Great Britain Journals Press

London Journal of Medical and Health Research

RESEARCH FINGERPRINT

IDENTIFIER
LJMHR-228524

PEER REVIEW
Double Blind

SIMILARITY CHECK
Perplexity AI and iThenticate

ACCESS
Open Access

LANGUAGE
Spanish

PRINT ISSN
0975-5888

ONLINE ISSN
2249-4618

EDITION

ABBREVIATION
LJMHR

VOLUME
26

ISSUE
5

YEAR
2026

KEY DATES

RECEIVED
2026-06-07

ACCEPTED
2026-06-16

ONLINE PUBLISHED
2026-07-02

PUBLISHED
2026-10-01

CATALOGING

CROSSMARK DOI
10.34257/LJMHR228524UK

MESH CLASS
D017719, D003920, D000671

ICD CLASS
E11.52

NLMC CLASS
WK 835

ACCESS ONLINE

Article Record

Caracterizacion Clinica Epidemiologica de los Pacientes Con Pie Diabetico en una Institucion Terciaria

Epidemiological clinical characterization of patients with diabetic foot in a tertiary institution

CORRESPONDENCE →

AUTHORS & AFFILIATIONS

Mario Alfredo Moya Aguiluz ¶ Ш*

Ш Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología (Orthopedic and Trauma Specialist)
ORCID 0000-0001-7218-0854

Juan Ángel Bustillo Gómez ‖ ζ

ζ Médico, Especialista en Ortopedia y Traumatología
ORCID 0000-0003-4182-0251

¶ Facultad de Ciencias Médicas (FCM), National Autonomous University of Honduras (OA)
‖ Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa, Honduras

HOW TO CITE

Moya Aguiluz et al. (2026). Caracterizacion Clinica Epidemiologica de los Pacientes Con Pie Diabetico en una Institucion Terciaria. London Journal of Medical and Health Research, 26(5), 1-6. DOI: 10.34257/LJMHR228524UK

METADATA CONTINUATION

FULL ABSTRACT

Background: Diabetes mellitus causes important complications, including the diabetic foot.

Objective: To characterize clinically and epidemiologically the patient with a diagnosis of diabetic foot in a tertiary institution.

Methods: Retrospective descriptive study, carried out at the Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, April 2018-April 2020, included 71 files.

Results: Mean age 62.9 years, standard deviation (SD) (+/-10.8); male 77.5% (55/71). History of pre-ulcerative lesions 52.1% (37/71) and peripheral neuropathy 49.3% (35/71). History of amputation prior to admission 28.2% (20/71) and plantar injury 7.0% (5/71). 50.7% (36/71) were Grade III according to Wagner classification. 69.0% (49/71) presented an ulcer; 31.0% (22/71) presented $\geq$2 ulcers at the start of treatment, associating this antecedent with risk of amputation p= 0.038; RR: 3.12; 95% CI: 1.11-8.75) (7/15 VS 5/44). A correlation was found between the number of healings (r= 0.885, p <0.01) in-hospital days and the number of debrides (r= 0.248; p <0.05) with total closure of the ulcer. A negative factor that could influence the result is renal replacement therapy (p= 0.053; RR: 2.16; 95% CI: 1.67-2.80). Improvement was identified without total closure of the ulcer 49.3% (35/71) and total closure 33.8% (24/71), amputation / infection 16.9% (12/71), the latter related to necrosis 91.7% (11/12) There was no mortality.

Discussion: The patient with diabetic foot shows a similar evolution to that reported by other authors, with a high proportion of total ulcer closure. It is recommended to implement research projects on follow-up and improve access to surgical resources for patient care.

