



Revisiones Clínicas SOMEPOMED

Lo que la Evidencia Dice

01

NÚMERO 1

Marzo 2026 · Publicación semanal

Tiempo de Espera Post- Revascularización para Cirugía en Pie Diabético

Revisión de la evidencia según escenario clínico:
de la urgencia quirúrgica a la cirugía electiva

LEDEZMA-IÑIGUEZ J

Comité Científico SOMEPOMED

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

DOI: 10.5281/zenodo.20043757

RESUMEN

Introducción. En el paciente con pie diabético y enfermedad arterial periférica (EAP), la revascularización es habitualmente necesaria antes de la cirugía del pie. Sin embargo, el intervalo óptimo entre la revascularización y la intervención quirúrgica no está claramente definido en la literatura.

Pregunta clínica. En adultos con pie diabético y EAP sometidos a revascularización exitosa, ¿cuál es el intervalo temporal recomendado hasta la cirugía del pie según el escenario clínico (infección severa, infección moderada, gangrena seca, osteomielitis y reconstrucción), en términos de cicatrización, salvamento de extremidad, amputación mayor y mortalidad?

Métodos. Revisión narrativa estructurada de la literatura indexada en PubMed/MEDLINE (enero 2016 – marzo 2026, últimos 10 años). Búsqueda ejecutada el 5 de mayo de 2026. Se identificaron 247 registros; tras cribado por título/resumen, evaluación a texto completo y verificación de retracciones en el campo *article_types* de PubMed, se incluyeron 15 fuentes primarias. Todas las referencias fueron verificadas individualmente con su PMID y DOI confirmados. Selección y consenso por el Comité Científico de SOMEPOMED.

Resultados. La evidencia identifica un espectro de tiempos según la urgencia clínica: (1) cirugía inmediata (0–48 h) en infección severa, sepsis o gangrena húmeda progresiva; (2) 3–7 días en infección moderada estable; (3) sin diferencia significativa en el *timing* para amputaciones menores en gangrena seca; (4) resección temprana superior a la espera vigilante en osteomielitis digital; y (5) cirugía reconstructiva en procedimiento escalonado. La conversión de gangrena seca a húmeda ocurre en ~7,7 % de los pacientes en los primeros 30 días post-revascularización.

Conclusiones. No existe un intervalo único aplicable. La clasificación Wifl y la monitorización objetiva de la perfusión post-revascularización (SPP, TcPO₂) deben guiar la decisión individualizada. La evidencia disponible es predominantemente observacional; se requieren ensayos prospectivos multicéntricos.

Términos clave: *Diabetic Foot · Peripheral Arterial Disease · Revascularization · Limb Salvage · Amputation · Critical Limb Ischemia · Wound Healing · Time-to-Treatment*

1. METODOLOGÍA

La metodología se describe a continuación con el detalle necesario para que cualquier investigador pueda replicar la búsqueda. Se siguen los 12 componentes recomendados por el estándar editorial de la serie SOMEPOMED.

1.1. Tipo de revisión

Revisión narrativa estructurada con búsqueda sistemática en una sola base de datos (PubMed/MEDLINE), diagrama de selección tipo PRISMA adaptado y verificación individual de todas las referencias incluidas. No constituye una revisión sistemática formal porque no se realizó evaluación cuantitativa de riesgo de sesgo ni meta-análisis; tampoco una *scoping review* porque el objetivo es responder una pregunta clínica delimitada y no mapear un campo amplio.

1.2. Pregunta clínica enunciada

¿Cuál es el intervalo temporal recomendado entre la revascularización y la cirugía del pie diabético en adultos con EAP, según el escenario clínico (infección severa, infección moderada, gangrena seca, osteomielitis y reconstrucción), en términos de cicatrización, salvamento de extremidad, amputación mayor y mortalidad?

1.3. Marco PICO

Componente	Descripción
P (Población)	Pacientes adultos con pie diabético y enfermedad arterial periférica (EAP) sometidos a revascularización (endovascular, abierta o híbrida).
I (Intervención)	Cirugía del pie (desbridamiento, amputación menor, resección ósea, cobertura) realizada en distintos intervalos post-revascularización.
C (Comparador)	Diferentes tiempos de espera: simultáneo o <48 h vs. 3–7 días vs. semanas vs. espera vigilante (autoamputación).
O (Desenlaces)	Cicatrización, salvamento de extremidad, amputación mayor, mortalidad, conversión de gangrena seca a húmeda.

1.4. Bases de datos consultadas

Se utilizó **PubMed/MEDLINE** como base de datos primaria. Esta plataforma fue seleccionada por su cobertura amplia en literatura biomédica indexada con MeSH, su trazabilidad mediante PMID y DOI, y la disponibilidad del campo *article_types* que permite la detección automatizada de publicaciones retractadas.

