOS
BLANDOS**

Mala
evolución

Signos
quirúrgicos

DIAGNOSTICO:

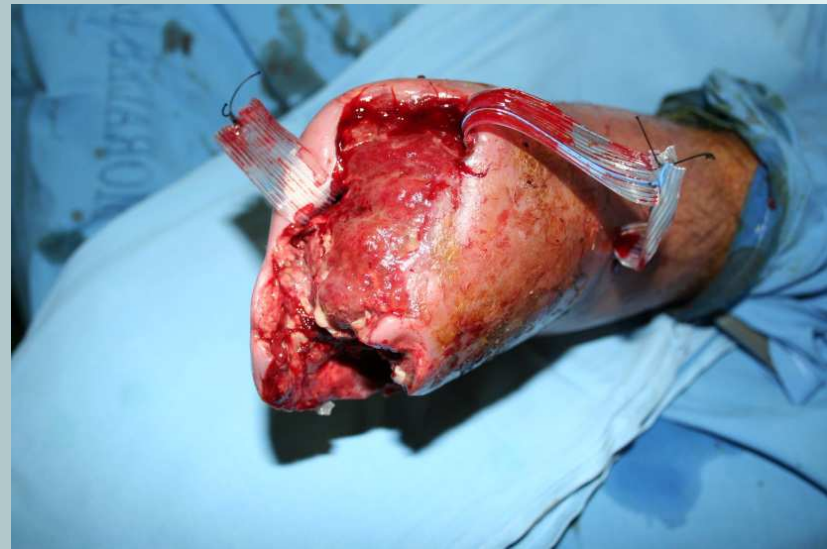
La sospecha clínica



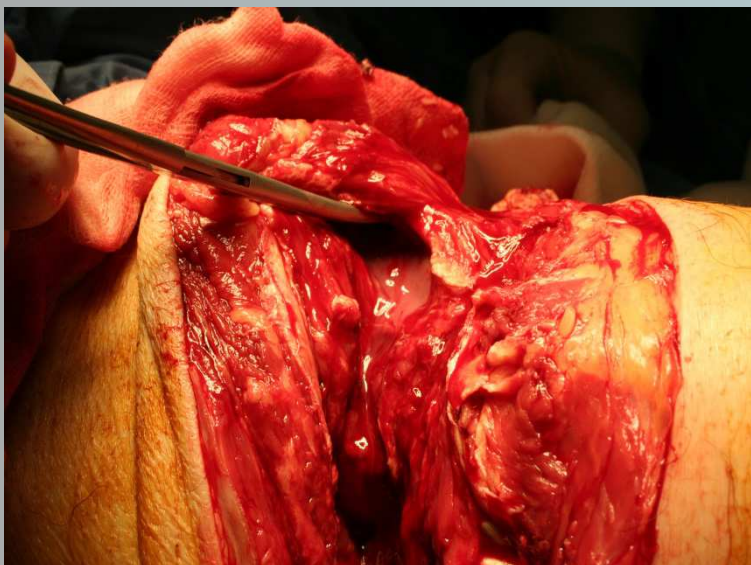
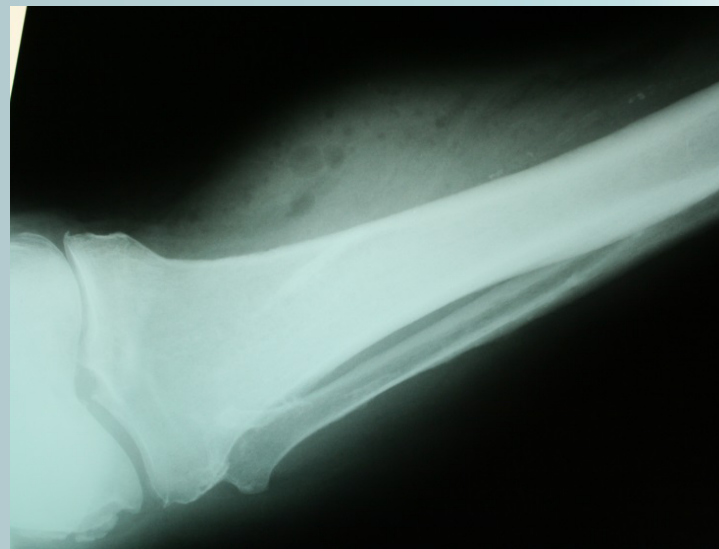
Exploración quirúrgica: Incisión en el área más afectada:

