

PIE DIABÉTICO DIGITAL

La Revista para el profesional del cuidado y tratamiento del pie diabético



@ SUMARIO

Editorial

Jordi Viadé

Caso Clínico I

Úlcera tórpida en quinto
dedo de un año de
evolución
J.Viadé

Caso Clínico II

Absceso con osteomielitis
en quinto radio
M.Fabbi - J.Royo - J.Viadé

Caso Clínico III

Lesión granulomatosa en
dorso 2º dedo
J L. Reverter - J.Viadé

Entrevista

José Ignacio Rodríguez
Eduardo Simón

La Imagen

Noticias

Artículos, eventos, libros,
cursos, webs

Editor

Jordi Viadé Julià

Consejo Editorial

Alfonso Rodríguez Baeza

Catedrático de anatomía y embriología humana. Facultad de medicina Universidad autónoma de Barcelona.

Josep Royo Serrando

Jefe del servicio de cirugía vascular Hospital Universitario Mútua de Terrassa, (Barcelona)

Francesc Girvent Montllor

Jefe clínico C.O.T Hospital Parc Taulí Sabadell. (Barcelona)

Jordi Asunción Márquez

Coordinador de la Unidad de Pie y Tobillo. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

Joaquim Suñol Sala

Cirujano plástico.Clinica del Pilar. (Barcelona)

Josep Lluís Dolz Jordi

Jefe Clínico. Unidad diagnóstico de Imagen. Hospital Universitario Mútua de Terrassa

Matteo Fabbi

Endocrinólogo. Grupo Capio.Hospital General de Catalunya.Barcelona.

Daniel Figuerola Pino

Endocrinólogo. Director Fundació Rossend Carrasco i Formiguera

Colaboradores

Montserrat Muñoz Tatay

Médico de familia. CAP Valldoreix (Barcelona)

Melcior Lladó Vidal

Podólogo. ADIBA. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Jordi Carbó Perez

Podólogo especialista en diabetes. Pamplona

Didac Mauricio Puente

Jefe clínico Endocrinología y nutrición. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.Badalona.

Xavier Lozano Villegas

Podólogo Terrassa. (Barcelona)

Eduardo Simón Pérez

Podólogo especialista en diabetes. Clínica médico quirúrgica Paracelso. Valladolid

Conchi Caro

Assesora Documental Hospital Universitario Mútua de Terrassa (Barcelona)

Maria Badia

Assesora Documental Hospital Universitario Mútua de Terrassa. (Barcelona)

Diseño y maquetación

Isometrica Artworks

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Piediabeticodigital, es una revista con un enfoque multidisciplinar pensada para ser una herramienta útil para el profesional del cuidado y tratamiento del pie diabético. Consta de unas secciones fijas y otras variables en función de los manuscritos aceptados para su publicación.

Acepta para su publicación on-line trabajos originales, originales breves, artículos de revisión y cartas al director.

La revista, tendrá una periodicidad cuatrimestral: enero, mayo y septiembre.

Las publicaciones aparecidas no podrán ser reproducidas total o parcialmente sin permiso de la revista.

Se puede consultar el contenido de números anteriores en www.revistapiediabetico.com

Aspectos formales del manuscrito

- Envío de originales
- Se acepta para publicación trabajos escritos en castellano y en inglés.
- Los manuscritos deben ser originales y no ser presentados a otra publicación; se enviarán al correo electrónico: en formato Word; las figuras o imágenes se enviarán en formato jpg.

Tipos de publicaciones:

- **Originales:** Trabajos relacionados con cualquier aspecto de Pie diabético surgidos de investigación básica o de estudios clínicos.
- **Revisión:** Revisiones de literatura sobre las subespecialidades de Pie diabético
- **Caso clínico u original breve:** De la misma naturaleza de los originales que por la concreción de sus objetivos o resultados pueden ser publicados de forma menos extensa.
- **Formación continuada:** Sección dedicada a la puesta al día sobre la especialidad.
- **Carta de presentación:** Todos los trabajos deben ir acompañados de una carta de presentación que indique:
 - 1/ La sección de la revista en la que se desea publicar el trabajo;
 - 2/ la explicación de cual es la aportación original y la relevancia de trabajo;
 - 3/ la declaración de que el manuscrito es original y no se encuentra en proceso de evaluación en otra revista científica;
 - 4/ identificación de todos los autor/es del trabajo incluyendo nombre completo, apellidos, dirección postal, centro de trabajo y departamento o subsección; teléfono, y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia.