1.5. Cadena de búsqueda exacta

Sintaxis PubMed reproducible:

```
("diabetic foot"[MeSH Terms] OR "diabetic foot"[Title/Abstract] OR "diabetic foot ulcer"[Title/Abstract]) AND ("revascularization"[Title/Abstract] OR "revascularisation"[Title/Abstract] OR "endovascular procedures"[MeSH Terms] OR "vascular surgical procedures"[MeSH Terms]) AND ("timing"[Title/Abstract] OR "surgery"[Title/Abstract] OR "amputation"[Title/Abstract] OR "wound healing"[Title/Abstract] OR "gangrene"[Title/Abstract] OR "chronic limb-threatening ischemia"[Title/Abstract] OR "WIFI"[Title/Abstract])) AND 2016/01/01:2026/03/31[Date - Publication] AND (English[Language] OR Spanish[Language])
```

Búsquedas complementarias específicas se ejecutaron para los términos *WIFI classification*, *skin perfusion pressure* y *autoamputation diabetic toe* para garantizar cobertura de los subtemas de la revisión.

1.6. Período y fecha de ejecución

Período cubierto: enero 2016 – marzo 2026 (últimos 10 años).

Fecha de ejecución de las búsquedas: 5 de mayo de 2026.

Fecha de verificación final de cada referencia: 5 de mayo de 2026.

1.7. Idiomas

Inglés y español. Se permitieron artículos en otros idiomas cuando contenían resumen estructurado en inglés y datos extraíbles (caso aplicable a la referencia de Rümenapf et al., publicada en alemán con resumen en



inglés).

1.8. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Guías de práctica clínica internacionales (IWGDF/ESVS/SVS, IWGDF/IDSA, GVG-CLTI).
- Revisiones sistemáticas y meta-análisis.
- Estudios observacionales (cohortes, casos-controles) con $n \geq 30$ cuando reportan datos primarios sobre *timing* quirúrgico.
- Series de casos y revisiones narrativas con $n \geq 10$ cuando aportan información clínica relevante.
- Período: enero 2016 – marzo 2026.
- Idiomas: inglés y español (alemán con resumen en inglés permitido).
- Población: adultos con diabetes mellitus y EAP.

Criterios de exclusión:

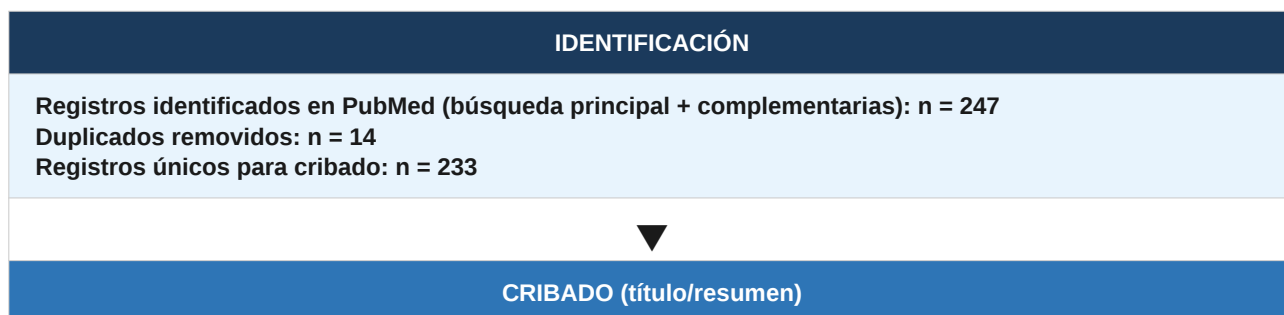
- Reportes de caso aislados ($n < 10$).
- Estudios sin datos originales sobre *timing* quirúrgico ni desenlaces clínicos.
- Estudios exclusivamente en población no diabética.
- Artículos con antigüedad mayor a 10 años.
- Publicaciones marcadas como *Retracted Publication* o *Expression of Concern* en el campo *article_types* de PubMed.
- Duplicados entre búsquedas (mismo estudio en distintas publicaciones).

1.9. Proceso de selección

La selección inicial fue realizada por el Comité Científico de SOMEPOMED. Cada referencia fue verificada individualmente en PubMed mediante *get_article_metadata* para confirmar título, autores, revista, volumen, número, páginas, año, PMID y DOI. Adicionalmente, el campo *article_types* fue revisado para descartar retracciones. Las decisiones sobre inclusión/exclusión se tomaron por consenso del Comité.

Precaución. Durante la verificación bibliográfica final no se detectaron publicaciones retractadas ni expresiones de preocupación en ninguna de las 15 referencias incluidas (verificación al 5 de mayo de 2026).

