

Necesidad de una clínica multidisciplinar de pie diabético: reflexiones sobre nuestra experiencia

J.R. Escudero-Rodríguez, D. Mauricio, M. Embodas, J. Gaitán,
M.R. Serra, A. Puntonet-Burc, M. Saenz de Cabezón, C. Salvat

Introducción

Según un reciente consenso internacional y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), el término ‘pie diabético’ se define como: infección, ulceración y/o destrucción de tejidos profundos asociada a anomalías neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior. El problema del pie diabético requiere, sin lugar a dudas, una mayor atención de la que hasta ahora se le ha prestado, especialmente en nuestro país. Desde los diferentes puntos de vista, empezando por el propio paciente, pasando por los profesionales sanitarios y terminando por los responsables de la organización y planificación sanitaria, nos parece que existe una clara infravaloración de la importancia de esta complicación de la diabetes. Debemos recordar que uno de cada siete sujetos con diabetes mellitus (DM) presentará una úlcera en el pie a lo largo de su vida. Muchas de estas úlceras requieren un tratamiento intensivo y, frecuentemente, la necesidad de hospitalización del paciente. Además, su curación puede requerir semanas o meses, cuando no conduce a una amputación. Indudablemente, todo ello supone un elevado coste

para el sistema sanitario. Se ha calculado que en la Unión Europea (EU) el coste anual del problema del pie diabético, con inclusión de los costes indirectos, se aproxima a la cifra de 5.000 millones de euros, lo cual supone un 20% del coste total generado por el tratamiento de los pacientes con DM en Europa.

Existe un importante vacío de conocimiento en múltiples aspectos del tratamiento y la prevención del pie diabético. Desgraciadamente, la investigación clínica en este campo es escasa si la comparamos con otras complicaciones de la DM. En cuanto a los ensayos clínicos disponibles, debemos decir que hay pocos adecuadamente diseñados, que el número de pacientes incluido es bajo, y su caracterización clínica es incompleta. Todo ello hace que, además de disponer de pocos estudios, muchos de ellos no permitan generalizar las conclusiones. Podemos afirmar que probablemente el pie diabético es la cenicienta de la investigación diabetológica.

En la organización sanitaria existen claras deficiencias, tanto en recursos estructurales como humanos específicamente dedicados al pie en todos los niveles sanitarios. También la organización es claramente mejorable en muchos centros y áreas sanitarias.

Necesidad de colaboración multidisciplinar

Existen dos complicaciones fundamentales de la DM

Clinica de Pie Diabético. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España.

Correspondencia: Dr. José R Escudero Rodríguez. Clínica de Pie Diabético. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Avda. Sant Antoni M. Claret, 167. E-08025 Barcelona. E-mail: jescuderor@hsp.santpau.es

© 2005, ANGIOLOGÍA

implicadas en la patogenia del pie diabético: la neuropatía y la angiopatía. Aunque la secuencia patogénica de las úlceras no se conoce completamente, contribuyen en ella factores externos, como traumatismos, calzado inadecuado, estrés biomecánico a que se somete esta región anatómica, etc. Hay que destacar el papel fundamental que desempeña en muchas ocasiones la infección en la complicación y perpetuación de la úlcera. Por tanto, el pie diabético presenta una patogenia compleja sobre una región anatómica en la que encontramos diversas estructuras: el pie diabético es una encrucijada de diversos procesos que influyen sobre diferentes estructuras.

Esta complejidad del pie diabético y la implicación de diferentes disciplinas en el cuidado de estos pacientes han contribuido a que se haya producido una falta de uniformidad en las estrategias de diagnóstico y tratamiento. Existen diversos estudios que han demostrado que la mejor estrategia consiste en una aproximación multidisciplinar al problema con una organización bien estructurada y con la infraestructura necesaria. El tratamiento del pie diabético, por tanto, debe implicar necesariamente a cada uno de los profesionales que pueden aportar la mejor experiencia en su área de conocimiento.

Clínica de Pie Diabético del Hospital de Sant Pau

Lo que se expone en este apartado son los aspectos fundamentales de la organización y el funcionamiento de la clínica multidisciplinar de nuestro centro, sin pretender su descripción exhaustiva.