Estructura de los trabajos

- **Resumen:** Se presentará al principio del documento con una extensión de 250 palabras aproximadamente. Irá seguido de un máximo de 5 palabras clave ordenadas alfabéticamente que describan el contenido del manuscrito, se recomienda utilizar los términos incluidos en el Medical Subject Headings del Medline.

- **Texto principal:** los originales seguirán la estructura IMRYD (Introducción, Material o Métodos, Resultados y Discusión o Conclusiones) o para las revisiones Introducción, Desarrollo y Conclusiones).

- **Referencias bibliográficas:** se numerarán consecutivamente en superíndice y números arábigos dentro del texto, se listarán correlativamente al final del artículo. Se seguirá el estilo Vancouver.

Se citaran todos los autores si son seis o menos, si son siete o más; citar solo los seis primeros y et al. Los títulos de las revistas se abreviarán según las normas de Medline.

Ejemplos de referencias:

Artículo de revista: M. Balsells, J. Viadé, M. Millán, J.R. García, L. García-Pascual, C. del Pozo, J. Anglada.

Prevalence of osteomyelitis in non-healing diabetic foot ulcers: usefulness of radiologic and scintigraphic findings.

Diab Res Clin

Pract 1997; 38: 123-127.

Libro: Viadé, J; Pie Diabético "Guía práctica para la evaluación, diagnóstico y tratamiento" Editorial Panamericana. 2006

ISBN: 84-7903-405X

Capítulo de libro: L. García, M. Millán, C. del Pozo. Neuropatía diabética.

En: Associació Catalana de Diabetis, ed. Diabetes

Mellitus, 1a. ed. Barcelona: Edicions El Mèdol, 1996:507-526.

Página en internet:

Buscador de revistas médicas en Internet. Granada: Departamento de Histología. Univeridad de Granada

[actualizado 30 octubre 1998; citado 3 noviembre 1998] Disponible en:

Artículo de revista en formato electrónico:

Berger A, Smith R. New Technologies in medicine and medical journals. BMJ [edición electrónica]. 1999 [citado 14 enero 2000];319:

[aprox 1 pág.]. Disponible en:

Tablas: deben ir numeradas de manera consecutiva, en el mismo orden que son citadas, las tablas no deben contener líneas interiores ni horizontales ni verticales.

Las explicaciones se deben incluir en nota a pie de tabla explicando todas las abreviaturas inusuales.

Agradecimientos: Se reseñaran las aportaciones que no pueden ser consideradas autoría.

Editorial

No todo van a ser malas noticias, pues llevamos muchos meses con noticias negativas, pues parece que en este primer trimestre ha cambiado el rumbo negativo. Tenemos noticias de que en dos centros hospitalarios van a incluir en su cartera de servicios el abordaje al pie diabético.

Uno, es en un hospital general, inaugurado en el pasado mes de febrero, otros están en fase de selección de profesionales y en otro centro donde cabía la posibilidad de cerrar la unidad no lo han hecho y van a continuar con la unidad de pie diabético abierta, todo un reto con los tiempos que corren!!!

Otra buena noticia, es que la sociedad española de diabetes, ha incluido en sus grupos de trabajo al Pie diabético, y esto que en su congreso anual brillan por su ausencia los trabajos que se presentan sobre el tema. A ver si a partir de aquí hay un punto de inflexión para cambiar esta tendencia. Otra muy buena noticia para nuestro colectivo, es la aparición de un nuevo libro de editorial médica Panamericana "Pie Diabético: Guía para la práctica clínica", en donde un grupo de profesionales implicados en el pie diabético, y la mayoría colaboradores de nuestra revista son sus autores. Esperamos que tenga como mínimo el mismo éxito que la primera edición del año 2006.

BBraun, sponsor de Pie Diabético Digital, ha puesto en marcha el pasado mes de abril un curso de posgrado on-line de pie diabético con un número de matriculas, en su primera edición para 600 profesionales.

