

Tratamiento del pie diabético
**Tratamiento de la infección: guías, consensos y estandarización
del manejo de la infección**

Laura Morata

IX JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN CIRURGIA VASCULAR DE L'ÀIS-BE

Sala Polivalent, Vil·la Florida, C/ Muntaner, 544

24 febrer 2017

¿Cuándo hay infección?



No todas las úlceras están infectadas

La infección es consecuencia de la úlcera

Tratar la infección ayuda a cicatrizar

«No usar siempre antibióticos ni mantenerlos hasta el cierre de la úlcera»

Criterios para sospechar infección

- ≥ 2 de los siguientes:
 - secreción purulenta
 - enrojecimiento
 - calor
 - dolor
 - edema
- Mala evolución a pesar de “tratamiento” local*

Diagnóstico microbiológico

Lavado abundante y retirada del tejido necrótico

Frotis



Aspirado A



Biopsia ósea



No hacer cultivos de control

Gold estándar

Facilidad

++++

++

+

Específidad

+

++

++++

Mutluoglu. How reliable are cultures of specimens from superficial swabs compared with those of deep tissue in patients with diabetic foot ulcers? JDC 2012; 26: 225-229

89 pares de cultivos (frotis y biopsia):

16.9% ambos cultivos fueron estériles

56.1% mismo aislamiento microbiológico

Concordancia 73%

Frotis es una opción:

- Según el microorganismo aislado
- Si se realiza de forma adecuada y en pacientes sin OM

Senneville. Outcome of Diabetic Foot Osteomyelitis Treated Nonsurgically. Diabetes Care 2008; 31: 637–642

50 pacientes diabéticos con úlcera y osteomielitis

	Frotis n= 28 (%)		Biopsia ósea n= 22 (%)
SASM	7 (25)		7 (31.8)
SARM	3 (10.7)		4 (18.2)
<i>Strep</i>		F. Pronóstico de remisión: antibiótico dirigido por biopsia. OR 4.78 (95% CI 1.0 –22.7) P: 0.04	
<i>Enter</i>			
E. coli/ Proteus	8 (28.6)		6 (27.3)
Polimicrobiana	15 (53.6)		7 (31.8)
Remisión al año	14 (50)	P=0.02	18 (81.8)

**Uçkay. Diabetic foot infections: state of the art.
Diabetes Obes Metab. 2013; Aug**

Factores que condicionan el manejo:

- Abscesos o tejido necrótico
- Isquemia
- Severidad de la infección:
 - repercusión sistémica
 - extensión de la úlcera
- Microorganismos



**Peters. Diagnosis and Management of Infection in the Diabetic Foot.
*Med Clin N Am 2013; 97: 911–946***

Extensión: tamaño y profundidad

Probe to bone test:

sospecha clínica baja + test negativo, VPN: 98%

sospecha clínica alta + test positivo, VPP: ~100%



Clasificación de las úlceras según su gravedad



Lipsky. IWGDF guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes. Diabetes Metab Res Rev 2016; 32 (Supl. 1): 45

Características

Microorganismos

Agudas: *S. aureus* y *Streptococcus*

Crónicas o profundas: + enterobacterias y anaerobios

Hospitalización o antibiótico previos: + *Pseudomonas*, enterococos,

Candida, SARM y BLEES

Lipsky. IDSA Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. CID 2012:54

Cuándo iniciar tratamiento empírico frente a SARM:

- Historia previa de colonización o infección por SARM
- Prevalencia local de SARM > 30%
- Infección severa
- Otros:

antibiótico / hospitalización previa

pacientes institucionalizados

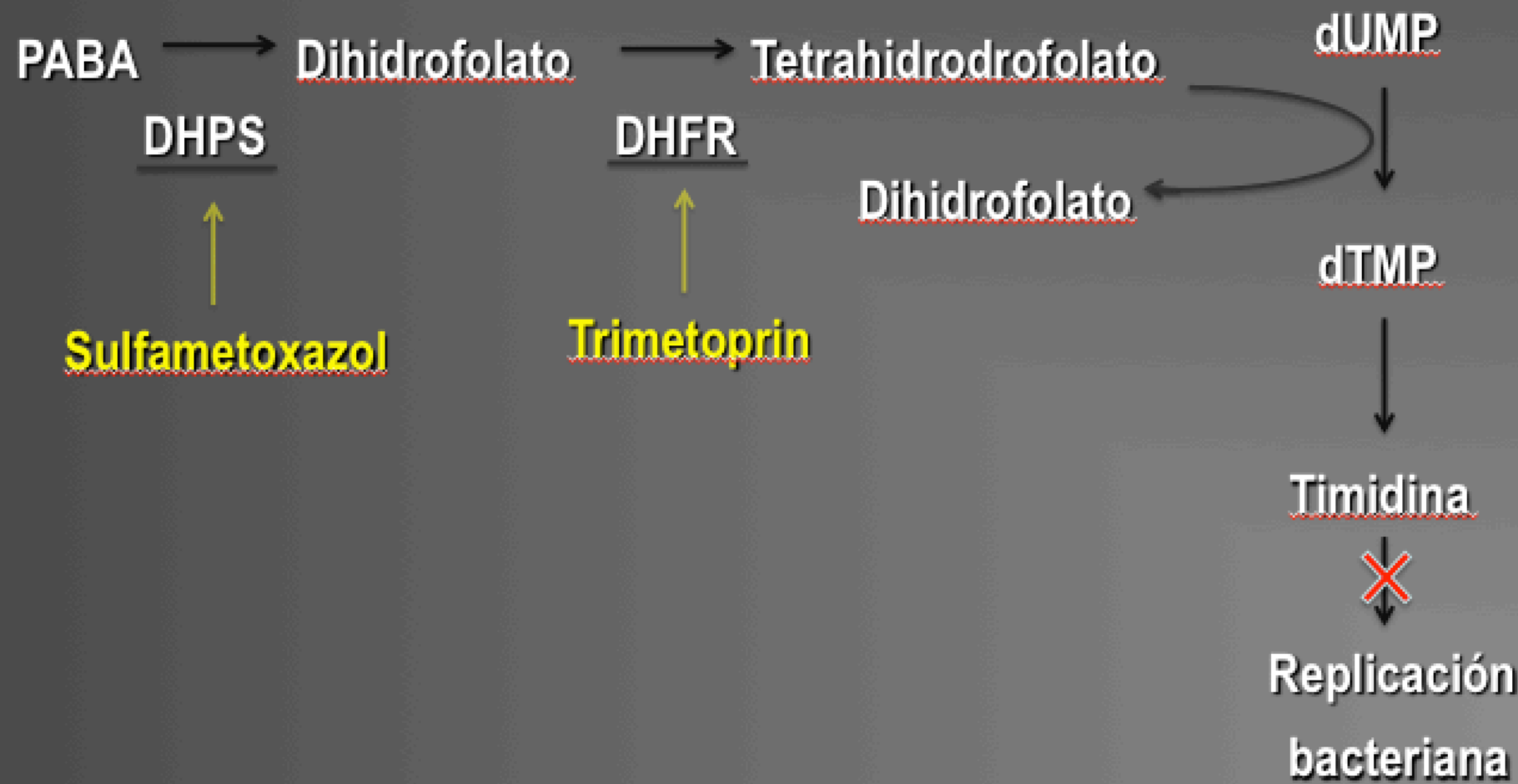
edad > 65 años

úlceras de evolución prolongada

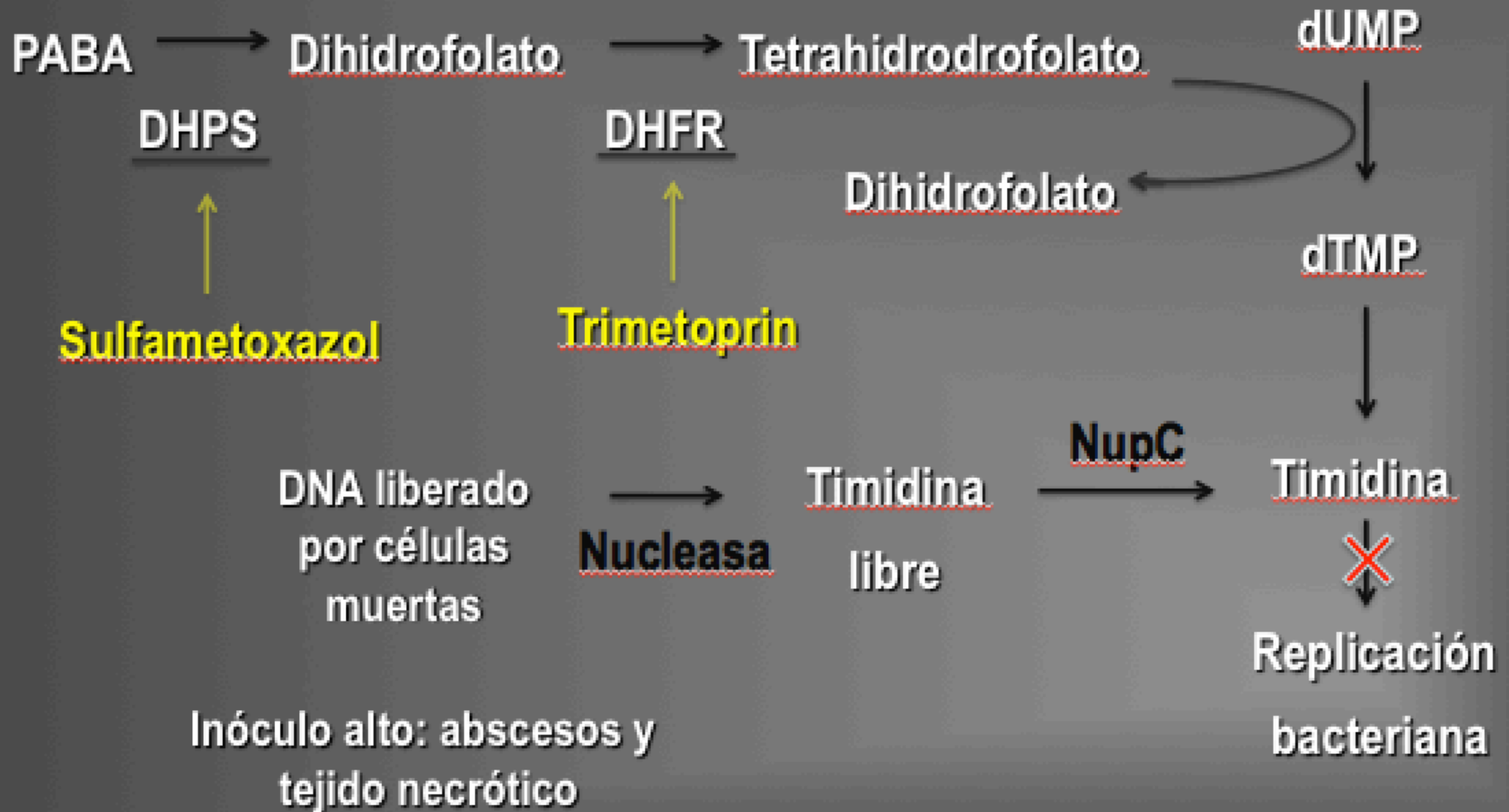
Alternativas de tratamiento vía oral

	Amoxi-clav	Clindamicina	Levofloxacino	Linezolid	Cotrimoxazol
Absorción (%)	75	90	95	100	90
Dosis	875/125 mg 8 h	450 mg 8 h	500 mg 24 h	600 mg 12 h	800-160 mg 8-12 h
Actividad					
SARM	-	++	+	+++	++
Streptoc.	+++	+++	++	+++	+
FP (%)	22	84	30	30	50-70
Difusión	++	++	+++	+++	(++)

