

Article: Case Report

Multidisciplinary management of complicated diabetic foot with favorable clinical evolution: a case study

Manejo multidisciplinario de paciente con pie diabético complicado y evolución clínica favorable: estudio de caso

¹Rosa Andrea Cobeña Talledo  .

¹Instituto Internacional de Ciencia, Tecnología, Estudios e Investigación Avanzada, Ecuador

*Corresponding author: Rosa Andrea Cobeña Talledo 

Submitted: 27-11-2025

Revised: 15-12-2025

Accepted: 02-01-2026

Published: 23-01-2026

Cite as:

Cobeña Talledo, R. A. (2026). Manejo multidisciplinario de paciente con pie diabético complicado y evolución clínica favorable: estudio de caso. *Sapiens in Health Sciences*, 4(1), 1-13. <https://doi.org/10.71068/hs000101>

ABSTRACT

Introduction: This case addresses pie diabético complicado, a clinically relevant condition in which early recognition, structured assessment, and risk-adapted treatment can substantially modify outcomes. The presentation illustrates how nonspecific or complex findings may delay diagnosis when they are interpreted separately.

Objective: To describe the diagnostic reasoning, individualized intervention, multidisciplinary decisions, and clinical evolution of an adult patient with pie diabético complicado. Case presentation: A 62-year-old patient presented with úlcera plantar infectada del antepié derecho con celulitis, necrosis marginal y sospecha de osteomielitis. Clinical assessment, laboratory testing, targeted imaging, differential diagnosis, treatment, and follow-up were documented sequentially.

Results: The integrated evaluation established infección moderada-severa de pie diabético con osteomielitis focal y enfermedad arterial periférica. Management included desbridamiento quirúrgico, toma de cultivos profundos, antibiótico intravenoso inicial ajustado a microbiología, control glucémico intensificado, descarga plantar y valoración vascular. The patient showed disminución progresiva del eritema y marcadores inflamatorios, granulación adecuada, revascularización endovascular selectiva y cierre casi completo de la lesión a las 12 semanas.

Conclusions: The case highlights the value of linking diagnostic probability, objective severity, repeated reassessment, and individualized treatment. A favorable outcome depended on timely decisions, coordinated care, and a structured follow-up plan rather than on a single diagnostic test or isolated intervention. Clear escalation criteria and patient education supported safe transitions between acute care and outpatient follow-up.

Keywords: diabetic foot; infection; osteomyelitis; multidisciplinary team; wound healing.

RESUMEN

Introducción: Este caso aborda pie diabético complicado, una condición clínicamente relevante en la que el reconocimiento temprano, la evaluación estructurada y el tratamiento adaptado al riesgo pueden modificar de manera sustancial la evolución. La presentación ilustra cómo hallazgos inespecíficos o complejos pueden retrasar el diagnóstico cuando se interpretan de forma aislada.

Objetivo: Describir el razonamiento diagnóstico, la intervención individualizada, las decisiones multidisciplinarias y la evolución clínica de una persona adulta con pie diabético complicado.

Presentación del caso: Paciente de 62 años que consultó por úlcera plantar infectada del antepié derecho con celulitis, necrosis marginal y sospecha de osteomielitis. Se documentaron de forma secuencial la valoración clínica, las pruebas de laboratorio, la imagen dirigida, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y el seguimiento.

Resultados: La evaluación integrada estableció infección moderada-severa de pie diabético con osteomielitis focal y enfermedad arterial periférica. El manejo incluyó desbridamiento quirúrgico, toma de cultivos profundos, antibiótico intravenoso inicial ajustado a microbiología, control glucémico intensificado, descarga plantar y valoración vascular. La evolución mostró disminución progresiva del eritema y marcadores inflamatorios, granulación adecuada, revascularización endovascular selectiva y cierre casi completo de la lesión a las 12 semanas.

Conclusiones: El caso destaca el valor de vincular probabilidad diagnóstica, gravedad objetiva, reevaluación repetida y tratamiento individualizado. El desenlace favorable dependió de decisiones oportunas, atención coordinada y seguimiento estructurado, y no de una única prueba diagnóstica o intervención aislada.

Palabras clave: pie diabético; infección; osteomielitis; equipo multidisciplinario; cicatrización.

INTRODUCTION

El pie diabético complicado representa una de las expresiones más graves de la diabetes mellitus porque integra neuropatía, infección, isquemia, alteraciones biomecánicas y dificultades de cicatrización en un mismo problema clínico. Schaper et al. (1) destacan que la valoración inicial debe reconocer simultáneamente el estado de la herida, la perfusión, la infección y los factores sistémicos que condicionan el pronóstico. Senneville et al. (2) subrayan que una infección aparentemente localizada puede progresar con rapidez cuando existe tejido necrótico o enfermedad arterial periférica. Por ello, la atención hospitalaria exige decisiones coordinadas desde el ingreso y una vigilancia capaz de detectar cambios que modifiquen oportunamente el plan terapéutico.