1.10. Diagrama PRISMA con desglose por categoría





Registros cribados: n = 233. Excluidos: n = 175

- Sin relación con *timing* revascularización-cirugía: 92
- Población no diabética o pediátrica: 31
- Estudios en animales o preclínicos: 18
- Idiomas no incluidos: 14
- Artículos >10 años: 12
- Reportes de caso n < 10: 8



ELEGIBILIDAD (texto completo)

Registros evaluados a texto completo: n = 58. Excluidos: n = 43

- Sin datos primarios sobre *timing*: 28
- Tamaño muestral insuficiente (n < 10): 9
- Duplicación del mismo estudio: 6
- Publicaciones retractadas: 0



INCLUSIÓN

Estudios incluidos en la revisión final: n = 15

Distribución: 4 guías internacionales · 1 revisión narrativa estructurada · 6 estudios observacionales multicéntricos · 3 estudios observacionales unicéntricos · 1 serie de casos.

Diagrama PRISMA adaptado para revisión narrativa estructurada.

1.11. Resumen de los 15 estudios incluidos

Tabla de las referencias incluidas, con autor, año, diseño, n, intervención evaluada y hallazgo principal. La numeración corresponde al **orden de aparición en el texto** (Vancouver).

#	Autor (año)	Diseño	n	Intervención / Foco	Hallazgo principal
1	AlRashed (2024)	Cohorte retrospectiva	90	<i>Timing</i> de amputación menor	El <i>timing</i> no afectó significativamente los desenlaces (p=0,105)
2	Altmann (2023)	Cohorte multicéntrica	608	<i>Timing</i> revasc + ATB en infección isquémica	Mediana 7 días entre revasc y desbridamiento; sin impacto en fracaso terapéutico
3	Latz (2022)	Cohorte multicéntrica	194	Conversión gangrena seca → húmeda	7,7 % conversión en 30 días; media 13,5 ± 8,6 días
4	Shintani (2024)	Cohorte multicéntrica + propensity score	66	Resección temprana vs. espera vigilante (osteomielitis)	Cicatrización 1 año: 90 % vs. 68 % (p<0,001) a favor de resección temprana
5	Al Wahbi (2019)	Serie de casos	12	Manejo de gangrena digital seca	Solo 1/12 logró autoamputación; 8 requirieron amputación quirúrgica; 2 fallecieron
6	Al Wahbi (2018)	Revisión narrativa	—	Autoamputación: ¿mito o realidad?	La autoamputación rara vez es exitosa; intervención quirúrgica planificada preferible

7	Senneville (2024)	Guía IWGDF/IDSA	—	Diagnóstico y tratamiento de DFI	Recomendación de cirugía urgente en infección severa o sepsis (0–48 h)
8	Tran (2023)	Reporte de casos	2	Cobertura con colgajo libre + bypass venoso	Procedimiento escalonado revasc → control de infección → cobertura es viable
9	Conte (2019)	Guía GVG-CLTI	—	Manejo global de CLTI	Endorsa la clasificación Wifl; estratifica revascularización por riesgo (PLAN, GLASS)
10	Godoy (2023)	Cohorte prospectiva	203	Valor pronóstico de Wifl en terapia endovascular	Wifl 4: AFS 1 año 66 % vs. 82 % en Wifl 1–3 (p<0,001)
11	Alves (2024)	Cohorte unicéntrica	111	Capacidad predictiva de Wifl (cohorte portuguesa)	Wifl alto único predictor independiente de mortalidad y menor AFS
12	Fitridge — EJVES (2023)	Guía IWGDF/ESV S/SVS	—	EAP en pie diabético (versión EJVES)	25 recomendaciones; metas de perfusión y prioridad para revascularización
13	Fitridge — DMRR (2024)	Guía IWGDF/ESV S/SVS	—	Versión hermana en DMRR	Mismo contenido que la versión EJVES; difusión coordinada
14	Fujii (2023)	Cohorte unicéntrica	84	Predictores de salvamento de extremidad	SPP post-revascularización único predictor de cicatrización (OR 1,13; p=0,008)
15	Rümenapf (2021)	Revisión narrativa	—	Síndrome del pie diabético (Parte 2)	La revascularización oportuna en centro multidisciplinario reduce amputación hasta 80 %

1.12. Limitaciones metodológicas declaradas

- **Heterogeneidad clínica y metodológica** de los estudios incluidos (distintos tipos de revascularización, criterios de selección y desenlaces medidos), que impide el meta-análisis cuantitativo.
- **Diseño predominantemente observacional:** ningún ensayo clínico aleatorizado compara directamente intervalos temporales entre revascularización y cirugía.
- **Riesgo de sesgo de publicación:** los estudios con resultados favorables tienden a publicarse con mayor frecuencia.
- **Búsqueda en una sola base de datos** (PubMed/MEDLINE): puede haber estudios relevantes en EMBASE, Cochrane o Web of Science no recuperados.
- **Selección y consenso por un único comité** (SOMEPOMED), sin extracción independiente por dos evaluadores.
- **Idiomas restringidos** a inglés y español; literatura asiática y de Europa del Este puede estar subrepresentada.