ARCHIVAL RECORD

LJMHR · Vol 26 · Issue 5 · 2026

Article ID LJMHR-228524 · DOI 10.34257/LJMHR228524UK

Print ISSN 0975-5888 · Online ISSN 2249-4618

CROSSREF DOI 10.34257/LJMHR228524UK

RESEARCH ARTICLE

Caracterizacion Clinica Epidemiologica de los Pacientes Con Pie Diabetico en una Institucion Terciaria

Mario Alfredo Moya Aguiluz ¶ II * iD **and Juan Ángel Bustillo Gómez** ‖ ζ iD

QUALIFICATIONS / ROLES

II Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología (Orthopedic and Trauma Specialist)
ζ Médico, Especialista en Ortopedia y Traumatología

AFFILIATIONS

¶ Facultad de Ciencias Médicas (FCM), National Autonomous University of Honduras (OA)
‖ Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa, Honduras

Abstract

Antecedentes: La diabetes mellitus causa complicaciones importantes, entre estas el pie diabético.

Objetivo: Caracterizar clínica y epidemiológicamente al paciente con diagnóstico de pie diabético en una institución terciaria.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, llevado a cabo en Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, abril 2018-abril 2020, incluyó 71 expedientes.

Resultados: Media de edad 62.9 años, desviación estándar (DE) (+/-10.8); masculino 77.5% (55/71). Antecedente de lesiones pre-ulcerativas 52.1% (37/71) y neuropatía periférica 49.3% (35/71). Antecedente de amputación previa al ingreso 28.2% (20/71) y herida plantar 7.0% (5/71). 50.7% (36/71) fue Grado III según clasificación Wagner. El 69.0% (49/71) presentaron una úlcera; presentaron ≥2 úlceras al inicio del tratamiento 31.0% (22/71) asociándose este antecedente con riesgo de amputación (p=0.038; RR: 3.12; IC95%: 1.11-8.75) (7/15 VS 5/44). Se encontró correlación entre número de curaciones (r=0.885, p<0.01) días intrahospitalarios y número de desbridamientos (r=0.248; p<0.05) con cierre total de la úlcera. Un factor negativo que podría influir en el resultado es la terapia de reemplazo renal (p=0.053; RR: 2.16; IC95%: 1.67-2.80). Se identificó mejoría sin cierre total de la úlcera 49.3% (35/71) y cierre total 33.8% (24/71), amputación/infección 16.9% (12/71), estos últimos relacionados con necrosis 91.7% (11/12) No se presentó mortalidad.

Discusión: El paciente con pie diabético muestra evolución similar a la reportada por otros autores, con una alta proporción de cierre total de la úlcera. Se recomienda implementar proyectos de investigación sobre seguimiento y mejorar acceso a recursos quirúrgicos para atención del paciente.

Keywords: *Amputación, Diabetes mellitus, Evolución clínica, Pie diabético*

Correspondence: Mario Alfredo Moya Aguiluz

1 Introducción

La diabetes mellitus causa complicaciones microvasculares y macrovasculares importantes, entre estas el pie diabético, asociada a riesgo de morbilidad y mortalidad.[1, 2] El Consenso Internacional sobre Pie Diabético lo define como infección, ulceración y/o destrucción del tejido profundo del pie asociado con neuropatía y/o arteriopatía periférica de los miembros inferiores en el paciente diabético.[3] El riesgo de ulceración se estima en 25%;[1] la incidencia global es del 5.8% al 6.0% en EE.UU, y en Europa del 2.1 al 2.2%.[4] La prevalencia se calcula entre 4%-10% entre los individuos con diagnóstico de diabetes.[4, 5] A nivel mundial, se estima en más de un millón las personas con diagnóstico de diabetes mellitus sometidos a amputación por complicaciones asociadas al diagnóstico de pie diabético;[6] además se acompaña de problemas psicosociales y hospitalización prolongada.[1] La clasificación más utilizada es la de Wagner que categoriza esta condición en: 0: Sin úlcera (pie con lesiones de riesgo); I: Úlcera superficial (espesor parcial o total de la piel); II: Úlcera profunda (penetra la piel grasa con extensión a ligamento, tendón, capsula articular o fascia profunda sin absceso u osteomielitis); III: Úlcera profunda con absceso (osteomielitis o sepsis articular); IV: Gangrena localizada (necrosis de la porción del antepié o talón); V: Gangrena extensa (afectación gangrenosa en todo el pie y efectos sistémicos).[7] Los principales factores de riesgo incluyen neuropatía periférica, enfermedad vascular periférica, movilidad articular limitada, deformidades del pie, aumento de la presión plantar, mal ajuste del calzado e infecciones; los pacientes con neuropatía periférica y enfermedad vascular periférica tendrían un riesgo tres veces mayor de amputaciones en comparación con personas sin estas condiciones;[6] y las complicaciones infecciosas que dependiendo de la gravedad puede ser superficial o profunda e incluye tejido blando necrotizante y osteomielitis.[5, 8]