También observamos una tendencia positiva para incluir el pie diabético como tema preferente en varios congresos o reuniones (SEHER, CECOT etc.), factor que nos enorgullece y nos da esperanzas en alcanzar el protagonismo que realmente debe tener. A principios de mayo, varios miembros del consejo editorial, tuvimos la oportunidad de participar en la primera jornada de pie diabético, en Valladolid en el hospital Rio Hortega, y que contó con una participación de mas de 150 profesionales sanitarios de toda la comunidad.

En cuanto a la revista, seguimos una línea ascendente de conexiones que gira alrededor de 30/40 visitas por día, y con una subscripción de 1100 personas. Ya podéis ver que seguimos con el formato de publicar más casos clínicos que trabajos originales. Desde aquí os invito a enviar trabajos para publicar.

Para terminar quiero recordaros que el próximo mes de septiembre (20-22), en Sitges se celebrará el congreso anual del Diabetic Foot Study Group.

Buen verano!!!



Jordi Viadé, Editor

Úlcera tórpida en quinto dedo de un año de evolución

Jordi Viadé Julià

Podólogo. Unidad de pie Diabético. Servicio de endocrinología.
Hospital universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

Paciente de 67 años, diabética tipo 1, que acude por presentar lesión en dorso del quinto dedo pie derecho de un año de evolución (Figura 1).

Hace tres días, acudió a urgencias de un hospital al estar de viaje, en donde se prescribió doxiciclina 100 mg/12h. Aporta radiografía en donde no se muestran imágenes concluyentes de osteomielitis.

Exploración

Pulsos pedio y tibial posterior presentes, sensibilidad es (pin-prick, diapasón **Rydel Seiffer** y monofilamento **SEMMES-WEINSTEIN** de 5.07) ausentes.

Úlcera con abundante esfacelo, con test de contacto óseo positivo.



Fig.1

Se realiza exéresis (Figura 2) de todo es tejido esfacelado y necrótico, quedando la falange expuesta.



Fig.2

Se practica biopsia osea y legrado de restos desvitalizados y se remiten muestras para estudio microbiológico y se aproximan bordes con tiras adhesivas, (Figura 3) dejando un pequeño drenaje durante 24 horas.

Se prescribe, de forma empírica Clindamicina 300 mg/8 horas v.o mas ciprofloxacino 750 mg/12 h v.o y se suspende doxiciclina.; Cura tópica con povidona. Reposo.



Fig.3

A las 48 horas se realiza la primera cura, mostrando buen aspecto; (Figura 3), se procede a cambiar las tiras de aproximación. (Figura 4) Cura tópica igual. El resultado del cultivo fue **Escherichia coli** y **Enterococcus faecalis** sensible a Amoxicilina.



Fig.4

Se cambió el tratamiento antibiótico por Amoxicilina/ac clavulánico 875/125 cada 8 horas v.o durante 4 semanas. Siguió curas en su domicilio cada 24 horas y control por la unidad de pie diabético cada semana.

Aspecto del dedo tras 4 semanas de tratamiento. (Figura 5,5a).



Fig.5



Fig.5a

Fue alta al cabo de 7 semanas. (Figura 6).



Fig.6

J.Viadé • J.Royo

Pie Diabético

Guía para la práctica clínica

2ª EDICIÓN



Compra tu ejemplar Online

35€ *gastos de envío incluidos. (*territorio nacional)

Para comprarlo entra la tienda : www.revistapiediabetico.com



EDITORIAL MEDICA
panamericana

Absceso con osteomielitis en quinto radio

Matteo Fabbi *- Jordi Viadé Julià ** - Josep Royo Serrando***

*Adjunto endocrinología. Capiro. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallés.

**Podólogo. Unidad de pie Diabético. Servicio de endocrinología. Hospital universitario Germans Trias i Pujol. Badalona.

*** Jefe de servicio cirugía vascular y endovascular. Hospital universitari Mútua de Terrassa. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. (Barcelona)

Paciente de 49 años con Diabetes mellitus conocida desde hace unos 3 años. Sigue tratamiento con insulina Levemir , Diamicrón y metformina.