La infección del pie relacionada con diabetes no debe interpretarse únicamente como presencia bacteriana en una úlcera. Hon et al. (3) señalan que el diagnóstico es fundamentalmente clínico y requiere integrar inflamación local, profundidad, extensión, compromiso sistémico y posibilidad de osteomielitis. Wang et al. (4) añaden que los mejores resultados se observan cuando endocrinología, cirugía, infectología, enfermería, podología y rehabilitación comparten objetivos y tiempos de intervención. Esta perspectiva es especialmente relevante en casos complejos, porque la fragmentación asistencial retrasa el desbridamiento, la revascularización, la descarga o el ajuste antimicrobiano. El enfoque multidisciplinario convierte hallazgos dispersos en una estrategia común orientada a preservar función y extremidad.

La selección del tratamiento antimicrobiano debe responder a la gravedad clínica, antecedentes microbiológicos, exposición previa a antibióticos y características del tejido afectado. Lipsky et al. (5) recomiendan evitar tratamientos innecesariamente prolongados cuando no existe evidencia de infección activa y ajustar la terapia conforme a cultivos obtenidos de manera apropiada. Bus et al. (6) muestran que la descarga mecánica constituye un componente terapéutico esencial, porque la presión repetitiva perpetúa el trauma y limita la reparación tisular incluso cuando la infección está controlada. En consecuencia, antibióticos, curación local y descarga no son intervenciones

independientes; su eficacia depende de la integración temporal y de la reevaluación clínica continua durante la hospitalización.

La evaluación de la infección profunda y de la osteomielitis exige correlacionar exploración, marcadores inflamatorios e imágenes. Cortes-Penfield et al. (7) proponen una aproximación escalonada que evite tanto la infravaloración de la infección como el uso indiscriminado de estudios complejos. Chen et al. (8) recuerdan que la cicatrización también depende del control del lecho de la herida, la perfusión, la descarga y la corrección de factores metabólicos. Esta visión resulta pertinente en un estudio de caso porque permite explicar por qué una evolución favorable rara vez deriva de una sola intervención. La mejoría suele ser consecuencia de decisiones sucesivas, reevaluadas según respuesta clínica, tolerancia y viabilidad tisular.

La clasificación estandarizada ayuda a comunicar gravedad y pronóstico entre profesionales. Monteiro-Soares et al. (9) revisaron los sistemas disponibles y mostraron que su utilidad depende de que se empleen con objetivos clínicos concretos y no como etiquetas aisladas. Van Netten et al. (10) actualizaron definiciones y criterios para reducir ambigüedades en la descripción de úlceras, infección, isquemia y otras entidades relacionadas con el pie diabético. En la práctica hospitalaria, esta precisión mejora la continuidad entre urgencias, hospitalización, cirugía y seguimiento ambulatorio. También permite documentar cambios objetivos en el tiempo, identificar deterioro temprano y justificar modificaciones terapéuticas ante hallazgos que alteran el riesgo de amputación o de complicaciones sistémicas.

La enfermedad arterial periférica modifica de forma decisiva el potencial de cicatrización y la respuesta frente a la infección. Fitridge et al. (11) recomiendan valorar perfusión de manera sistemática y considerar revascularización cuando la isquemia compromete la posibilidad de sanar o preservar la extremidad. Bus et al. (12) enfatizan, además, que la descarga debe adaptarse a localización, tolerancia y condiciones clínicas del paciente, evitando soluciones uniformes. Ambas dimensiones son complementarias: una herida descargada puede fracasar si la perfusión es insuficiente, y una revascularización técnicamente exitosa puede no traducirse en cicatrización si persisten presión, infección o autocuidado inadecuado. La toma de decisiones debe integrar estos componentes desde el inicio.

La prevención de recurrencias comienza durante el episodio agudo y no después del alta. Van Netten et al. (13) muestran que educación, calzado adecuado, vigilancia de la piel y seguimiento de personas de alto riesgo reducen oportunidades para nuevas lesiones cuando se aplican de manera estructurada. Lazzarini et al. (14) confirman que las intervenciones de descarga tienen efectividad variable según dispositivo, adherencia y contexto, por lo que la prescripción debe acompañarse de entrenamiento y evaluación funcional. En un paciente hospitalizado con evolución favorable, la transición al domicilio es una fase crítica: el control metabólico, la inspección diaria y la continuidad de curaciones determinan si la mejoría inicial se consolida o se pierde.