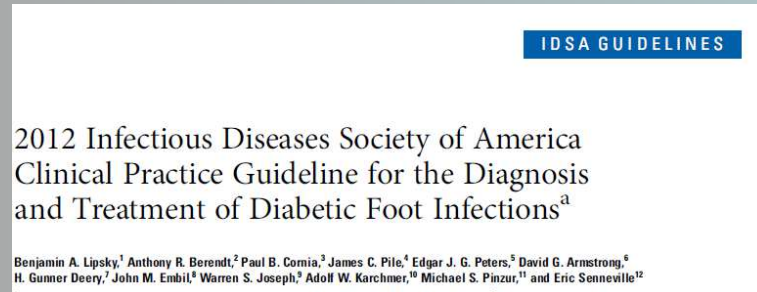
1. Signos típicos de fascitis necrosante: confirmación diagnóstica.
2. Toma de muestras para tinción de Gram y cultivo: confirmación etiológica.

FASCITIS PIE DIABÉTICO



FASCITIS NECROSANTE DEL MIEMBRO INFERIOR





Consensus document

Consensus document on treatment of infections in diabetic foot

Coordinators: Francisco Lozano and Albert Clará (SEACV). Members of ad hoc committee: Diego Alcalá (AEC); Albert Clará, José Ignacio Blanes, Esther Doiz, Rocio Merino, Francisco Lozano (SEACV); Juan González del Castillo (SEMES); José Barberán (SEMI); Rafael Zaragoza (SEMICYUC); and José Elias García Sánchez (SEQ).

Rev Esp Quimioter 2011;24 (4): 233-262

*¿Qué pacientes con Infección de Pie Diabético deben hospitalizarse?
y ¿cuáles son los criterios de alta?*

- Todos los pacientes con infección grave.
- Pacientes con infección moderada con rasgos de complicación:
 - ✧ Enfermedad vascular periférica grave.
 - ✧ Necesidad de intervención quirúrgica urgente o urgente/diferida
- Pacientes con falta de soporte domiciliario.

CRITERIOS DE INGRESO EN LAS I.P.D.

Si hay signos de sepsis (2 o más) u
otras evidencias de infección
grave

Consulta urgente al
Cirujano

Isquemia Crítica

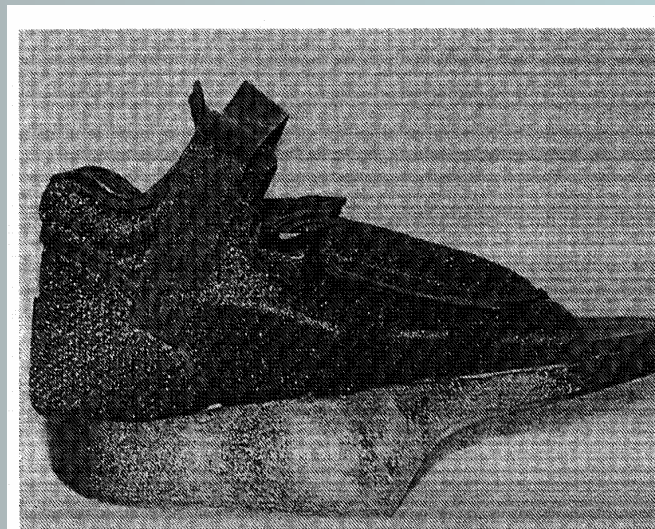
Consulta al Cirujano
vascular para valorar
revascularización

ASISTENCIA EN URGENCIAS INMEDIATA
(Primeras 4 horas): Interconsultas

- Clínicamente estable: SRIS resuelto.
- Realizada la cirugía urgente/urgente diferida
- Glucemia aceptable
- Plan terapéutico definido (ATB, Descarga, Cita para control evolutivo, cuidados herida).
- Capacidad para seguir dicho tratamiento.