Retinopatía diabética. Polineuropatía diabética. En los últimos 3 años ha presentado ulceraciones en ambos pies. Ingresa por fiebre e infección pie con absceso y osteomielitis 5 radio pie derecho. (Figura 1)



Fig.1

P. 80 Kg. T. 172 cm. TA 130/60. Temperatura axilar 38°. No tiroides palpable. Cor. Regular 80 x min, sin soplos. AR: anodina. PPL negativa. Pulsos periféricos bien palpables. ECG: ritmo sinusal. Sin alteraciones destacables
Analítica: glucemia 229'4, HbA1c 9, creatinina 1'0, PCR 15 mg/L.

Hace una semana acudió a la unidad de pie diabético por presentar úlcera infectada y osteitis en 5 radio pie derecho. Tras tratamiento antibiótico y desbridamiento presentó mala evolución con absceso y exposición ósea del quinto metatarsiano. (Figura 2)



Fig.2

Una vez estabilizado, se realizó legrado de la úlcera con exéresis parcial de la diáfisis del 5 metatarsiano con aproximación de los bordes dejando un drenaje latero lateral. Se remitieron fragmentos óseos para cultivo microbiológico. (Figuras 3 y 3 a)



Fig.3



Fig,3a

El resultado del cultivo fue: Staphylococcus epidermidis sensible a linezolid y Enterococcus faecalis sensible a la ampicilina.

Durante el ingreso la ulcera presentó buena evolución (Figura 4)

Al cabo de 12 días de ingreso, fue alta hospitalaria (sutura en orden sin signos de inflamación). Se confecciono un plastic cast para evitar el apoyo en la zona de la sutura. Cura tópica (limpieza con polihexanida alternando con povidona) cada 3 días en su domicilio y control por la unidad de pie diabético cada semana.



Fig.4

Utilizó el plastic cast durante un mes; luego fué sustituido por fieltro adhesivo (control del varo lateral externo pie), hasta la total cicatrización.

Imagen radiológica del estado del pie post legrado. (Figura 5).



Fig.5

La lesión cicatrizó completamente al cabo de 2 meses. (figuras 6 y 6 a).



Fig.6



Fig.6a

Comentarios

A cabo de un año (Figura 7), el paciente sigue sin ulcera y utilizando fieltros adhesivos (no quiere utilizar soportes plantares), el pie se ha deformado y el riesgo de re ulceración es muy alto. Es un tema a considerar, pues los pacientes sometidos a estos micro tratamientos quirúrgicos, un riesgo a tener muy presente es la deformidad lo que conlleva un alto riesgo de ulceración.



Fig.7



Linovera® emulsión

Prevención úlceras vasculares y Pie diabético

- Alta concentración AGHO (Ac. Linoleico superior al 60%)
- Aloe Vera
- Centella Asiática
- Gingko Biloba
- Envase "Airless" Anticontaminación

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Lesión granulomatosa en dorso 2ª dedo

J L. Reverter Calatayud, J. Viadé Julià

Unitat de Peu diabètic. Servei d'Endocrinologia i Nutrició.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Paciente de 75 años, con Diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución. Insulinizada desde hace mas de 15 años Control metabólico subóptimo.(HbA_{1c} 7-8%) Retinopatía diabética proliferativa fotocoagulada, polineuropatía diabética sensitiva simétrica distal, hipertensión arterial en tratamiento, intervenida de prótesis de cadera, osteoporosis, hiperuricemia, asma bronquial, esteatosis hepática, Psoriasis.

Alergia a clindamicina. Presentó una reacción cutánea tras la administración de ciprofloxacino en las últimas semanas.

Como antecedentes podológicos a destacar: Artritis de la articulación metatarso-falángica del tercer dedo con destrucción ósea de la cabeza del metatarsiano y de la base de la primera falange. Desde hace dos meses, lesión granulomatosa en dorso segundo dedo pie izquierdo (**Figura 1**), que fue tratada con ciprofloxacino oral 500 mg/12 horas desde hace dos semanas. Siguió curas tópicas diarias con apósito antiadherente de plata.