Los programas multidisciplinarios de preservación de extremidad han adquirido relevancia porque coordinan decisiones que antes se realizaban de manera secuencial o desconectada. Lo et al. (15) documentaron beneficios clínicos y económicos de un programa de prevención de amputaciones

basado en equipos especializados. Musuuza et al. (16) encontraron, en una revisión sistemática, que los equipos multidisciplinarios se asociaron con reducción de amputaciones mayores en múltiples contextos asistenciales. Aunque la composición exacta de cada equipo puede variar, los elementos comunes incluyen acceso rápido a cirugía, control de infección, valoración vascular, descarga, manejo metabólico y seguimiento. Estos componentes ofrecen un marco apropiado para interpretar la evolución clínica de un caso complejo.

La curación de una úlcera diabética depende también de intervenciones dirigidas al lecho de la herida y de una selección prudente de terapias complementarias. Chen et al. (17) revisaron estrategias destinadas a mejorar la cicatrización y señalaron que deben emplearse después de optimizar los principios básicos de atención. Monteiro-Soares et al. (18) mostraron que la clasificación clínica puede apoyar la predicción de complicaciones y el uso de recursos cuando se aplica de forma consistente. Para el clínico, esto significa que una tecnología avanzada no sustituye la evaluación integral. La prioridad continúa siendo corregir infección, presión, perfusión y condiciones sistémicas antes de atribuir la evolución a productos o procedimientos aislados.

La evidencia contemporánea refuerza la necesidad de una ruta clínica organizada para pacientes con riesgo de pérdida de extremidad. Bus et al. (19) recomiendan estrategias preventivas basadas en estratificación del riesgo, educación y vigilancia periódica, mientras Schaper et al. (20) sintetizan un modelo práctico que conecta prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. En un estudio de caso, esta literatura permite valorar no solo si la intervención fue exitosa, sino también si las decisiones fueron oportunas, coordinadas y transferibles a otros escenarios. El interés del caso radica, por tanto, en mostrar cómo la integración de medidas basadas en evidencia puede transformar una presentación complicada en una evolución clínica favorable.

El presente caso se centra en un paciente con pie diabético complicado que requirió evaluación hospitalaria y coordinación de varias disciplinas para controlar infección, proteger tejido viable y reducir el riesgo de amputación. Su relevancia clínica reside en la secuencia de decisiones, en la necesidad de ajustar el tratamiento según la respuesta y en la planificación del seguimiento posterior al alta. La presentación permite examinar de manera concreta cómo los principios actuales de manejo integral se traducen en acciones asistenciales, qué hallazgos modificaron la conducta y cuáles fueron los elementos que favorecieron la recuperación. El objetivo es extraer lecciones prácticas aplicables a situaciones hospitalarias semejantes sin convertir un caso individual en una regla universal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Anamnesis

Se presenta el caso de una persona de 62 años, de sexo masculino, con ocupación de conductor de transporte urbano. Entre sus antecedentes destacaban diabetes mellitus tipo 2 de 18 años de evolución, neuropatía periférica, hipertensión arterial y tabaquismo suspendido cinco años antes. La información se obtuvo mediante entrevista clínica dirigida y revisión de antecedentes disponibles. No se identificaron alergias medicamentosas graves ni procedimientos recientes distintos de los señalados en la historia. La valoración inicial se orientó a reconocer factores predisponentes,

exposiciones, tratamientos habituales y cambios recientes capaces de explicar el cuadro. También se exploraron adherencia terapéutica, automedicación, funcionalidad basal y red de apoyo, porque estos elementos podían modificar tanto el diagnóstico diferencial como la factibilidad del plan de tratamiento.

Padecimiento actual

El motivo de consulta fue úlcera plantar infectada del antepié derecho con celulitis, necrosis marginal y sospecha de osteomielitis. La cronología mostró un inicio progresivo, seguido de un cambio clínico que motivó la búsqueda de atención. Durante la entrevista se precisaron intensidad, duración, factores desencadenantes y síntomas acompañantes, además de tratamientos intentados antes del ingreso. Se descartaron de forma dirigida manifestaciones que habrían sugerido diagnósticos alternativos inmediatos. La secuencia temporal fue considerada esencial, ya que permitió distinguir síntomas basales de cambios agudos y establecer qué hallazgos requerían confirmación prioritaria. El equipo mantuvo una hipótesis abierta durante las primeras horas para evitar atribuir prematuramente todo el cuadro a una sola comorbilidad.