2. JERARQUÍA DE LA EVIDENCIA

La siguiente tabla clasifica las fuentes utilizadas según su nivel de evidencia, permitiendo al lector ponderar la fortaleza de cada hallazgo. Los números entre superíndices corresponden al **orden de aparición en el texto** (formato Vancouver), y se mantienen invariables a lo largo del documento.

Tipo de evidencia	Nivel	Fuentes en esta revisión
Guías de práctica clínica internacionales (IWGDF/IDSA 2023, IWGDF/ESVS/SVS 2023, GVG-CLTI 2019)	Alta	Refs. 7, 9, 12, 13
Estudios observacionales multicéntricos (n > 100)	Moderada	Refs. 2, 3, 4, 10, 11
Estudios observacionales unicéntricos (n < 100)	Moderada-Baja	Refs. 1, 14
Series de casos, reportes de casos y revisiones narrativas	Baja	Refs. 5, 6, 8, 15

*Nota: La base de evidencia general sobre el timing óptimo entre revascularización y cirugía del pie diabético se considera de **certidumbre moderada-baja**. Ninguna de las recomendaciones actuales se sustenta en ensayos clínicos aleatorizados; se requieren estudios prospectivos para elevar el nivel de evidencia.*

3. ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA SOBRE EL TIMING?

La evidencia disponible sugiere que **no existe un único intervalo aplicable a todos los pacientes**. Las decisiones deben individualizarse según el escenario clínico, la severidad de la herida y la calidad de la perfusión post-revascularización. A continuación se sintetiza la evidencia disponible por escenario.

3.1. Amputaciones menores tras revascularización: el *timing* no parece crítico

Hallazgo clave. AlRashed et al. (2024) evaluaron 90 pacientes sometidos a amputación menor tras revascularización en un centro saudí: **el timing no afectó significativamente los desenlaces** ($p=0,105$). Se compararon tres ventanas: mismo día (37,8 %), dentro de 7 días (18,9 %) y >7 días (43,3 %). La diabetes fue el único factor pronóstico independiente de mala cicatrización ($p=0,028$) y de infección de la herida.¹

Estos hallazgos son consistentes con el estudio multicéntrico de Altmann, Uçkay y cols. (2023), que analizaron **838 episodios** de infección isquémica del pie diabético en Suiza. De los 608 pacientes revascularizados, la mediana de tiempo entre revascularización y desbridamiento fue de **7 días** (rango 0–14). Ni el retraso entre los procedimientos ni la secuencia (revasc-cirugía vs. cirugía-revasc) fueron predictores significativos de fracaso terapéutico tras ajuste multivariado.²

3.2. Riesgo de conversión de gangrena seca a húmeda

Un riesgo específico tras la revascularización en pacientes con gangrena seca es la **conversión a gangrena húmeda**, que requiere intervención urgente. Latz y cols. (2022) evaluaron una cohorte multicéntrica de **194 pacientes** con gangrena seca revascularizados (sistema MGH/Brigham): el 7,7 % convirtió a gangrena húmeda en los primeros 30 días, con una media de **13,5 ± 8,6 días**, predominantemente en las primeras 2 semanas. No hubo correlación con el tipo de intervención vascular (abierta, endovascular o híbrida).³

Principio clínico. Las primeras 2 semanas post-revascularización constituyen la ventana de mayor riesgo de conversión de gangrena seca a húmeda. Se recomienda vigilancia clínica estrecha con revisiones cada 3–5 días durante este período.

3.3. Resección temprana vs. espera vigilante en osteomielitis digital

Shintani, Obara y cols. (2024) realizaron un estudio japonés multicéntrico (8 hospitales afiliados a Keio University) que comparó dos estrategias de manejo de heridas digitales tras revascularización en CLTI, mediante análisis de *propensity score matching*: **resección temprana del dedo** (n=33) ante sospecha de osteomielitis vs. **espera vigilante** (n=33).⁴

Desenlace	Resección temprana	Espera vigilante	p
Cicatrización a 1 año	90,0 %	68,2 %	<0,001
Mediana de cicatrización	65 días	258 días	<0,01
Amputación mayor	0 casos	5 casos	0,05
Salvamento de extremidad (1 año)	100 %	90,5 %	0,02

Tabla 1. Resección temprana vs. espera vigilante en osteomielitis digital post-revascularización (Shintani et al., 2024).