CRITERIOS DE ALTA

DESCARGA:
REPOSO
EVITAR EL APOYO

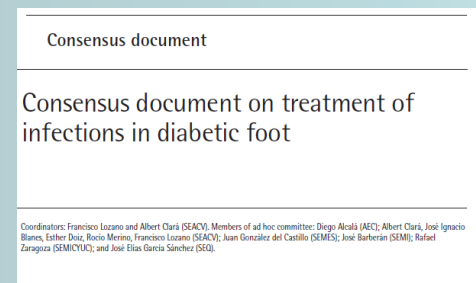
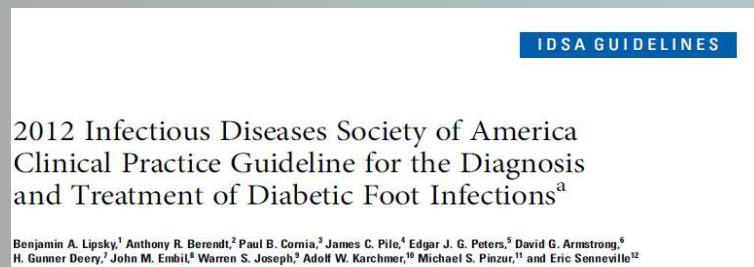


RECOMENDACIONES GENERALES. TRATAMIENTO P.D. COMPLICADO (PDC) AREA SANITARIA.

Todos los hospitales deberían tener una Vía Clínica para el paciente diabético hospitalizado por una lesión en el pie (úlceras, inflamación, edema, gangrena o signos de infección).

National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE. Diabetic foot problems: inpatient management of diabetic foot problems. (Clinical guideline 119.) 2011.

<http://guidance.nice.org.uk/CG119>.



ARTÍCULO ESPECIAL

Desarrollo de una vía clínica para el pie diabético

Diego de Alcalá^a, José Luis Aguayo^a, Víctor Soria^a, Fátima Illán^b, Luis Miguel Aguirán^c, Juan Mariano Pérez-Abad^a y José Antonio Andreo^d

^aServicio de Cirugía General, ^bServicio de Endocrinología, ^cÁrea de Rehabilitación y ^dcoordinador de Calidad. Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España.