La Clínica de Pie Diabético (CPD) del Hospital de Sant Pau, como clínica monográfica multidisciplinar específica se origina a principios del año 2003, a raíz de la puesta en marcha de un proyecto multinacional y multicéntrico europeo denominado Eurodiale. Dicho proyecto tiene como objetivo la superación de las limitaciones de los estudios disponibles hasta el momento y creación de una plataforma mul-

tidisciplinar de investigación en el área de conocimiento del pie diabético. El proyecto, financiado en parte por la UE, cuenta con la colaboración de 14 centros europeos de diferentes países. Hemos de señalar aquí que, a pesar de que la CPD se inició como tal al amparo del proyecto Eurodiale, desde hace más de 20 años los servicios de Cirugía Vascular y Endocrinología colaboraban estrechamente en el tratamiento diario de los pacientes con pie diabético. La creación de la CPD ha sido el fruto de la voluntad decidida de los diferentes miembros del equipo, y de los responsables de cada uno de los servicios (Dres. E. Viver y A. de Leiva).

Profesionales

Los servicios implicados de manera directa en la CPD de nuestro hospital, en este momento, son: Endocrinología y Nutrición, Cirugía Vascular, Cirugía Ortopédica y Traumatología, y Fisioterapia. Los profesionales que comparten la clínica monográfica mensual incluyen un endocrinólogo, un cirujano vascular, un cirujano ortopeda, un podólogo, tres enfermeras y una fisioterapeuta. Debemos señalar que también se produce la participación de otros profesionales con experiencia en otras áreas, aunque de una manera que podríamos calificar de más esporádica. Como ejemplo, estarían las consultas específicas a los especialistas en Enfermedades Infecciosas o de Diagnóstico por la Imagen. Efectivamente, la experiencia de estos profesionales se necesita en muchas ocasiones, aunque de manera más puntual, y deben en todo caso participar en la elaboración de las guías de diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Por tanto, la colaboración multidisciplinar debe producirse basándose en las necesidades específicas que presenta en cada caso el paciente portador de pie diabético.

Organización

El esquema de tratamiento de los pacientes que a continuación describimos es fundamentalmente una organización funcional, en la que la dedicación asisten-

cial de los profesionales implicados se ha intentado adecuar, en la medida que ha sido posible, a las necesidades del paciente. Además, este sistema intenta facilitar la comunicación entre los profesionales, y la toma de decisiones conjuntas. Esto no ha supuesto hasta el momento un aumento de los recursos humanos en ninguno de los servicios implicados, ni tampoco un incremento de las estructuras asistenciales que se utilizan. Todo ello no implica que los miembros del equipo no consideremos que se requiere, además del esfuerzo organizativo, un incremento de los recursos dirigidos al tratamiento del pie diabético, tanto en nuestro centro como probablemente en muchos otros. Lamentablemente, las restricciones económicas del entorno sanitario en el que nos movemos, en la actualidad no han hecho posible que se produzca en nuestro caso un incremento de dichos recursos.

Habitualmente, el primer contacto del paciente portador de un pie diabético con nuestro centro se produce, bien a través del Hospital de Día de Endocrinología, donde se atiende inicialmente por el podólogo, o bien en la consulta convencional o urgente por un cirujano vascular. Sólo en algunos casos de la artropatía de Charcot este contacto tiene lugar a través del traumatólogo. En el caso de que el paciente requiera hospitalización para el tratamiento, éste ingresa habitualmente en Cirugía Vascular, donde se atiende conjuntamente por los profesionales de dicho servicio y de los de Endocrinología. Habitualmente, aquellos pacientes hospitalizados o ambulatorios que presentan un pie isquémico se seguirán posteriormente por el cirujano vascular, mientras que los que presentan un pie neuropático lo son por el podólogo del Servicio de Endocrinología, como profesionales de referencia del paciente específicamente por su patología de pie. El tratamiento integral de la patología médica del paciente es responsabilidad del endocrinólogo, que además participa puntualmente en el control clínico del pie por parte del podólogo.

Durante el período de funcionamiento de nuestra CPD, se ha consolidado el sistema de descarga

mediante la colocación de yesos de contacto, como sistema de descarga de las úlceras plantares en los pies neuropáticos. El paciente puede caminar con apoyo sobre el yeso, al mismo tiempo que se mantiene la descarga de la úlcera, y permite la curación de ésta. Esta técnica se realiza por parte del equipo de enfermería del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, con la supervisión del traumatólogo del equipo, y permite una repartición homogénea de las presiones plantares al caminar. Semanalmente, las enfermeras realizan la medición de la úlcera, la retirada de hiperqueratosis y la limpieza local de la úlcera. El molde de yeso se realiza con almohadillado, material sintético rígido y semirrígido y plantilla de yeso. Una vez colocado este molde, el paciente puede realizar carga total en media hora. Se instruye a los pacientes de la importancia de realizar un buen cuidado del molde para evitar complicaciones.