En la radiografía (**Figura 2**) se observa subluxación de la articulación interfalángica proximal del segundo dedo con signos de osteomielitis en la cabeza, metáfisis y diáfisis de la primera falange.



Fig.1



Fig.2

Exploración

Pulsos presentes, sensibilidades muy disminuidas.

Análisis VSG 83 PCR 8.22. No leucocitosis.

Lesión granulomatosa falange media segundo dedo pie izquierdo. Test contacto óseo negativo.

Se decide realizar limpieza quirúrgica, por ello se ingresa de forma programada, 24 horas

Procedimiento quirúrgico

Bajo anestesia local troncular del segundo dedo con mevipicaina al 2% se practica exéresis del granuloma y legrado de la cavidad séptica para dejando un pequeño drenaje tipo penrouse durante 48 horas. Sutura de aproximación.

(Figura 3) Se remiten los restos de fragmento óseo para estudio microbiológico. Durante el ingreso se administró Amoxicilina/acido clavulánico via IV. La paciente se mantuvo estable, y afebril, sin signos de sangrado en vendaje y con buena recuperación capilar.



Fig.3

En el cultivo bacteriológico, se aísla *Staphylococcus aureus*:

Penicilina R

Oxacilina R

Eritromicina S

Rifampicina S

Clindamicina S

Vancomicina S

Trimetoprim/Sulfametoxazol S

Mupirocina S

Se inicia tratamiento con Septrin Forte® 2-0-2

Al cabo de una semana, (Figura 4) acude por nauseas que atribuye al antibiótico. Se suspende el tratamiento.



Fig.4

Ante los antecedentes de supuesta alergia a la clindamicina, la intolerancia al Trimetroprim/Sulfametoxazol, se plantea la posibilidad de administrar una quinolona de última generación. La reacción cutánea previa no la condicionaba por no haberse descartado una relación causal evidente y en todo caso fue un proceso leve. La única opción oral era la rifampicina mucho más tóxica. Por este motivo se decidió administrar levofloxacin. 500mg/24.

La ulcera evolucionó correctamente.

A las dos semanas se retiraron los puntos. (Figura 5)

Imagen al cabo de 6 semanas. (Figura 6)



Fig.5



Fig.6

PRONTOSAN®

*Producto de elección en la limpieza y descontaminación
de úlceras de pie diabético*



Línea directa

900 300 023

*Preparación del lecho de la herida
Control de la Infección
Reducción tiempos de cicatrización*

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



José Ignacio Rodríguez Mateos Eduardo Simón Pérez

Hoy nuestra entrevista va a ser compartida, pues aprovechando la asistencia a la 1ª Jornada de Pie Diabético en el hospital universitario Río Hortega de Valladolid, hemos entrevistado a sus principales organizadores, José Ignacio Rodríguez Mateos, cirujano plástico, del servicio de cirugía plástica, reconstructiva y quemados del hospital Río Hortega de Valladolid y Eduardo Simón Pérez diplomado en Podología, y postgraduado en pie diabético, y que realiza su actividad profesional en la clínica medica quirúrgica Paracelso, también de Valladolid.

¿Que valoración hacéis de la jornada celebrada hoy?

José Ignacio: Positiva a tope, hay que repetirla. Estos eventos son muy enriquecedores, para todos, pues sirven para intercambiar experiencias, para seguir avanzando.

Eduardo: Muy positiva, pues siempre que se organiza algo y se consiguen los objetivos no se puede pedir más, pues la gran acogida que tuvo el curso, hizo que tuviéramos que cerrar las inscripciones una semana antes de celebrarse el curso. La asistencia de numerosas especialidades implicadas, desde medicina de familia, enfermería, endocrinología, cirugía plástica, residentes de distintas especialidades, podólogos etc. Esto hace que la valoración sea muy alta y nos de fuerza para en un futuro celebrar otra jornada; De esta forma vamos sumando y tirando hacia delante.

Cuanto tiempo lleva dedicado a la cirugía plástica?

José Ignacio: Pues cinco años de residente y siete de adjunto, en total doce años.

Cómo surgió este interés por el pie diabético?