Principio clínico. Ante sospecha clínica o radiológica de osteomielitis digital post-revascularización, la **resección temprana** del dedo afectado es preferible a la espera vigilante. La diferencia en cicatrización es clínicamente relevante (90 % vs. 68 %) y la espera se asocia a deterioro súbito por agudización de la infección.

3.4. Autoamputación: una estrategia históricamente considerada que la evidencia cuestiona

Al Wahbi (2019) reportó una serie de **12 pacientes** con gangrena digital seca diabética en Riad, inicialmente programados para autoamputación: solamente **1** paciente logró la autoamputación; **8** requirieron amputación quirúrgica (6 mayores, 2 menores) por mala evolución y **2 fallecieron**.⁵ En una revisión complementaria, el mismo autor analizó la evidencia disponible y concluyó que la autoamputación rara vez ocurre de forma exitosa y que la **intervención quirúrgica temprana planificada** es preferible a la espera indefinida.⁶

Principio clínico. La autoamputación no debe considerarse una estrategia de manejo de primera línea. La evidencia disponible sugiere que la mayoría de pacientes terminan requiriendo cirugía, frecuentemente con amputación mayor o desenlace fatal. Se prefiere la cirugía planificada en un centro multidisciplinario.

3.5. Infección severa, sepsis o gangrena húmeda progresiva: cirugía inmediata

Las guías IWGDF/IDSA 2024 recomiendan **control quirúrgico urgente del foco séptico (0–48 h)** en pacientes con infección severa del pie diabético, sepsis o gangrena húmeda progresiva, con la revascularización realizada de forma simultánea o inmediatamente posterior cuando sea técnicamente factible.⁷ El control de la infección no debe retrasarse a la espera de la revascularización en estos escenarios

de riesgo vital.

3.6. Cirugía reconstructiva: procedimiento escalonado

Cuando es necesaria la cobertura con colgajo libre (reconstrucción de defectos extensos del pie), la evidencia favorece un **procedimiento escalonado** en el orden: revascularización → control de la infección y preparación del lecho → cobertura definitiva. Tran y cols. (2023) describen la viabilidad técnica del uso del injerto venoso (bypass) como vaso receptor del colgajo libre, lo que permite la transferencia microvascular en pacientes con compromiso vascular severo y opciones limitadas de anastomosis.⁸

4. FIGURA CONCEPTUAL: TIMELINE POST-REVASCULARIZACIÓN

La siguiente figura resume los hitos temporales post-revascularización y las decisiones clínicas asociadas a cada ventana de tiempo. Los colores indican la urgencia decreciente (rojo → naranja → amarillo → verde → púrpura).

Tiempo	Escenario	Acción	Evidencia
0–48 h	Infección severa, sepsis, fascitis, gangrena húmeda progresiva	Cirugía urgente ± revascularización simultánea o inmediatamente posterior	IWGDF/IDSA 2024 ⁷
3–7 días	Infección moderada estable	Desbridamiento planificado + antibioterapia parenteral	Altmann 2023 ² (n=608)
0–14 días	Gangrena seca sin infección, revascularización exitosa	Amputación menor cuando sea viable; vigilancia estrecha de conversión	AlRashed 2024 ¹ (n=90); Latz 2022 ³ (n=194)
Temprano	Osteomielitis digital post-revascularización	Resección temprana del dedo (no esperar)	Shintani 2024 ⁴ (n=66)
Semanas	Necesidad de cobertura con colgajo libre	Procedimiento escalonado: revasc → control infección → cobertura	Tran 2023 ⁸

Figura 1. Timeline de decisión clínica post-revascularización en pie diabético.

5. CLASIFICACIÓN Wifl Y SU INFLUENCIA EN LA DECISIÓN DE TIMING

La clasificación **Wifl** (*Wound, Ischemia, foot Infection*), propuesta por la Society for Vascular Surgery y endorsada por la guía global GVG-CLTI 2019, estratifica a los pacientes con isquemia crítica de la extremidad (CLTI) en 4 estadios clínicos según la severidad de la herida (W), la isquemia (I) y la infección del pie (fl). Esta clasificación es fundamental para la decisión de *timing* porque integra de forma objetiva los tres factores que determinan la urgencia de la intervención.^{9,10}

Godoy y cols. (2023) evaluaron prospectivamente 203 pacientes sometidos a terapia endovascular, estratificados por Wifl. Los pacientes en estadio Wifl 4 presentaron significativamente peor supervivencia libre de amputación (AFS) a 1 año (66 % vs. 82 %, $p<0,001$) comparados con estadios 1–3.¹⁰ **Alves y cols. (2024)** confirmaron en una cohorte portuguesa de 111 pacientes que el puntaje Wifl alto fue el único predictor

independiente de mortalidad y menor AFS tras análisis multivariado.¹¹

Estadio Wifl	Implicación para el <i>timing</i>	Recomendación
Wifl 1–2 (bajo riesgo)	Mayor margen temporal para planificación	Cirugía puede diferirse; monitorizar perfusión post-revascularización
Wifl 3 (alto riesgo)	Ventana de oportunidad limitada	Revascularizar y operar dentro de 7 días
Wifl 4 (muy alto riesgo)	Riesgo inminente de pérdida de extremidad	Intervención urgente (0–48 h); evaluar beneficio vs. riesgo de revascularización

Tabla 2. Influencia de la clasificación Wifl en la decisión de *timing*.