El manejo protocolizado del paciente con diagnóstico de pie diabético disminuye el riesgo de complicaciones, específicamente de amputación.[5] La eficacia del manejo se basa en el uso de técnicas

modernas para diagnóstico temprano, dimensión del daño tisular y el manejo terapéutico.[8] El objetivo principal del tratamiento es la resolución de las úlceras, obteniendo el cierre lo más rápido posible; y la disminución de la tasa de recurrencia que puede reducir el riesgo de amputación de extremidades inferiores en pacientes con pie diabético.[5] El plan terapéutico incluye desbridamiento, descarga (alivio de presión), manejo apropiado de heridas, tratamiento de la infección, manejo de la isquemia, además del manejo de comorbilidades e intervención quirúrgica; las pautas basadas en la evidencia indican que la descarga promueve la curación y previene la ulceración del pie; los estudios de intervenciones de dispositivos de descarga incluyen cuatro categorías: fundición, arriostramiento, calzado y ayuda para caminar; y la termoterapia (energía térmica) como complemento útil para el tratamiento de las úlceras del pie diabético, aumenta el flujo sanguíneo en el área induciendo vasodilatación, que se cree que contribuye a la cicatrización de heridas crónicas.[5, 9, 10]

En Honduras entre las publicaciones disponibles relacionadas con el pie diabético, ninguno de los estudios discuten acerca de caracterización clínica y epidemiológica del paciente con diagnóstico de pie diabético; en estas publicaciones se abordan los factores asociados a riesgo de neuropatía diabética, complicaciones, así como evaluación del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del pie diabético y aspectos epidemiológicos[11, 12, 13, 14, 15] lo que justifica llevar a cabo esta investigación siendo el objetivo principal de los autores caracterizar clínica y epidemiológicamente al paciente con diagnóstico de pie diabético en una institución terciaria.

2 Material y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo llevado a cabo en la Consulta Externa del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad social (IHSS) en el período abril 2018-abril 2020 que incluyó expedientes de pacientes con diagnóstico y manejo de pie diabético N=71. La definición de caso fue paciente con diagnóstico de pie diabético: infección, ulceración o destrucción del tejido profundo del pie manejado en este servicio. Los criterios de inclusión fueron paciente con diagnóstico de pie diabético y expediente completo, no se excluyó ningún expediente.

Para la recolección de la información fueron solicitados los expedientes al departamento de estadística de la institución según código CIE-10 E08-E13 para el período del estudio. La información fue recolectada por el investigador aplicando un instrumento diseñado para esta investigación previa validación de contenido. El instrumento de recolección de información estaba compuesto de apartados sociodemográfico, antecedentes personales patológicos, evolución clínica y respuesta terapéutica.

Se definió como éxito el cierre completo de la úlcera y fracaso el no cierre de la úlcera, necrosis y/o amputación.

La información recopilada fue digitada en una base de datos electrónica generada con el programa epidemiológico Epi-Info 7 (CDC, Atlanta, GA, EUA, 2014), con el que se genera estadística descriptiva, listados, tablas de frecuencia y cruces bivariados para variables categóricas. Se determinó independencia entre categorías con cálculo del valor de $p < 0.05$ utilizando la distribución de χ^2, así como se determina nivel de correlación entre variables categóricas con el método de Spearman ($p < 0.05$) así como entre variables numéricas (Pearson, $p < 0.05$) (EpiDat 3.1, OPS-OMS/Xunta de Saúde, Galicia, España, 2006).