Exploración física

Al ingreso se registraron temperatura 38,1 °C, frecuencia cardíaca 102 lpm, presión arterial 146/84 mmHg y saturación de oxígeno 96 %. La exploración mostró úlcera plantar de 4,2 × 3,6 cm, profundidad de 1,1 cm, exudado purulento, eritema de 3 cm, prueba sonda-hueso positiva y pulsos pedios disminuidos. Se realizó una evaluación sistemática por aparatos, con énfasis en signos de hipoperfusión, dificultad respiratoria, alteración neurológica, infección sistémica y daño de órgano blanco según la naturaleza del problema. Los hallazgos positivos se documentaron junto con los negativos clínicamente relevantes para facilitar la comparación posterior. La exploración se repitió después de las primeras medidas terapéuticas, porque la tendencia clínica podía aportar información adicional sobre gravedad y respuesta. No se asumió estabilidad únicamente por la ausencia de un signo aislado, y se mantuvo vigilancia proporcional al riesgo estimado.

Pruebas complementarias

Los estudios iniciales mostraron leucocitos 14 800/μL, proteína C reactiva 126 mg/L, glucosa 286 mg/dL, HbA1c 10,1 %, creatinina 1,1 mg/dL. Estos resultados se interpretaron en conjunto con la situación clínica y no como datos independientes. Se solicitaron pruebas adicionales para confirmar el mecanismo sospechado, valorar repercusión sistémica y establecer una línea basal antes del tratamiento. La prioridad fue seleccionar estudios con capacidad real para modificar la conducta, evitando repeticiones sin utilidad clínica. Los resultados fueron revisados de forma seriada cuando existía posibilidad de cambio rápido. La integración de laboratorio con signos vitales y exploración permitió reconocer la severidad del proceso y definir qué parámetros debían vigilarse con mayor frecuencia durante las primeras horas de atención.

Pruebas complementarias

En cuanto a imagen y estudios funcionales, se documentó radiografía con irregularidad cortical del segundo metatarsiano y resonancia magnética compatible con osteomielitis focal; índice tobillo-brazo

0,72. La elección de estas pruebas respondió a preguntas clínicas específicas y se coordinó con los servicios correspondientes para reducir demoras. Los hallazgos se discutieron con el equipo tratante antes de establecer una conducta definitiva. Cuando una prueba mostraba una alteración, se valoraba si explicaba por completo la presentación o si coexistían procesos adicionales. Esta lectura evitó sobrediagnosticar hallazgos incidentales y permitió concentrar la intervención en los cambios con mayor relevancia pronóstica. La correlación clínico-radiológica fue particularmente útil para definir el nivel de vigilancia y el momento oportuno de intervenir.

Diagnóstico diferencial y definitivo

El diagnóstico diferencial incluyó entidades capaces de producir síntomas y alteraciones similares, considerando causas frecuentes y condiciones de alto riesgo que no podían omitirse. Cada posibilidad se contrastó con la cronología, los factores predisponentes, la exploración y los resultados disponibles. Se evitó descartar alternativas únicamente por una presentación incompleta, y se utilizaron pruebas confirmatorias cuando el resultado podía modificar el tratamiento. La reevaluación permitió reducir progresivamente la incertidumbre. Finalmente, el diagnóstico integrador fue infección moderada-severa de pie diabético con osteomielitis focal y enfermedad arterial periférica. La formulación definitiva incluyó gravedad, complicaciones y comorbilidades relevantes, porque estos componentes determinaron la intensidad terapéutica y el plan de seguimiento.

Tratamiento inicial

El tratamiento se inició con desbridamiento quirúrgico, toma de cultivos profundos, antibiótico intravenoso inicial ajustado a microbiología, control glucémico intensificado, descarga plantar y valoración vascular. Las primeras medidas se seleccionaron según el riesgo inmediato y la posibilidad de reversibilidad, procurando no retrasar intervenciones necesarias mientras se completaba la confirmación diagnóstica. Se establecieron metas clínicas para las siguientes horas y criterios explícitos de escalamiento. La prescripción fue revisada considerando función renal, interacciones, contraindicaciones y tratamientos previos. Se explicó a la persona atendida el motivo de las decisiones y los posibles cambios según la evolución. Esta comunicación favoreció la adherencia y permitió incorporar preferencias cuando existían opciones clínicamente equivalentes. La estrategia inicial se consideró provisional y sujeta a reevaluación objetiva.

Evolución intrahospitalaria

Durante las primeras veinticuatro horas se realizaron reevaluaciones seriadas de síntomas, signos vitales y parámetros relevantes. La respuesta inicial permitió mantener la estrategia sin necesidad de una intervención de rescate no prevista. Los hallazgos que persistían se analizaron en relación con el tiempo esperado de respuesta y con posibles complicaciones. El equipo evitó interpretar una mejoría parcial como resolución completa y mantuvo vigilancia hasta observar una tendencia consistente. Las decisiones se registraron con su justificación clínica para facilitar continuidad entre turnos. La evolución mostró una relación temporal razonable entre las intervenciones y los cambios observados, aunque se reconoció que un caso individual no permite atribuir causalidad definitiva.