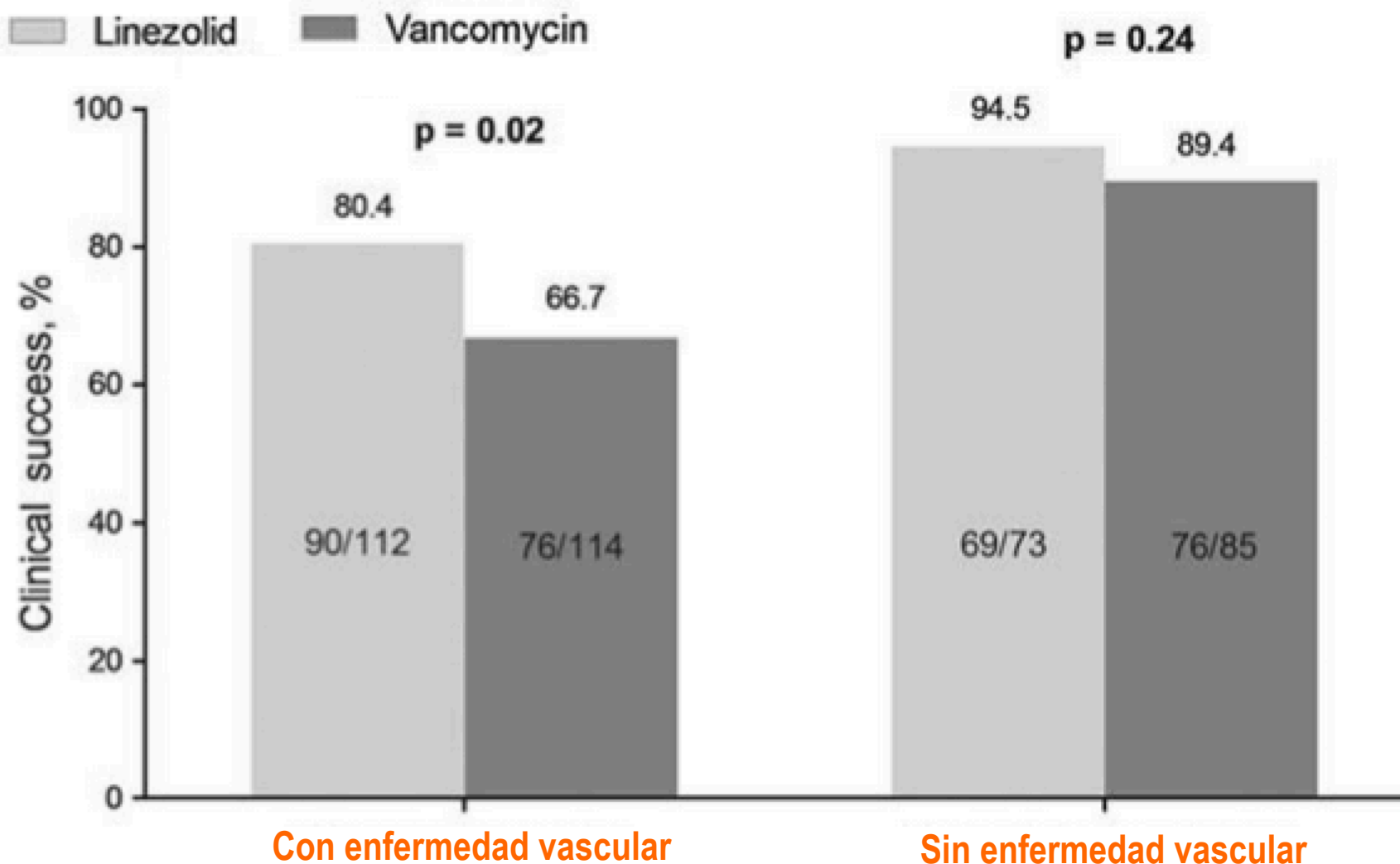
Proctor. Role of Folate Antagonists in the Treatment of Methicillin-Resistant S.aureus Infection. CID 2008; 46:584



Proctor. Role of Folate Antagonists in the Treatment of Methicillin-Resistant *S.aureus* Infection. CID 2008; 46:584



Duane. Linezolid and Vancomycin in Treatment of Lower-Extremity Complicated SSSI Caused by MRSA in Patients with and without Vascular Disease. Surg Infect 2012 Jun;13(3):147-53



Tratamiento antibiótico de infección del pie diabético

¿clínica sistémica?



no

¿riesgo de SARM?