La proporción de pie diabético en la población de pacientes con diabetes mellitus en la institución se determinó mediante el número de casos con diagnóstico de pie diabético atendidos en el período del estudio (71) dividido entre el número total de pacientes diabéticos atendidos en la institución durante el periodo (240) y multiplicado por 100 y presentado como porcentaje. Se calcularon intervalos de confianza para la proporción (IC95%).

Para llevar a cabo esta investigación se obtuvo autorización institucional y aprobación por el Comité de Ética y Bioética institucional.

3 Resultados

De los 71 expedientes revisados se encontró que la distribución media de la edad fue 62.9 años, DE (+/-10.8). El grupo de edad más frecuente fue 51-60 años 39.4% (28/71). El sexo masculino 77.5% (55/71). El ambiente de residencia urbano marginal 39.4% (28/71) (Cuadro 1).

Características Sociodemográficas	N	(%)
Edad		
41-50	6	(8.5)
51-60	28	(39.4)
61-70	19	(26.8)
71-80	12	(16.9)
81-90	6	(8.5)
Sexo		
Masculino	55	(77.5)
Femenino	16	(22.5)
Ambiente de residencia		
Urbano marginal	28	(39.4)
Urbano	26	(36.6)
Rural	17	(23.9)

Table 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de pie diabético, IHSS, n=71

El diagnóstico de ingreso fue pie diabético izquierdo 52.1% (37/71) versus pie diabético derecho 47.9% (34/71). 50.7% (36/71) correspondió al grado III de la clasificación de Wagner. Respecto al número de úlceras; presentaron una úlcera 69.0% (49/71) (Cuadro 2). Presentar más de una úlcera al momento del inicio del tratamiento podría asociarse con riesgo aumentado de fracaso terapéutico (amputación) ($p = 0.038$; Fisher; RR: 3.12; IC95%: 1.11-8.75). (7/15 VS 5/44) (Cuadro 3).

El manejo fue con apósitos con solución de Factor de Crecimiento Epidérmico y aceite ozonizado Oxioderm® en 43.7% (31/71); con relación al uso de antibióticos fue administrado Clindamicina 71.8% (51/71) y Ceftriaxone 55.7% (41/71) (Cuadro 2); sin embargo, el número de antibióticos administrados no se correlacionó con cierre total de la úlcera (r=-0.61). En el 100% (71/71) de los pacientes se administró Insulina NPH e Insulina Cristalina, respectivamente. El manejo de la isquemia fue en 12.7% (9/71) pacientes (Cuadro 2).

Según el número de desbridamientos, se realizaron entre 1-2 en 49.3% (35/71). Las curaciones fueron realizadas entre 1-2 veces por semana en consulta externa; siendo el número de curaciones realizadas entre 6-10 en 38.0% (27/71) (Cuadro 2) Se encontró correlación entre el número de curaciones (r=0.885, $p < 0.01$) y días intrahospitalarios, determinándose además correlación leve, pero estadísticamente significativa entre el número de desbridamientos y cierre total de la úlcera (r=0.248; $p < 0.05$).

Según el resultado terapéutico, se encontró cierre total de la úlcera en 33.8% (24/71) y sin cierre total ni signos de infección 49.3% (35/71) (Cuadro 3). Las complicaciones (amputación/infección) se presentaron en 16.9% (12/71); siendo la complicación más frecuente necrosis que indujo a amputación del miembro afectado 91.7% (11/12) (Cuadro 2).

La media del número de días intrahospitalarios fue 14.2, DE (+/-7.4). La media del número de citas en consulta externa posterior al egreso hospitalario fue 2.2, DE (+/-2.1, rango 0-10 citas). El 4.2% (3/71) de

Table 2. Factores relacionados resultado terapéutico de los pacientes diagnóstico de pie diabético, IHSS, n=71