José Ignacio: Eduardo tiene la culpa, pues fue el quien me introdujo en este mundo del pie diabético y a partir de ahí me empezaron a interesar estos temas, que hasta entonces los tenía un poco al margen

Cree que el hospital tiene la suficiente implicación por el tema del pie diabético?

Eduardo: Bueno, la implicación es relativa, se basa en que hay gente que debe de empujar, no es una implicación del hospital, se trata de que diferentes profesionales tengan interés y voluntad en intentar mejorar la forma de tratamiento de esta patología.

De quien depende en su hospital la unidad de pie diabético?

José Ignacio: El servicio esta dividido en secciones, cirugía de la mano, extremidades y pie diabético

En su hospital hay un equipo interdisciplinar que se haga cargo del pie diabético?

José Ignacio: No tenemos equipo interdisciplinar, tenga en cuenta que nuestro hospital no cuenta con servicio de cirugía vascular ni podología, puesto que esta no se encuentra reconocida en Castilla y León, en las prestaciones publicas.

Por ello el objetivo principal de estas jornadas y reuniones científicas es estimular a los gerentes y directores médicos para formar equipos multidisciplinares para tratar esta patología.

Para cuando esta previsto la inclusión de la unidad de pie diabético con podólogo en el hospital Rio Hortega?

Eduardo: En principio no esta prevista ninguna fecha en concreto, pero si que des de ha ce tiempo estamos luchando ara conseguirlo.

Ya como profesional externo del hospital; Que tipo de metodología sigues para el abordaje del pie diabético?

Eduardo: A día de hoy lo que me dedico al pie diabético, es a la prevención, realizando cribages, neuroisquemicos, para evaluar riesgo en la clínica medico quirúrgica Paracelso. También realizamos tratamiento de úlceras neuropáticas, mediante descargas de fieltro, silicona o férulas; Si el problema es de mas importante, presencia de osteomielitis o ulcera con gran destrucción de tejido, el abordaje lo realizamos junto con el servicio de cirugía plástica del hospital Rio Hortega, con el Dr. J: Ignacio Rodríguez

Muchas gracias a los dos y felicidades por el éxito conseguido en esta 1ª Jornada de Pie Diabético, y a ver si pronto nos podeis dar la noticia de la inauguración de la unidad de pie diabético del Hospital Rio Ortega.



**¡RESERVA
LAS
FECHAS!**

III Congreso de la
Sociedad Española
de Heridas
SEHER 2013

Toledo

21 al 23 noviembre

Palacio de Congresos de Toledo



Paciente diabetico de larga evolución, que presenta hematoma en dedo espontaneo por rotura capilar.



Clínica del Pie Diabético
www.peudiabetic.com

ATENCIÓN INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO
CONSULTORIO
HOSPITAL

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA DEL PIE

PROGRAMA DE DESPISTAJE
DETECCIÓN PRECOZ DE LA VASCULOPATÍA
DOPPLER ARTERIAL
EVALUACIÓN SENSIBILIDADES
ANÁLISIS BIOMECÁNICO

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADO:
PIE DE CHARCOT
ORTÉISIS ESPECÍFICAS
CALZADOTERAPIA

EQUIPO
PODÓLOGO ESPECIALISTA EN PIE DIABÉTICO
CIRUJANO VASCULAR (Especialista en microcirugía)
ENDOCRINÓLOGO ESPECIALISTA EN PIE DIABÉTICO
CIRUJANO ORTOPÉDICO

Artículos

Department of Nuclear Medicine and Radiology, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, Bronx, NY 11040, USA. Lee C. Rogers, DPM,^a George Andros, MD,^a Joseph Caporusso, DPM,^b Semin Nucl Med. 2009 Jan;39(1):52-65. doi: 10.1053

Resumen

Hasta un 25% de la población diabética corre el riesgo de desarrollar una úlcera en el pie. Estas úlceras servir como puerta de entrada para la osteomielitis y cubren más del 90% de los casos de osteomielitis en el pie diabético. El diagnóstico de osteomielitis a menudo se pasa por alto, y estudios por imágenes son una parte esencial de la evaluación. Hay pocos datos disponibles sobre la emisión de fotón único tomografía computarizada / tomografía computarizada. Probablemente será útil en el medio y retropié, pero no en el antepié, dado el pequeño tamaño de las estructuras, su valor es menos seguro. Los datos sobre la (18) F-FDG tomografía por emisión de positrones y la tomografía por emisión de positrones / computarizada son limitadas y no concluyentes, y se precisa seguir investigando.