Evolución intrahospitalaria

En las siguientes jornadas, la evolución fue disminución progresiva del eritema y marcadores inflamatorios, granulación adecuada, revascularización endovascular selectiva y cierre casi completo de la lesión a las 12 semanas. La mejoría permitió reducir gradualmente la intensidad del soporte y avanzar hacia medidas de recuperación funcional. Antes de cada transición se verificó estabilidad clínica, tolerancia al tratamiento y ausencia de señales de deterioro. También se revisaron resultados pendientes y se ajustó la terapia a la información definitiva disponible. El alta no se basó únicamente en un valor aislado, sino en un conjunto de criterios clínicos y de seguridad. Se entregaron instrucciones escritas, signos de alarma y un plan de seguimiento, procurando que la continuidad asistencial formara parte del tratamiento y no fuese un componente separado.

Seguimiento

El seguimiento ambulatorio se planificó con controles escalonados para verificar recuperación, tolerancia, adherencia y necesidad de nuevos ajustes. En la primera revisión se compararon síntomas, exploración y parámetros objetivos con la situación al alta. La persona refirió comprensión adecuada de las indicaciones y no presentó eventos adversos mayores. Se reforzaron medidas preventivas relacionadas con los factores modificables identificados durante la hospitalización. Las consultas posteriores confirmaron una evolución favorable y permitieron simplificar progresivamente algunas medidas de vigilancia. El equipo mantuvo coordinación entre atención primaria y especialidades para reducir pérdidas de información y asegurar que los objetivos clínicos siguieran siendo pertinentes después de la fase aguda.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y complementarios relevantes

Dominio	Hallazgo principal
Signos vitales	temperatura 38,1 °C, frecuencia cardíaca 102 lpm, presión arterial 146/84 mmHg y saturación de oxígeno 96 %
Exploración	úlceras plantar de 4,2 × 3,6 cm, profundidad de 1,1 cm, exudado purulento, eritema de 3 cm, prueba sonda-hueso positiva y pulsos pedios disminuidos
Laboratorio	leucocitos 14 800/μL, proteína C reactiva 126 mg/L, glucosa 286 mg/dL, HbA1c 10,1 %, creatinina 1,1 mg/dL
Imagen/estudios	radiografía con irregularidad cortical del segundo metatarsiano y resonancia magnética compatible con osteomielitis focal; índice tobillo-brazo 0,72
Diagnóstico	infección moderada-severa de pie diabético con osteomielitis focal y enfermedad arterial periférica

DISCUSSION

El principal aprendizaje del caso es que el abordaje de pie diabético complicado debe sostenerse en una secuencia clínica explícita y no en la acumulación desordenada de pruebas. La evolución favorable estuvo precedida por una valoración que conectó probabilidad, gravedad, diagnóstico diferencial y respuesta inicial. Este punto coincide con la literatura reciente, que recomienda interpretar los hallazgos dentro del contexto clínico y seleccionar intervenciones según su capacidad para cambiar resultados. La primera decisión relevante fue reconocer que la presentación podía ocultar un proceso de mayor riesgo y que la ausencia de manifestaciones clásicas no era suficiente para disminuir la vigilancia. Esa prudencia diagnóstica evitó un retraso potencialmente perjudicial (5).

Un segundo aspecto fue la necesidad de diferenciar confirmación diagnóstica de estratificación pronóstica. Obtener un diagnóstico correcto no completa el proceso si no se define también la probabilidad de deterioro y el nivel de atención requerido. En este caso, los datos clínicos, de laboratorio e imagen se integraron para decidir intensidad de monitorización y tratamiento. La literatura contemporánea subraya que los resultados mejoran cuando el manejo se adapta al riesgo y se revisa de forma dinámica, especialmente durante las primeras horas. Esta estrategia reduce dos errores opuestos: tratar de manera insuficiente a quien puede deteriorarse o aplicar intervenciones agresivas a quien puede manejarse con medidas menos invasivas (6).

La individualización terapéutica fue igualmente importante. Aunque existen recomendaciones generales, la elección concreta depende de comorbilidades, función orgánica, contraindicaciones, preferencias y respuesta temprana. El plan se modificó conforme aparecieron resultados definitivos, evitando mantener decisiones empíricas más tiempo del necesario. Esta conducta es consistente con un modelo de medicina basada en evidencia que combina estudios poblacionales con características individuales. La utilidad del caso no reside en reproducir exactamente el mismo esquema en otros pacientes, sino en mostrar cómo establecer objetivos, evaluar respuesta y ajustar el tratamiento sin perder continuidad. La literatura reciente destaca que la adaptación razonada es un componente central de la seguridad clínica (7).