Factores relacionados	Éxito (N=24)	Fracaso (N=47)	*p*
Tiempo desde diagnóstico de Diabetes mellitus			
1-5 años	1	4	0.748
6-10 años	3	7	
>10 años	20	36	
Intervalo desde diagnóstico de úlcera hasta transferencia a manejo del pie diabético			
1-15 días	22	39	0.47
16-30 días	1	5	
31-60 días	1	3	
Número de ulceraciones			
1 úlcera	44	5	0.038
2 o más úlceras	15	7	(RR: 3.12; IC95%: 1.11-8.75)
Lesiones pre-ulcerativas			
Sí	12	25	0.799
No	12	22	
Antecedente de neuropatía periférica			
Sí	12	24	0.932
No	12	23	
Antecedente de uso de estatinas			
Sí	9	24	0.278
No	15	23	
Antecedente de isquemia no crítica del miembro inferior			
Sí	22	40	0.432
No	2	7	
Antecedente de amputación previa			
Sí	19	32	0.326
No	5	15	
Antecedente de terapia de reemplazo renal			
Sí	0	4	0.053 (RR: 2.16; IC95%: 1.67-2.80)
No	24	43	
Antecedente de uso de antiplaquetarios			
Sí	19	42	0.243
No	5	5	
Antecedente de retinopatía diabética			
Sí	22	39	0.319
No	2	8	
Antecedente de herida plantar			
Sí	2	3	0.761
No	22	44	
Clasificación Insuficiencia Renal Crónica (Tasa Filtrado Glomerular ml/min)			
Grado I (>90)	7	11	0.775
Grado II (60-90)	11	22	
Grado III (30-60)	5	8	
Grado IV (15-30)	0	2	
Grado V (<15)	1	4	

los pacientes egresaron y retornaron para nueva hospitalización. No se reportó mortalidad (Cuadro 2).

La media del tiempo desde el diagnóstico de diabetes mellitus fue 17.7 años, DE (+/-7.5); el grupo más frecuente fue mayor de 10 años 78.9% (56/71). La media del intervalo de tiempo desde que se realiza el diagnóstico de úlcera hasta transferencia para el manejo del pie diabético fue 12.4 días, DE (+/-12.8); siendo el grupo más frecuente de 1-15 días 85.9% (61/71) (Cuadro 3).

Los factores de riesgo encontrados con mayor frecuencia fueron lesiones pre-ulcerativas 52.1% (37/71), neuropatía periférica 49.3% (35/71) y uso de estatinas 46.5% (33/71) (Gráfico 1, Cuadro 3). No se encontró asociación estadística entre factores y resultado terapéutico (cierre de la úlcera Si/No) ($p > 0.05$) (Cuadro 3).

No se encontró asociación entre terapia de reemplazo renal y resultado terapéutico (o riesgo de no cierre de la úlcera) en el tratamiento si se está siendo sometido a terapia de reemplazo renal (4/0 vs 31/36) ($p = 0.053$; RR: 2.16; IC95%: 1.67-2.80) (Cuadro 3).

Tampoco se encontró asociación estadística entre variables edad, sexo, neuropatía periférica, enfermedad vascular periférica, movilidad articular limitada, deformidad del pie, callo, tabaquismo, hipertensión arterial, alcoholismo, tiempo de diagnóstico de diabetes, intervalo de tiempo desde úlcera hasta transferencia a clínica del pie diabético, antecedente de amputación previa, terapia de reemplazo renal, uso de antiplaquetarios y la variable dependiente amputación ($p > 0.05$).

Características clínicas	N	(%)
Diagnóstico de ingreso		
Pie diabético izquierdo	37	52.1
Pie diabético derecho	34	47.9
Clasificación de Wagner		
Wagner I	0	0
Wagner II	9	12.7
Wagner III	36	50.7
Wagner IV	26	36.6
Número de úlceras		
1	49	69.0
2	17	23.9
3	5	7.0
Tratamiento*		
Apósitos con Factor de crecimiento epidérmico	31	43.7
Clindamicina	51	71.8
Ceftriaxone	41	55.7
Insulina NPH e insulina cristalina	71	100.0
Manejo de isquemia	9	12.7
Número de debridamientos		
0	31	43.7
1-2	35	49.3
3-4	4	5.6
5-6	1	1.4
Número de curaciones		
1-5	22	31.0
6-10	27	38.0
11-15	10	14.1
>15	12	16.9
Resultado terapéutico		
Disminuye tamaño de la úlcera, no cierre, no infección	35	49.3
Cierre total de la úlcera	24	33.8
Amputación	11	15.5
Continúa proceso infeccioso	1	1.4
Número de días intrahospitalarios		
1-7 días	15	21.1
8-15 días	25	35.2
16-30 días	29	40.8
>30 días	2	2.8
Egreso y retorno a nueva hospitalización	3	4.2