no



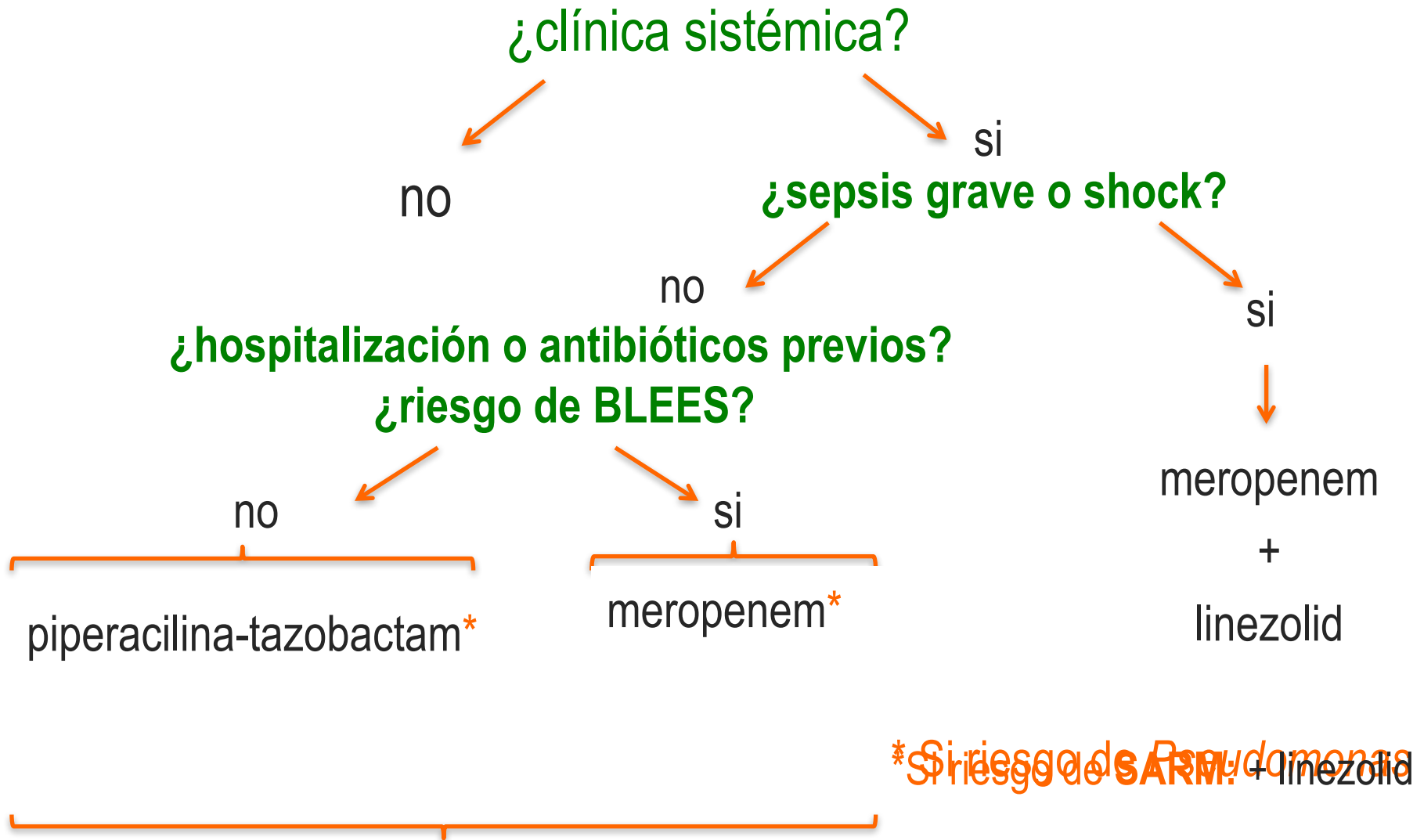
sí

Linezolid*

Linezolid*

* Si isquemia o drenaje insuficiente

Tratamiento antibiótico de infección del pie diabético



Lipsky. IWGDF guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes. Diabetes Metab Res Rev 2016; 32 (Suppl. 1): 45

Cuánto tratar:

- Infección leve-moderada de úlcera y PB: 1-2 semanas si evolución favorable.
 - Infecciones severas: 3 semanas / según si desbridamiento o no
- si osteomielitis:
- no desbridamiento ni extracción del hueso afecto: 6 semanas
 - si se ha retirado todo el hueso infectado: 1 semana

Manejo multidisciplinario





MUCHAS GRACIAS

Laura Morata

lmorata@clinic.ub.es