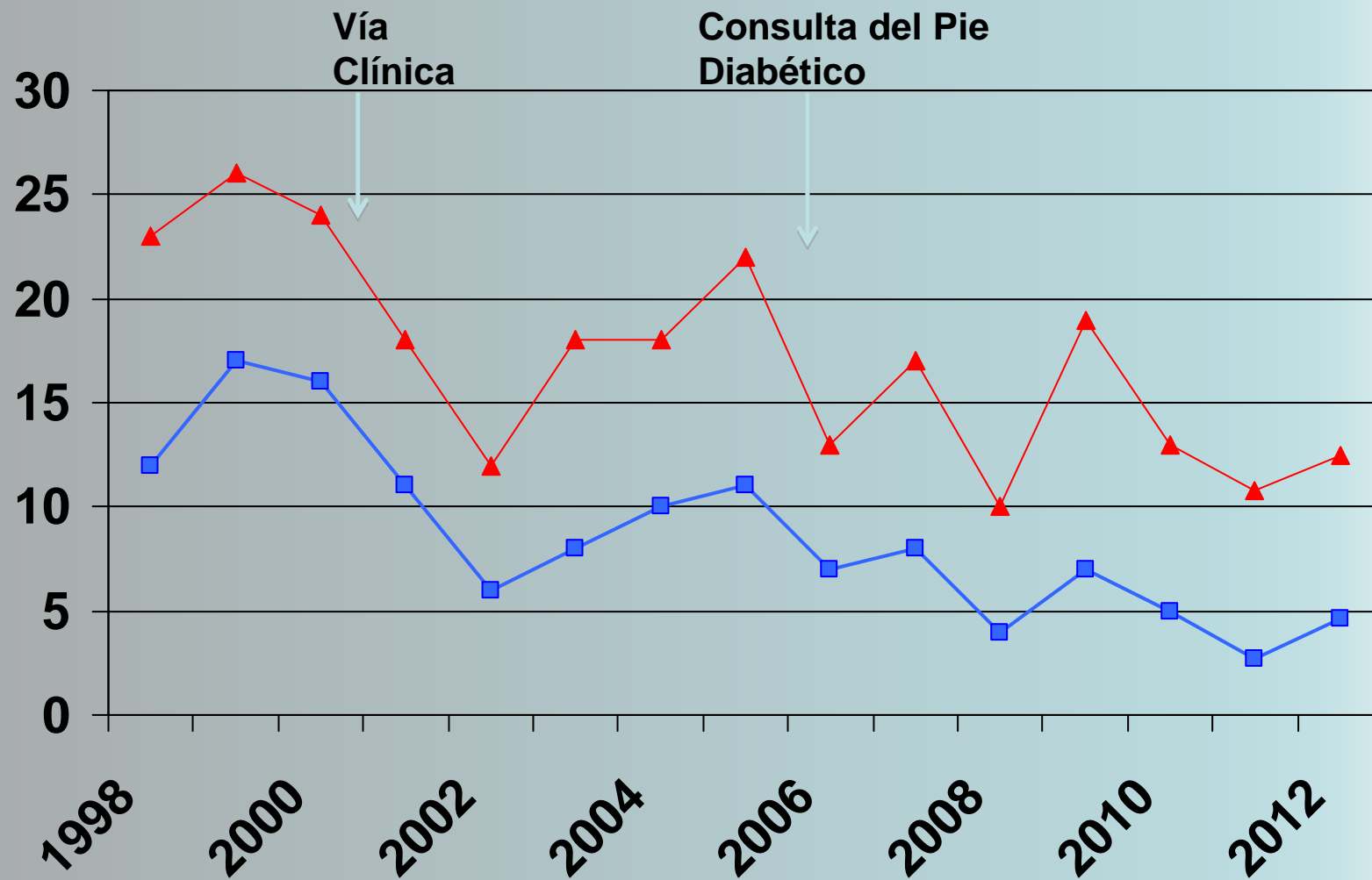
Rev Calidad Asistencial 2003;18(4):235-43

Vía Clínica del Pie Diabético. Paciente con o sin amputaciones menores.