*La mayoría de los pacientes tenían entre 1 y 2 tratamientos

Table 3. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de pie diabético, IHSS, n=71

4 Discusión

Una de las principales complicaciones de la diabetes mellitus es la ulceración del pie;[16] en este estudio la proporción de pacientes con diagnóstico de pie diabético fue 29.5% (71/240; IC95%: 23.8-35.7); que es superior a la prevalencia reportada en la literatura,[4, 6, 8] aunque el riesgo de ulceración por neuropatía se presenta hasta en 20%; esto es probablemente explicado por ser un hospital terciario de referencia, en donde se atienden los casos de pacientes con diabetes mellitus de difícil manejo en el contexto primario de atención, a lo que contribuyen factores como edad (62.9 años) y media de 17.7 años de tiempo desde el diagnóstico inicial a la fecha de inclusión en el estudio, además de los factores como predominio masculino, lesiones pre-ulcerativas, herida plantar, enfermedad vascular periférica, deformidad del pie, neuropatía y/o amputación previa, que también son referidos en la literatura.[6, 17]

Uno de los problemas que enfrenta el investigador al evaluar la respuesta terapéutica del paciente con diagnóstico de pie diabético son los ciclos de tratamiento, los cuales son ampliamente variables al igual que el modelo metabólico, que puede ser influenciado por factores individuales, contexto de atención, cumplimiento terapéutico entre otros, y no reflejar en la cuantificación numérica de pacientes con cierre o no de la úlcera;[16] esta es posiblemente la explicación a por qué en este estudio se reporta en la mitad de los casos incluidos en el estudio el no cierre de la úlcera, es decir que podrían con el tiempo de tratamiento lograr el cierre total de la úlcera, pero esto aún no es posible; así la sumatoria de todos los casos en los que sí se logró el cierre total de la úlcera fue de un tercio; no obstante, hay que considerar que el tiempo necesario para lograr cierre total de la úlcera depende del tamaño y área afectada que puede ser de hasta cuatro meses posterior al egreso del paciente.[8]

Las complicaciones se presentaron en casi una quinta parte de los casos incluidos en el estudio, de estas la principal fue la amputación de la extremidad afectada; no obstante, en esta institución se considera la amputación como la última opción o indicación para estos pacientes. Se ha reportado en la literatura que el 80% de las amputaciones de las extremidades inferiores en casos de pacientes con diabetes mellitus están precedidas de una úlcera en el pie; es decir una vez que se ha desarrollado la úlcera, la infección y la enfermedad vascular periférica conforman los principales factores que contribuyen a la amputación;[6] por consiguiente, las úlceras en el pie diabético suelen ser heridas crónicas, que a menudo conllevan a complicaciones que aumentan el riesgo de amputación de la extremidad afectada y mortalidad,[18, 19] en este estudio se encontró que presentar más de una úlcera al momento del inicio del tratamiento se asoció con riesgo cuatro veces mayor de fracaso terapéutico ($p = 0.001$; RR: 4.04; IC95%: 1.48-11.04) (7/10 VS 5/44), comparado con los pacientes que tienen sólo una úlcera.

La infección es una de las principales causas de ingresos hospitalarios de pacientes con diagnóstico de pie diabético, y se estima que al menos el 40% de las amputaciones se pueden prevenir con intervenciones enfocadas en el cuidado de la úlcera; es ampliamente considerada la prevención del pie diabético como un indicador del resultado clínico en la atención de los pacientes con diabetes mellitus;[5] en este estudio, el manejo de la infección en estos pacientes se realizó mediante interconsulta/indicación por el servicio de infectología; lográndose resultados positivos en más de cuatro quintas partes de los pacientes estudiados.