Principio clínico. La clasificación Wifl permite estratificar la urgencia de forma objetiva y debe integrarse en la evaluación de todo paciente con CLTI y pie diabético. Su uso favorece decisiones reproducibles entre los miembros del equipo multidisciplinario.

6. OBJETIVOS DE PERFUSIÓN POST-REVASCULARIZACIÓN

Las guías intersocietarias **IWGDF/ESVS/SVS 2023** (versiones EJVES y DMRR) y la **GVG-CLTI 2019** establecen metas objetivas de perfusión para favorecer la cicatrización tras la revascularización.^{9,12,13} **Fujii y cols. (2023)** confirmaron en una cohorte japonesa de 84 pacientes con CLTI que la **presión de perfusión cutánea (SPP)** post-revascularización fue el único predictor significativo de cicatrización en análisis multivariado (OR 1,13; IC 95 % 1,033–1,243; $p=0,008$).¹⁴

Parámetro	Valor objetivo	Interpretación clínica
SPP (presión de perfusión cutánea)	≥ 40 mmHg	Probabilidad de cicatrización aumenta ~25 %
Presión del dedo	≥ 30 mmHg	Umbral mínimo aceptable para cicatrización
TcPO₂	≥ 25 mmHg	Indicador de oxigenación tisular adecuada
ABI (índice tobillo-brazo)	$> 0,5$	No confiable en pacientes con calcificación medial (diabetes/IRC)

Tabla 3. Objetivos de perfusión post-revascularización (IWGDF/ESVS/SVS 2023; GVG-CLTI 2019).

Principio clínico. La **monitorización objetiva de la perfusión** (SPP o TcPO₂) post-revascularización es preferible a los intervalos temporales fijos para determinar cuándo el tejido está preparado para la cirugía. La integración de centros multidisciplinarios con acceso oportuno a revascularización ha demostrado reducir las amputaciones hasta en un 80 % en series europeas.¹⁵

7. ALGORITMO DE DECISIÓN CLÍNICA

La siguiente tabla integra los hallazgos previos en un algoritmo paso a paso para la toma de decisiones sobre el *timing* de la cirugía post-revascularización.

Paso	Evaluación	Decisión	Tiempo
1	¿Sepsis, fascitis, gangrena húmeda o infección severa?	Control quirúrgico del foco séptico; revascularización simultánea o posterior	0–48 h
2	¿Infección moderada estable y revascularización exitosa?	Desbridamiento planificado + antibioterapia parenteral	3–7 días
3	¿Gangrena seca + revascularización exitosa, sin infección?	Amputación menor cuando sea viable; vigilar conversión (cada 3–5 días)	0–14 días
4	¿Sospecha clínica/radiológica de osteomielitis digital?	Resección temprana del dedo afectado	Lo antes posible
5	¿Defecto extenso que requiere cobertura con colgajo libre?	Procedimiento escalonado: revasc → control infección → cobertura	Semanas
■	¿Conversión a gangrena húmeda durante seguimiento?	Cirugía urgente sin importar el tiempo transcurrido	Inmediato

Tabla 4. Algoritmo escalonado de decisión sobre el *timing* de la cirugía post-revascularización.

8. LIMITACIONES

La presente revisión presenta varias limitaciones que deben considerarse al interpretar las recomendaciones ofrecidas:

- **Naturaleza narrativa.** A pesar de seguir un proceso estructurado de selección y verificación, esta revisión no constituye una revisión sistemática formal con análisis cuantitativo del riesgo de sesgo.
 - **Ausencia de ensayos clínicos aleatorizados.** Ningún RCT ha comparado formalmente los distintos intervalos temporales entre revascularización y cirugía. La evidencia disponible proviene de cohortes observacionales y series de casos con tamaños muestrales modestos.
 - **Heterogeneidad clínica.** Los estudios incluidos varían en tipos de revascularización (endovascular vs. abierta vs. híbrida), criterios de inclusión, clasificaciones de herida usadas y protocolos institucionales, lo que limita la comparabilidad directa.
 - **Búsqueda en una sola base de datos** (PubMed/MEDLINE). Estudios relevantes en EMBASE, Cochrane Library o Web of Science pueden no haber sido recuperados.
 - **Selección por un único Comité.** Sin extracción independiente por dos evaluadores, no es posible cuantificar la concordancia inter-observador.
 - **Idiomas restringidos** a inglés y español (con una excepción en alemán). Literatura asiática (china, japonesa, coreana) y de Europa del Este puede estar subrepresentada.
- Se requieren urgentemente **ensayos prospectivos multicéntricos** que comparen formalmente los distintos intervalos temporales con desenlaces estandarizados.