| Periodo y lugar Actuaciones | URGENCIAS | PLANTA 1º Día Y FASE CRITICA | PLANTA FASE MEJORÍA | PLANTA ALTA |
|----------------------------------|--|--|---|--|
| Actuación Médica | -Inclusión en Vía Clínica. (Anexo I). -Anamnesis y Exploración (Anexo II). -Peticion de Historia antigua. -Peticion de pruebas. -Ubicación (Boxes, Camas). | -Anamnesis Exploración. H. de C. A RHB y E-N. -Realización y petición de pruebas. -Valoración de isquemia y osteomielitis. -Valoración necesidad desbridamiento y/o amputación. -Análisis general (H,B,C), Hg glicosilada, P. Lipídico. -Eco-Doppler. Índice tobillo/brazo. Dedos. -Oximetría transcutánea dedos. -Opcional: TAC, RM, Arteriografía, Técnicas Isotópicas, Angio-resonancia. | -Anamnesis y exploración. Cirugía, End. RHB. -Coordinación con S.A.U. | -Anamnesis y exploración. -Aviso de alta. |
| Determinaciones Test | -Hemograma, Bioquímica, Coagulación. -Rx torax y Rx ósea zona afectada. -ECG. -Opcionales: gasometría venosa, orina, Eco-doppler. | -Análisis general (H,B,C), Hg glicosilada, P. Lipídico. -Eco-Doppler. Índice tobillo/brazo. Dedos. -Oximetría transcutánea dedos. -Opcional: TAC, RM, Arteriografía, Técnicas Isotópicas, Angio-resonancia. | -Análisis de control (Glucemia, Colesterol-Lípidos, Función renal). -Estudio de apoyo del pie. Determinación de presiones plantares. | |
| Cuidados de Enfermería | -Acogida (Ubicación) -Constantes (TA, Tª, FC, glucemia). -Vía venosa heparinizada. -Cursar pruebas. -Desbridamiento quirúrgico (Anexo V). -Recoger cultivos (Anexo III). -Cuidados de la herida (Anexo IV). -Iniciar TP ATB. -Educación Sanitaria (Anexo VIII) | -Protocolo de acogida y valoración inicial. Valoración de soporte familiar. -Constantes por turno (TA, Tª, FC). -Dietas/24 h. -Curas locales con gasas húmedas en suero fisiológico/h. -Glucómetr/h. Pauta I y II. | -Constantes por turno. -Curas de la herida. -Glucómetr/h. -Control de la higiene. | -Educación Sanitaria: VIGILANCIA DEL PIE. -Control de TA. Evitar fumar. -Dieta 1.500 calorías. -Higiene. -Comunicación del alta al S.A.U. -Valoración de la necesidad de transporte. |
| Tratamiento | -Antibioterapia (Anexo VI). -Control glucémico. -Antidregantes. -Pentoxifilina | -Antibioterapia (Anexo VI). -Insulinoterapia. Pautas I y II. -Rantidina oral. -Heparina subc. Profiláctica. -Analgesia. AINES, Opiáceos. -Antidregantes. -Pentoxifilina. | -Antibioterapia oral. -Reintroducción de insulina NPH o ADO. -Heparina subcutánea. -Rantidina. -Analgesia. AINES. -Antidregantes. -Hipolipemiantes si precisa. Pentoxifilina. | En informe de alta. -Antibióticos, analgésicos y rantidina orales. -Pentoxifilina. AAS, insulina o ADO. -Control de HTA e Hipertensión si existen. -Antidregantes. -Curas en C. de Salud o domicilio. |
| Actividad | REPOSO EN CAMA | REPOSO EN CAMA | Deambulación progresiva evitando apoyo: yeso de contacto total. taionera, tec. | ZAPATOS ORTOPÉDICOS. PLANTILLAS |
| Dieta | Diabéticos 1.200, 1.500, 2.000 cal. | Diabéticos 1.200, 1.500, 2.000 cal. 4 tomas | 1.200, 1.500, 2.000 cal. 6 tomas. | 1.200, 1.500, 2.000 CALS. |
| Información Documentación | -Primera información (a su llegada). -Información al alta. -Hoja informativa de la Vía Clínica. | -Información diaria y previa a la cirugía si precisa. -Cumplimentación hoja descriptiva lesión. -Valorar interconsulta al S.A.U. | -Información diaria. -Hoja de Educación Sanitaria (Anexo VIII). -Automonitorización de glucemia y administración de insulina. | -INFORME DE ALTA. -DIETA CORRESPONDIENTE -INFORME DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO (CURAS HERIDA). -FOLLETO "CUIDADO DEL PIE DIABÉTICO". -ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (Recoger luego). |
| Criterios Aclaraciones | -Inclusión en Vía Clínica (Anexo I). -Anamnesis y Exploración (Anexo II). -Recogida de cultivos (Anexo III). -Cuidados de la herida (Anexo IV). -Desbridamiento quirúrgico (Anexo V). -Tratamiento antibiótico (Anexo VI). -Circuito del paciente con Pie Diabético que queda excluido de la Vía y es dado de alta en el S.U. (Anexo VII). -Hoja de Educación Sanitaria (Anexo VIII). | -Tratamiento antibiótico (Anexo VI). | -Hoja de Educación Sanitaria (Anexo VIII). | |