También debe resaltarse la función del trabajo interdisciplinario. La complejidad de pie diabético complicado obliga con frecuencia a integrar perspectivas de urgencias, medicina interna y otras especialidades según los hallazgos. En este caso, la comunicación entre profesionales permitió revisar resultados, anticipar complicaciones y definir transiciones de cuidado. El valor del equipo no provino de multiplicar interconsultas, sino de asignar responsabilidades y compartir objetivos. Esta forma de organización reduce contradicciones y facilita que una señal de deterioro tenga una respuesta definida. La evidencia contemporánea considera que la coordinación es especialmente relevante cuando el tratamiento combina intervenciones farmacológicas, procedimientos, soporte y educación para el autocuidado (8).

Las limitaciones diagnósticas del caso incluyen la dependencia de pruebas realizadas en un momento concreto y la posibilidad de que algunos hallazgos estuvieran influidos por tratamientos previos. Además, un resultado favorable puede inducir sesgo retrospectivo y hacer parecer inevitables decisiones que en tiempo real estuvieron acompañadas de incertidumbre. Para reducir ese riesgo, la interpretación debe centrarse en la información disponible en cada punto de decisión. El caso no

demuestra superioridad de una estrategia sobre otra y tampoco permite estimar frecuencia, sensibilidad o efecto terapéutico. Su aporte es ilustrativo: muestra un proceso de razonamiento, los criterios utilizados para modificar la conducta y los elementos que facilitaron una evolución segura.

Otra limitación es que la evolución clínica depende de factores que no pueden separarse por completo. La mejoría puede relacionarse con el tratamiento específico, con medidas de soporte, con la historia natural del proceso y con la ausencia de complicaciones. Por ello, no se atribuye causalidad a una intervención aislada. El valor educativo aumenta cuando se explicitan estas restricciones y se evita transformar una experiencia individual en recomendación general. Para casos futuros sería útil documentar de manera prospectiva tiempos de decisión, indicadores funcionales y resultados reportados por el paciente. Esa información permitiría comparar trayectorias clínicas y comprender mejor qué componentes del manejo tienen mayor relevancia práctica.

Desde la perspectiva de seguridad del paciente, el caso muestra la importancia de establecer puntos de reevaluación. Una orden terapéutica correcta puede volverse inadecuada si no se revisa frente a nueva información. Por esta razón, se definieron metas y criterios de escalamiento desde el inicio, lo que facilitó reconocer respuesta suficiente y evitar intervenciones innecesarias. La revisión de función orgánica, interacciones y tolerancia acompañó cada ajuste. Esta práctica es especialmente útil en pacientes con comorbilidades, porque reduce el riesgo de que el tratamiento de un problema descompense otro. La seguridad se entendió como un proceso activo de vigilancia y adaptación, no únicamente como ausencia de eventos adversos.

La experiencia del paciente también formó parte de la evaluación. La comprensión de la enfermedad, el motivo de las pruebas y el propósito de los tratamientos influye en adherencia y continuidad. En este caso se utilizaron explicaciones breves y repetidas durante las transiciones asistenciales, verificando dudas y barreras para el seguimiento. Esta dimensión resulta relevante porque una evolución hospitalaria favorable puede perderse si el plan posterior es complejo o poco realista. La educación al alta se vinculó con signos de alarma, medidas preventivas y responsables de seguimiento. El objetivo fue convertir la información clínica en acciones concretas que la persona pudiera sostener fuera del hospital.

En términos de aplicabilidad, el caso puede ser útil para equipos que atienden pacientes con síntomas inespecíficos y riesgo de deterioro. La principal recomendación práctica es mantener una hipótesis diagnóstica flexible hasta integrar los datos relevantes, evitando tanto el exceso de pruebas como el cierre prematuro. La segunda es documentar por qué un hallazgo cambia o no cambia la conducta. La tercera consiste en planificar el seguimiento desde la fase aguda. Estas medidas no requieren tecnología extraordinaria, pero sí organización, comunicación y disciplina clínica. Su implementación puede mejorar la trazabilidad de decisiones y facilitar que diferentes profesionales mantengan una estrategia coherente a lo largo de la atención.

Finalmente, la evolución favorable no elimina la necesidad de prevención secundaria. El episodio agudo debe utilizarse para identificar factores modificables, revisar tratamientos crónicos y fortalecer la capacidad de reconocer recurrencias. En este caso, el seguimiento permitió comprobar recuperación y reforzar medidas específicas relacionadas con el mecanismo identificado. La

continuidad también ofreció la oportunidad de retirar intervenciones temporales y evitar tratamientos indefinidos sin indicación. El mensaje central es que el alta representa una transición de riesgo y no el final del proceso clínico. Un plan bien estructurado debe indicar responsables, plazos, objetivos y señales que justifiquen una reevaluación anticipada.