Durante el período en que se utiliza dicha técnica, el control clínico del paciente se produce principalmente por los profesionales de dicho servicio. Sin embargo, es bien conocido que una mayoría de pacientes presentan un pie neuroisquémico, lo que supone que, según la situación del pie y las necesidades de tratamiento, se consensúe el profesional que realizará en cada caso el tratamiento más inmediato del paciente.

Específicamente, la aportación de la fisioterapeuta del equipo se produce tanto en los pacientes ingresados, como en los que son objeto de control clínico ambulatorio. Dicha profesional es responsable de la valoración y planificación de las actividades de rehabilitación de los pacientes, para la readaptación a las actividades habituales de la vida diaria una vez instaurado el tratamiento médico y/o quirúrgico.

El tratamiento se realiza siempre que sea posible en presencia del familiar que convive con el paciente. Nos parece muy importante, porque así pueden continuar en casa con la misma ideología y objetivos.

Los integrantes de la CPD comparten una clínica monográfica mensual en programación de mañana completa en la consulta externa, en la que se visitan

conjuntamente determinados pacientes, se discuten los aspectos clínicos del caso y se consensúa el plan de diagnóstico y/o tratamiento. Obviamente, no todos los pacientes portadores de pie diabético atendidos por los diferentes profesionales se valoran en dicha consulta. Sólo aquellos en los que a criterio de cualquier miembro del equipo son tributarios de ponerse en común, se citan en dicha consulta. La mencionada clínica concentra aquellos pacientes habitualmente con problemas más complejos, y cuya evolución suele ser menos favorable. Desde principios del 2003 hasta septiembre del 2005 se han realizado 240 visitas conjuntas e incluido 45 pacientes en el estudio Eurodiale.

Valoración de la experiencia

Podemos afirmar que, a través de la experiencia de colaboración multidisciplinar que se ha producido en estos casi tres años de andadura de la CPD, hemos mejorado global e individualmente nuestro conocimiento sobre el tratamiento del pie diabético. La colaboración de diferentes profesionales mejora la comunicación entre ellos, y se traduce en una mejora de la asistencia que prestamos a los pacientes. En este momento, cada paciente recibe en cada caso y en cada momento la atención del profesional que el equipo considera más adecuado para cada una de sus necesidades específicas. Además, se evitan derivaciones innecesarias entre los diferentes servicios, lo que redunda en beneficio del propio paciente. El testimonio que supone el presente manuscrito es prueba del incremento del nivel de satisfacción de los profesionales implicados en la clínica diaria. Sin embargo, debemos añadir que nos queda mucho camino por recorrer con el objetivo de mejorar el tratamiento y la organización de nuestra CPD. Esta voluntad se refleja en el apartado que sigue a continuación.

Conclusiones y futuro

La experiencia de colaboración de un equipo multi-

disciplinar para el tratamiento del pie diabético que ha tenido lugar en nuestro centro se valora conjuntamente por los miembros del grupo como altamente positiva. Hemos podido compartir mutuamente conocimientos específicos aportados por cada uno de los especialistas. Indudablemente, hemos aprendido mucho del conocimiento y experiencia de cada compañero. Esto, sin duda, ha repercutido en una mejor asistencia a los pacientes con esta complicación de la DM. Sin embargo, estamos convencidos de que debemos mejorar muchos aspectos de la clínica multidisciplinar, ya que la experiencia nos ha permitido identificar claramente las áreas de mejora. Debemos incorporar elementos que nos permitan evaluar la calidad asistencial que prestamos mediante la evaluación de parámetros objetivos que nos ayuden a valorar de manera continuada el trabajo que realizamos. Se debe consolidar la clínica multidisciplinar de pie diabético como el marco idóneo donde desarrollar las labores de docencia e investigación en este campo.

Se aproxima en las décadas venideras un incremento muy significativo de la prevalencia de la DM, que muy probablemente pueda alcanzar proporciones epidémicas. Ello generará un aumento indudable de las complicaciones asociadas a la diabetes y, en concreto, de un problema tan complejo como es el pie diabético. Por tanto, es una necesidad ineludible la organización de la asistencia, de manera que optimice y haga lo más eficiente posible su tratamiento. Creemos que se debe avanzar en la implantación de modelos de asistencia que posibiliten la colaboración multidisciplinar, independientemente de su denominación (unidades de pie diabético, programa asistencial, unidad funcional, clínica multidisciplinar, etc.). Hemos aportado aquí nuestra experiencia en una colaboración de este tipo. Sin duda, cada centro debe adaptar la organización a los recursos y especificidades del mismo. Existe un elemento imprescindible para iniciar una experiencia como la que hemos expuesto: la voluntad de los profesionales y de los responsables de los servicios implicados.