Vía Clínica del Pie Diabético. Paciente con amputación mayor

| Periodo y lugar actuaciones | PLANTA FASE DE AMPUTACIÓN PREOPERATORIO | PLANTA FASE DE AMPUTACIÓN POSTOPERATORIO 1 | PLANTA FASE DE AMPUTACIÓN POSTOPERATORIO 2 | PLANTA FASE DE AMPUTACIÓN POSTOPERATORIO 3 | PLANTA FASE DE AMPUTACIÓN POSTOPERATORIO 4 | PLANTA FASE DE AMPUTACIÓN POSTOPERATORIO 5-6 | PLANTA FASE DE AMPUTACIÓN POSTOPERATORIO ALTA |
|----------------------------------|--|--|--|---|--|--|---|
| Actuación médica | -Consulta a RHB, ANESTESIA, PSIQUIATRIA. -Decisión del tipo de amputación. -Valoración de las posibilidades de RHB. -Obtención del Consentimiento Informado. | -Valorar control del dolor: Valorar H. de C. U. Del dolor. -RHB. Control del edema del muñón. -Anamnesis y exploración por cirujano. -Piquiatría: valoración de respuesta. | -Valorar necesidad de consulta a U. Del Dolor. -RHB. -Consulta al SAU: Coordinación para alta. -Anamnesis y exploración | -RHB. -Piquiatría. -Anamnesis y exploración por cirujano. | -RHB. Iniciación profilaxis. -Anamnesis y exploración por cirujano. -Inspección del muñón (herida). -Confirmar con SAU. Posibilidades de alta. | -RHB. Completar deambulación independiente. -Cirugía: Confirmar curación de la herida y situación general estable. -Confirmar con SAU. Posibilidades de alta. | Comprobación: -Inclusión curada. -Funcionamiento intestinal y vesical normal. -Aceptable estado nutricional y psicológico. |
| Determinaciones Test | -Completar preoperatorio: Tª, Pn, Eco-Doppler, índice tobillo/brazo opcionales para determinar nivel de amputación. -HbA1c + perfil lipídico | -Hemograma y bioquímica. | | | | | |
| Cuidados de Enfermería | -Constantes habituales. Glucometer. -Diuresis. Control de la sonda de FOLEY. -Apósito. Detectar hemorragia en muñón. -Higiene y preparación preoperatoria. -Valoración por S.A.U. | -Cambios posturales. -Constantes/turno. -Glucometer/6 u 8 h. -Apósito acolchado sujeto con una redicella elástica. Cambio/24 h. -Picaje de sonda de FOLEY. | -Cambios posturales. -Constantes/turno. -Cambio de apósito. -Picaje de sonda de FOLEY. -Glucometer/6 u 8 h. | -Cambios posturales. -Constantes/turno. -Cambio de apósito. -Picaje de sonda de FOLEY. -Glucometer/6 u 8 h. | -Cambio de apósito. -Retirada de FOLEY. -Ayuda para ir al cuarto de baño. -Constantes. -Glucometer/6 u 8 h. | -Cambio de apósito. -Constantes. | -Cambio de apósito. -Constantes. -Informe de enfermería estandarizado. |
| Tratamiento | -ATB IV. -Insulinoterapia/h. Pautas I y II. -Rantidina. -Heparina subc. -Opiáceo hipnótico o sedante | -ATB: Primera 24 horas tras la cirugía. -Analgesia. Opiáceos IV/AINES. -Rantidina IV. -Heparina subc. -Hipolipemiantes si precisa. -Antidreg. + Pentoxifilina -Insulina/h. Pautas I y II | -Analgesia IV. OPIACEOS -Rantidina oral. -ADO o Insulina NPH. -Heparina subc. -Hipolipemiantes si precisa. -Antidreg. + Pentoxifilina | -Analgesia (IV versus oral/h). -ADO o Ins. NPH. -Hipolipemiantes si precisa. -Rantidina oral. -Heparina subc. -Antidreg. + Pentoxifilina | -Analgesia oral/h (mantener 30 días). -ADO-NPH. -Hipolipemiantes si precisa. -Rantidina oral/12 h. -Heparina subc. -Antidreg. + Pentoxifilina | -Analgesia oral/8 h. -ADO-NPH. -Hipolipemiantes si precisa. -Rantidina oral/12 h. -Heparina subc. -Antidreg. + Pentoxifilina | -Haproxeno 500/12h. Si dolor. Cod-Effergan 1 mes. -ADO-NPH. -Rantidina oral/12 h. -Pentoxifilina. Galicatos. -Hipolipemiantes si precisa. -Abstinencia de tabaco. -Control de HTA |
| Actividad Fisioterapia | -Tonificación de extremidades. -Equilibrio en apoyo monopodal con ayudas para la marcha (bastones, andador). -Reeducación respiratoria. -Apoyo psicológico y estrategia para mejorar la colaboración. | -Reposo en cama. -Enseñanza de ejercicios de higiene postural a paciente y familiares para evitar retracciones articulares o capsulotendinosas. | -Reposo en cama inicial. Idem al día 1. | -Cambios posturales independientes. Idem días 1 y 2. | -Cinesiterapia: ejercicios activos asistidos del muñón, activos libres del M.L. contralateral y de tronco, 15, 2 a 3 veces al día. Potenciación M.S. | -Cinesiterapia del muñón (activos asistidos y libres, contra resistencia progresiva), isométricos de músculos abdominales, glúteos y cuadriceps, activos libres de tronco. Potenciación E.S. -Deambulación con andador o bastones. -Visita a U. de amputados | -Mantener la motilidad. -Demostración de ejercicios. |
| Dieta | 1.200, 1.500 o 2.000 cal. Definir otras necesidades. Nada por boca después de medianoche. | Fluidoterapia parenteral. Líquidos orales. Dieta 1.200, 1.500, 2.000 cal. 4 tomas | 1.200, 1.500, 2.000 cal. 6 tomas. | 1.200, 1.500, 2.000 cal. 6 tomas. | 1.200, 1.500 o 2.000 cal. | 1.200, 1.500 o 2.000 cal. | 1.200, 1.500 o 2.000 cal. |
| Información Documentación | -Consentimientos informados de C y A. -Folleto sobre cuidados preventivos del otro pie. -Consentimiento de incineración del miembro. | -Discutir con los familiares los planes para el día. -Entrega y explicación folleto "Higiene y cuidados posturales". | -Revisar-enseñar cuidados del pie residual. -Enseñar cambios de apósito a familiares. -Automonitorización de glucemia, administración de insulina. Explicar dieta de diabéticos. | -Completar las instrucciones para el plan tras el alta. -Necesidad de silla de ruedas. Coordinación con SAU. | -Confirmar citas para RHB y otros profesionales de la Salud tras el alta. | | -Informe de alta. Citas a: Cirugía, RHB, Endocrino (y/o piquiatría), Informe de Enfermería, Cuidados en C. de Salud. -Dieta para diabéticos. -Recomendaciones para amputados. |
| Criterios | | | | | | | |



Cambios en la proporción de amputaciones mayores totales(▲) y amputaciones mayores electivas(■)

MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN



Junio 2011