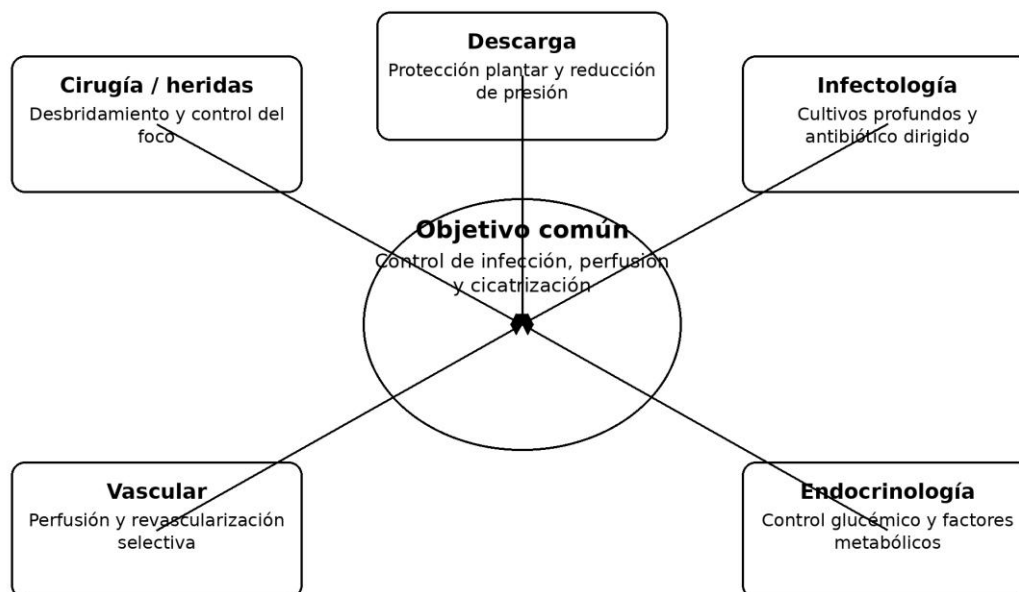
CONCLUSIONS

Este caso muestra que el manejo de pie diabético complicado puede alcanzar una evolución favorable cuando el razonamiento diagnóstico se organiza de forma secuencial y se vincula con decisiones terapéuticas proporcionales al riesgo. La anamnesis, la exploración, las pruebas complementarias y la reevaluación seriada aportaron información diferente pero complementaria. La utilidad clínica surgió de integrar esos datos y no de depender de una prueba aislada. El reconocimiento temprano de señales de gravedad permitió establecer vigilancia apropiada, mientras que la revisión continua evitó mantener intervenciones que dejaron de ser necesarias. Esta lógica puede orientar casos comparables sin asumir que una experiencia individual sustituye la evidencia poblacional.

La segunda conclusión es que la individualización no significa apartarse de las recomendaciones, sino aplicarlas considerando comorbilidades, riesgos, preferencias y capacidad de seguimiento. El plan terapéutico se ajustó conforme cambió la información clínica y se definieron objetivos verificables para cada etapa. La coordinación interdisciplinaria facilitó esas transiciones y redujo la fragmentación. También fue decisiva la comunicación con la persona atendida, especialmente al preparar el alta y las medidas preventivas. Para la práctica, conviene establecer desde el inicio criterios de respuesta, deterioro y escalamiento, porque esta estructura transforma la vigilancia en una herramienta activa de seguridad y mejora la continuidad entre profesionales y niveles asistenciales.

Como recomendación final, los casos clínicos complejos deben documentar no solo qué se hizo, sino por qué se tomó cada decisión y qué información motivó los cambios. Esta trazabilidad favorece aprendizaje, auditoría y comunicación, y permite identificar puntos donde podría producirse un retraso diagnóstico o terapéutico. El seguimiento posterior debe confirmar recuperación, detectar efectos adversos y abordar factores modificables relacionados con recurrencia. El presente caso aporta una lección práctica sobre integración clínica y continuidad, pero sus conclusiones deben interpretarse dentro de las limitaciones de un reporte individual. La transferencia a otros pacientes requiere valoración independiente, evidencia actualizada y adaptación al contexto asistencial disponible.

Figura 1. Integración multidisciplinaria del manejo del pie diabético complicado.