Eventos y cursos

XIII Congreso Latinoamericano de Pie Diabético y Heridas

1 y 2 de Junio 2013
Buenos Aires, Argentina
www.fuedin.org

International Course on Diabetic Foot. Osteomyelitis in diabetic foot: medical and surgical treatment.

Florenca (Italia). 7-8 Junio 2013
<http://www.icdf2013.com/> ICDF 2013

DFSG 11th Scientific Meeting

20-22 September 2013 SITGES (Barcelona)
www.dfsg.org

SEHER Sociedad Española de Heridas

20,21 y 22 noviembre 2013 Madrid
www.seherweb.org

VI Congreso Iberoamericano sobre Úlceras y Heridas SILAUHE

23, 24 y 25 de octubre de 2013 · Santiago de Chile
www.silauhe.org

Diabetic Food Global Conference 2014

Los Angeles USA
www.DFCon.com

The 7th International Symposium on the Diabetic Foot

May 19th till 23rd 2015. Noordwijkerhout.
www.diabeticfoot.nl

Libros

Pie Diabético: Guía para la práctica clínica

J.Viadé Julià – J.Royo Serrando . Editorial Médica Panamericana. ISBN:978-84-9835-712-7

Uma Abordagem Multidisciplinar sobre Pie Diabético

Fabio Batista. Editora: Andreoli. ISBN: 9788560416110

A Practical Manual of Diabetic Foot Care.

Michael E.Edmonds - Foster - Sanders. Wiley-Blackwell ISBN: 9781405161473

Pie Diabético. Guía práctica para la prevención, evaluación y tratamiento.

J. Viadé. Editorial médica Panamericana.(2006) ISBN:84-7903-405-X.

The Foot in Diabetes. Andrew Boulton , Peter Cavanagh , Gerry Rayman.

Wiley; 4 edition (2006).ISBN-10: 0470015047.

The Diabetic Foot: Medical and Surgical Management

Aristidis Veves, Frank W. LoGerfo, John M. Giurini. (2002). ISBN 0896039250

El Pie Diabético. Aragón, F.J. / Ortiz Remacha, P.P. Elsevier-Masson (2001).

ISBN: 844581027-8

Atlas of the Diabetic Foot (WILEY) Katsilambros, N. - Dounis, E. - Makrilakis, K. - Tentolouris, N. - Tsapogas, P.

ISBN: 13 9781405191791

Diagnostico y Tratamiento de las Infecciones del Pie Diabético (ARAN) de Alcala, D.

ISBN: 13 9788492977079

The High Risk Diabetic Foot. Treatment and prevention. Lavery, Lawrence - Peters, Edgar - Bush, Rush

ISBN: 13 9781420083019

Uma Abordagem Multidisciplinar sobre pé diabético. Fábio Batista. Editora: Andreoli.

ISBN: 9788560416110

Diabetic Foot Management around the world - expert surgeon's point of view

1a. EDIÇÃO; Ed. ANDREOLI, SÃO PAULO, BRASIL

ISBN: 978-85-60416-23-3

Revistas

The Diabetic Foot Journal

www.diabeticfootjournal.com

Angiologia

www.angiologia.es

Websites

Sociedad Española de Diabetes

www.sediabetes.org

International Working Group on the Diabetic Foot

www.iwgdf.org

The International Diabetes Federation

www.idf.org

Sociedad Española de Cirugía Vascular

www.seacv.es

SEHER Sociedad Española de Heridas

www.sociedadspanolaheridas.es



B | BRAUN

SHARING EXPERTISE



Clínica del Pie Diabético
www.peudiabetic.com

PIE DIABÉTICO DIGITAL

La Revista para el profesional del cuidado y tratamiento del pie diabético

@ SUMARIO

Editorial

Jordi Viadé

Casos Clínicos

Entrevista

La Imagen

Noticias

Artículos, eventos, libros,
cursos, webs

PRÓXIMO NÚMERO