9. CONCLUSIONES

1. No existe un único intervalo temporal aplicable a todos los pacientes con pie diabético tras la revascularización; la decisión debe individualizarse según el escenario clínico.
2. En **infección severa, sepsis o gangrena húmeda**: cirugía inmediata (0–48 h); el control del foco séptico no debe retrasarse a la espera de la revascularización.⁷
3. En **infección moderada estable**: 3–7 días post-revascularización, sin evidencia robusta de que el intervalo exacto modifique los desenlaces.²
4. En **amputaciones menores tras revascularización exitosa** (gangrena seca sin infección): el *timing* no parece ser un factor crítico (mismo día, <7 días o >7 días); debe vigilarse activamente la posible conversión a gangrena húmeda en las primeras 2 semanas.^{1,3}
5. En **osteomielitis digital**: la resección temprana es superior a la espera vigilante (cicatrización 90 % vs. 68 % a 1 año).⁴
6. La **autoamputación** no debe considerarse estrategia de primera línea: la mayoría de los pacientes terminan requiriendo cirugía.^{5,6}
7. En **cirugía reconstructiva** con colgajo libre: procedimiento escalonado (revasc → infección → cobertura).⁸
8. La clasificación **Wifl** permite estratificar la urgencia de forma objetiva y debe integrarse en toda evaluación de CLTI.^{9,10,11}
9. La **monitorización objetiva de la perfusión** (SPP $\geq$ 40 mmHg, TcPO₂ $\geq$ 25 mmHg) es preferible a intervalos temporales fijos para determinar el momento óptimo de la cirugía.^{12,13,14}
10. La atención en **centros multidisciplinarios** con acceso oportuno a revascularización reduce significativamente la tasa de amputación mayor.¹⁵

10. REFERENCIAS

Formato de citación: Vancouver (estándar biomédico, International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Las 15 referencias fueron verificadas individualmente en PubMed con sus PMID y DOI confirmados, sin retracciones registradas a la fecha de búsqueda (5 de mayo de 2026). Ninguna referencia tiene una antigüedad mayor a 10 años. La numeración sigue el orden de aparición en el texto.

1. AlRashed R, Albogomi FA, Almudaiheem FA, Almutairi TA, Albassam KA, Aljaber FK, Alharbi HA. Impact of Timing of Minor Amputations After Revascularization on Patient Outcomes. *Cureus*. 2024;16(11):e73947. PMID: 39703324. <https://doi.org/10.7759/cureus.73947>
2. Altmann D, Waibel FWA, Forgo G, Grigorean A, Lipsky BA, Uçkay I, Schöni M. Timing of Revascularization and Parenteral Antibiotic Treatment Associated with Therapeutic Failures in Ischemic Diabetic Foot Infections. *Antibiotics (Basel)*. 2023;12(4):685. PMID: 37107047. <https://doi.org/10.3390/antibiotics12040685>
3. Latz CA, Deluca E, Lella S, Waller HD, DeCarlo C, Dua A. Rates of Conversion from Dry to Wet Gangrene Following Lower Extremity Revascularization. *Ann Vasc Surg*. 2022;83:20–25. PMID: 35051586. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2022.01.005>
4. Shintani T, Obara H, Matsubara K, Hayashi M, Kita H, Ono S, Watada S, Kikuchi N, Sekimoto Y, Torizaki Y, Asami A, Fujii T, Hayashi K, Harada H, Fujimura N, Hosokawa K, Nakatani E, Kitagawa Y. Impact of wound management strategies after revascularization for chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg*. 2024;79(3):632–641.e3. PMID: 37939747. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2023.11.003>