Entre las fortalezas de este estudio está la identificación de un posible modelo de ocurrencia de acciones terapéuticas de bajo costo que podrían explicar la asociación entre éxito y fracaso del tratamiento.

Entre las limitaciones de este estudio están las asociadas a recursos humanos, lo que no permitió extender al máximo posible el período del estudio, así como no fue posible disponer de datos laboratoriales, como HbA1c y otros, además de no disponer de suministro hospitalario de recursos alternativos de manejo ambulatorio que podrían contribuir a mejorar el resultado final.

Así también algunas limitaciones operativas en el campo quirúrgico fueron identificadas, para el caso que la institución no proporciona dispositivos y accesorios para distribución de carga, debiendo hacerse notar que aún persisten dificultades de acceso a quirófano para realizar procedimientos quirúrgicos en estos pacientes, disponer de mayor acceso a este recurso podría permitir la realización del mayor número posible de procedimientos para el paciente con pie diabético, así como la proposición de implementación de un equipo de manejo multidisciplinario, tal como lo recomienda la evidencia y guías disponibles.[20]

Los autores concluyen que la casuística del paciente con diagnóstico de pie diabético muestra resultados similares a lo reportado por otros autores, con una proporción alta de pacientes con cierre total de la úlcera y la mayoría en progresión hacia mejoría, pero en quienes aún no se logra el cierre total de la úlcera. Se recomienda implementar un estudio en forma de proyecto de seguimiento del paciente con pie diabético para identificar el modelo de acciones de bajo costo asociadas a cierre total de la úlcera, debido a que la evidencia proporcionada en este proyecto muestra que este modelo de manejo de bajo costo puede tener como consecuencia la disminución de complicaciones y amputaciones, así como disminución en los costos hospitalarios con la identificación de potenciales nuevas estrategias de atención; entre las cuales se podría incluir la implementación de una clínica del pie diabético con personal y quirófano asignado.

REFERENCIAS

[1] Sen P, Demirdal T. Evaluation of mortality risk factors in diabetic foot infections. Int Wound J. [Internet]. 2020; [consultado 7 agosto 2020]; 1-10. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32196927

[2] Lavery LA, Davis KE, Berriman SJ, Braun L, Nichols A, Kim PJ, et al. WHS guidelines update: Diabetic foot ulcer treatment guidelines. Wound Repair Regen [Internet]. 2016; [consultado 12 febrero 2020]; 24(1):112-26. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26663430

[3] Ha Van G, Amouyal C, Perrier A, Haddad J, Bensimon Y, Bourron O, et al. Pie diabético. EMC-Podología [Internet]. 2019; [consultado 12 febrero 2020]; 21(1):1-21. Disponible de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1762827X18416628

[4] Pourkazemi A, Ghanbari A, Khojamli M, Balo H, Hemmati H, Jafaryparvar Z, et al. Diabetic foot care: knowledge and practice. BMC Endocr Disord [Internet]. 2020; [consultado 10 julio 2020]; 20(1):40. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32192488

[5] Lung CW, Wu FL, Liao F, Pu F, Fan Y, Jan YK. Emerging technologies for the prevention and management of diabetic foot ulcers. J Tissue Viability [Internet]. 2020. [consultado 12 julio 2020]; 19(30): 127-5. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32197948

[6] Hingorani A, LaMuraglia GM, Henke P, Meissner MH, Loretz L, Zinszer KM, et al. The management of diabetic foot: A clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. J Vasc Surg [Internet]. 2016; [consultado 23 octubre 2020]; 63(2 Suppl):3S-21S. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26804367

[7] Chellan G, Srikumar S, Varma AK, Mangalanandan TS, Sundaram KR, Jayakumar RV, et al. Foot care practice - the key to prevent diabetic foot ulcers in India. Foot (Edinb) [Internet]. 2012; [consultado 7 febrero 2020]; 22(4):298-302. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22999359