Nota. El modelo integra control infeccioso, perfusión, metabolismo, descarga y cicatrización.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3657. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3657>.
2. Senneville E, Albalawi Z, van Asten SA, Abbas ZG, Allison G, Aragón-Sánchez J, et al. IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3687. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3687>.
3. Hon K, Nobels F, Senneville E, Uçkay I, Maas M, Fitridge R. Assessment and management of diabetes-related foot infection according to the new IWGDF guidelines 2023: multidisciplinary grand rounds. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3737. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3737>.
4. Wang A, Lv G, Cheng X, Ma X, Wang W, Gui J, et al. Guidelines on multidisciplinary approaches for the prevention and management of diabetic foot disease (2020 edition). *Burns Trauma.* 2020;8:tkaa017. <https://doi.org/10.1093/burnst/tkaa017>.
5. Lipsky BA, Senneville E, Abbas ZG, Aragón-Sánchez J, Diggle M, Embil JM, et al. Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36(S1):e3280. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3280>.
6. Bus SA, Armstrong DG, Gooday C, Jarl G, Caravaggi C, Viswanathan V, et al. Guidelines on offloading foot ulcers in persons with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;36(S1):e3274. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3274>.
7. Cortes-Penfield NW, Armstrong DG, Brennan MB, Fayfman M, Ryder JH, Tan TW, et al. Evaluation and management of diabetes-related foot infections. *Clin Infect Dis.* 2023;77(3):e1-e13. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad255>.

8. Chen P, Campillo Vilorio N, Dhatariya K, Jeffcoate W, Lobmann R, McIntosh C, et al. Guidelines on interventions to enhance healing of foot ulcers in people with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3644. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
9. Monteiro-Soares M, Hamilton EJ, Russell DA, Srisawasdi G, Boyko EJ, Mills JL, et al. Guidelines on the classification of foot ulcers in people with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3648. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3648><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
10. van Netten JJ, Bus SA, Apelqvist J, Chen P, Chuter V, Fitridge R, et al. Definitions and criteria for diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3654. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3654><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
11. Fitridge R, Chuter V, Mills J, Hinchliffe R, Azuma N, Behrendt CA, et al. The intersocietal IWGDF, ESVS, SVS guidelines on peripheral artery disease in people with diabetes and a foot ulcer. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3686. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3686><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
12. Bus SA, Armstrong DG, Crews RT, Gooday C, Jarl G, Kirketerp-Moller K, et al. Guidelines on offloading foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3647. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3647><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
13. van Netten JJ, Raspovic A, Lavery LA, Monteiro-Soares M, Paton J, Rasmussen A, et al. Prevention of foot ulcers in persons with diabetes at risk of ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3652. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3652><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
14. Lazzarini PA, Armstrong DG, Crews RT, Gooday C, Jarl G, Kirketerp-Moller K, et al. Effectiveness of offloading interventions for people with diabetes-related foot ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3650. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3650><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
15. Lo ZJ, Chandrasekar S, Yong E, Hong Q, Zhang L, Chong LRC, et al. Clinical and economic outcomes of a multidisciplinary team approach in a lower extremity amputation prevention programme for diabetic foot ulcer care in an Asian population: a case-control study. *Int Wound J.* 2022;19(4):765-773. <https://doi.org/10.1111/iwj.13672><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
16. Musuuza J, Sutherland BL, Kurter S, Balasubramanian P, Bartels CM, Brennan MB. A systematic review of multidisciplinary teams to reduce major amputations for patients with diabetic foot ulcers. *J Vasc Surg.* 2020;71(4):1433-1446. e3. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2019.08.244><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
17. Chen P, Campillo Vilorio N, Dhatariya K, Jeffcoate W, Lobmann R, McIntosh C, et al. Guidelines on interventions to enhance healing of foot ulcers in people with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3644. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3644><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
18. Monteiro-Soares M, Hamilton EJ, Russell DA, Srisawasdi G, Boyko EJ, Mills JL, et al. Classification of foot ulcers in people with diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(3):e3645. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3645><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.
19. Bus SA, Sacco ICN, Monteiro-Soares M, Raspovic A, Paton J, Rasmussen A, et al. Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab*

Res Rev. 2024;40(3):e3651.

<https://doi.org/10.1002/dmrr.3651><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.

20. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update).

Diabetes Metab Res Rev. 2024;40(3):e3657.

<https://doi.org/10.1002/dmrr.3657><https://doi.org/10.1002/dmrr.3644>.

FUNDING:

Este manuscrito no recibió financiación específica de agencias públicas, comerciales o sin fines de lucro.

CONFLICT OF INTEREST:

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con el contenido del manuscrito.

AUTHOR CONTRIBUTION

Nombres de autores e iniciales: Rosa Andrea Cobeña Talledo (RACT)

1. Conceptualización: (RACT)
2. Curación de datos: (RACT)
3. Análisis formal: (RACT)
4. Adquisición de fondos: ()
5. Investigación: (RACT)
6. Metodología: (RACT)
7. Administración del proyecto: (RACT)
8. Recursos: ()
9. Software: ()
10. Supervisión: (RACT)
11. Validación: (RACT)
12. Visualización: (RACT)
13. Redacción – borrador original: (RACT)
14. Redacción – revisión y edición: (RACT)