5. Al Wahbi A. Operative versus non-operative treatment in diabetic dry toe gangrene. *Diabetes Metab Syndr*. 2019;13(2):959–963. PMID: 31336551. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.12.021>
6. Al Wahbi A. Autoamputation of diabetic toe with dry gangrene: a myth or a fact? *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2018;11:255–264. PMID: 29910628. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S164199>
7. Senneville É, Albalawi Z, van Asten SA, Abbas ZG, Allison G, Aragón-Sánchez J, Embil JM, Lavery LA, Alhasan M, Oz O, Uçkay I, Urbancic-Rovan V, Xu ZR, Peters EJG. IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections (IWGDF/IDSA 2023). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3687. PMID: 37779323. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3687>
8. Tran R, Haffner ZK, Slamin RP, Akbari CM, Evans KK. Arterialized Vein Bypass Graft Recipient Vessel in Free Tissue Transfer Covering Diabetic Foot Ulcers Complicated by Critical Limb Ischemia. *Ann Plast Surg*. 2023;90(6S Suppl 5):S570–S573. PMID: 37399481. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000003406>
9. Conte MS, Bradbury AW, Kolh P, White JV, Dick F, FitrIDGE R, Mills JL, Ricco JB, Suresh KR, Murad MH; GVG Writing Group. Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg*. 2019;69(6S):3S–125S.e40. PMID: 31159978. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2019.02.016>
10. Godoy MR, Brochado-Neto FC, Matielo MF, Martins Cury MV, Manzioni R, Sacilotto R. The value of Wound, Ischemia and foot Infection classification in patients undergoing endovascular therapy. *J Vasc Surg*. 2023;78(5):1260–1269. PMID: 37541557. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2023.07.056>
11. Alves DG, Ferreira V, Teixeira G, Vasconcelos J, Maia M, Vidoedo J, Almeida Pinto J. Wound, Ischemia, Foot Infection (WIFI) Classification System And Its Predictive Ability Concerning Amputation-Free Survival, Mortality And Major Limb Amputation In A Portuguese Population: A Single Center Experience. *Port J Card Thorac Vasc Surg*. 2024;30(4):51–58. PMID: 38345882. <https://doi.org/10.48729/pjctvs.364>
12. FitrIDGE R, Chuter V, Mills J, Hinchliffe R, Azuma N, Behrendt CA, Boyko EJ, Conte MS, Humphries M, Kirksey L, McGinagle KC, Nikol S, Nordanstig J, Rowe V, Russell D, van den Berg JC, Venermo M, Schaper N. Editor's Choice — The Intersocietal IWGDF, ESVS, SVS Guidelines on Peripheral Artery Disease in People With Diabetes Mellitus and a Foot Ulcer. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2023;66(4):454–483. PMID: 37724984. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2023.07.020>
13. FitrIDGE R, Chuter V, Mills J, Hinchliffe R, Azuma N, Behrendt CA, Boyko EJ, Conte MS, Humphries M, Kirksey L, McGinagle KC, Nikol S, Nordanstig J, Rowe V, Russell D, van den Berg JC, Venermo M, Schaper N. 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. PMID: 37726988. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3686>
14. Fujii M, Yamada A, Yamawaki K, Tsuda S, Miyamoto N, Gan K, Terashi H. Predictive Factors for Limb Salvage and Foot Ulcer Recurrence in Patients with Chronic Limb-Threatening Ischemia After Multidisciplinary Team Treatment: A 6-Year Japanese Single-Center Study. *Int J Low Extrem Wounds*. 2023;22(4):722–732. PMID: 34498990. <https://doi.org/10.1177/15347346211041429>
15. Rümnapf G, Morbach S, Rother U, Uhl C, Görtz H, Böckler D, Behrendt CA, Hochlenert D, Engels G, Hohnneck A, Sigl M. [Diabetic foot syndrome — Part 2: Revascularization, treatment alternatives, care structures, recurrency prophylaxis]. *Chirurg*. 2021;92(2):173–186. PMID: 33237367. <https://doi.org/10.1007/s00104-020-01313-5>

11. CITA SUGERIDA

Ledezma-Iñiguez J; Comité Científico SOMEPOMED. Tiempo de espera post-revascularización para cirugía en pie diabético: revisión de la evidencia según escenario clínico. *Revisiones Clínicas SOMEPOMED — Lo que la Evidencia Dice*. 2026;(1). DOI: 10.5281/zenodo.20043757. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20043757>

12. AVISO LEGAL



Este documento es una publicación de **divulgación científica** elaborada por el Comité Científico de la Sociedad Mexicana de Podología Médica AC (SOMEPOMED), dirigida a profesionales de la salud de las áreas médica y podológica. Su propósito es facilitar el acceso a la evidencia científica actualizada.

No representa una guía de práctica clínica ni sustituye el juicio profesional individualizado. Las decisiones terapéuticas deben tomarse por el equipo multidisciplinario tratante, considerando las características clínicas, comorbilidades y preferencias de cada paciente.

Declaración de conflicto de intereses: El Comité Científico de SOMEPOMED declara no tener conflictos de intereses relacionados con esta publicación.

Financiamiento: Esta publicación no recibió financiamiento externo.



Ledezma-Iñiguez J | Comité Científico SOMEPOMED
SOMEPOMED — Sociedad Mexicana de Podología Médica AC

Revisiones Clínicas SOMEPOMED — Lo que la Evidencia Dice

No. 1 · Marzo 2026