[8] Lim JZ, Ng NS, Thomas C. Prevention and treatment of diabetic foot ulcers. J R Soc Med [Internet]. 2017; [consultado 7 febrero 2020]; 110(3):104-9. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28116957

[9] Isei T, Abe M, Nakanishi T, Matsuo K, Yamasaki O, Asano Y, et al. The wound/burn guidelines - 3: Guidelines for the diagnosis and treatment for diabetic ulcer/gangrene. The J Dermatol [Internet]. 2016; [consultado 7 febrero 2020]; 43(6):591-619. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26972937

[10] van Netten JJ, Lazzarini PA, Armstrong DG, Bus SA, Fitridge R, Harding K, et al. Diabetic Foot Australia guideline on footwear for people with diabetes. J Foot Ankle Res [Internet]. 2018; [consultado 10 febrero 2020];11:2. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29371890

[11] Martínez J, López E. Perfil bacteriológico del pie diabético y conocimiento de cuidados preventivos en el Hospital Escuela. Rev Med Post UNAH [Internet]. 2007; [consultado 10 febrero 2020];10(2):150-5. Disponible de: http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-2-2007-13.pdf

[12] Hiza-Medina R, López A. Complicaciones más frecuentes en los pacientes postoperados de pie diabético en el Hospital Escuela. Rev Med Post UNAH. [Internet]; 2008 [consultado 10 febrero 2020]; 11(1):35. Disponible de: http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2008/pdf/Vol11-S-2008-21.pdf

[13] Zelaya D, Erazo G. Frecuencia de neuropatía diabética y sus factores de riesgo en un grupo de pacientes de la Clinica del Diabético del Hospital General San Felipe. Rev Med Post UNAH [Internet]. 2007; [consultado 10 febrero 2020];10(2):139-43. Disponible de: http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2007/pdf/Vol10-2-2007-11.pdf

[14] Sánchez L, Gómez O, Hernández M, Díaz N, Mejía C, Ramos A, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas en cuidados del pie diabético en pacientes con diabetes tipo 2, Honduras. Rev Hisp Cienc Salud [Internet]. 2019; [consultado 3 enero 2020];5(4):136-44. Disponible de: https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/410

[15] Pavón D, Cárcamo S, Flores R, Nuñez J, Chacón J, Mendoza A, et al. Caracterización de los pacientes con pie diabético atendidos en el Instituto Nacional del Diabético. Tegucigalpa, Honduras, 2013-2015. Rev Hisp Cienc Salud [Internet]. 2016; [consultado 3 enero 2020]; 2(3):215-22. Disponible de: https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/198

[16] Bus SA, Armstrong DG, van Deursen RW, Lewis JE, Caravaggi CF, Cavanagh PR. IWGDF guidance on footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Metab Res Rev [Internet]. 2016; [consultado 3 enero 2020]; 32 Suppl 1:25-36. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813614

[17] Reekers JA. The Role of Interventional Radiology in the Treatment of Arterial Diabetic Foot Disease. Cardiovasc Intervent Radiol [Internet]. 2016; [consultado 3 enero 2020]; 39(10):1369-71. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27435578

[18] Nikoloudi M, Eleftheriadou I, Tentolouris A, Kosta OA, Tentolouris N. Diabetic Foot Infections: Update on Management. Curr Infect Dis Rep [Internet]. 2018; [consultado 8 enero 2020]; 20(10):40. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30069605

[19] Kateel R, Adhikari P, Augustine AJ, Ullal S. Topical honey for the treatment of diabetic foot ulcer: A systematic review. Complementary therapies in clinical practice [Internet]. 2016; [consultado 8

enero 2020]; 24:130-3. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27502813

[20] Frankel AH, Kazempour-Ardebili S, Bedi R, Chowdhury TA, De P, El-Sherbini N, et al. Management of adults with diabetes on the haemodialysis unit: summary of guidance from the Joint British Diabetes Societies and the Renal Association. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetes Association [Internet]. 2018; [consultado 8 enero 2020]; 35(8):1018-26. Disponible de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30152585