

COMPLICACIONES CRÓNICAS: PIE DIABÉTICO

Sandra Martínez Fuster.
Médico Adjunto Endocrinología
Hospital General de Elda.

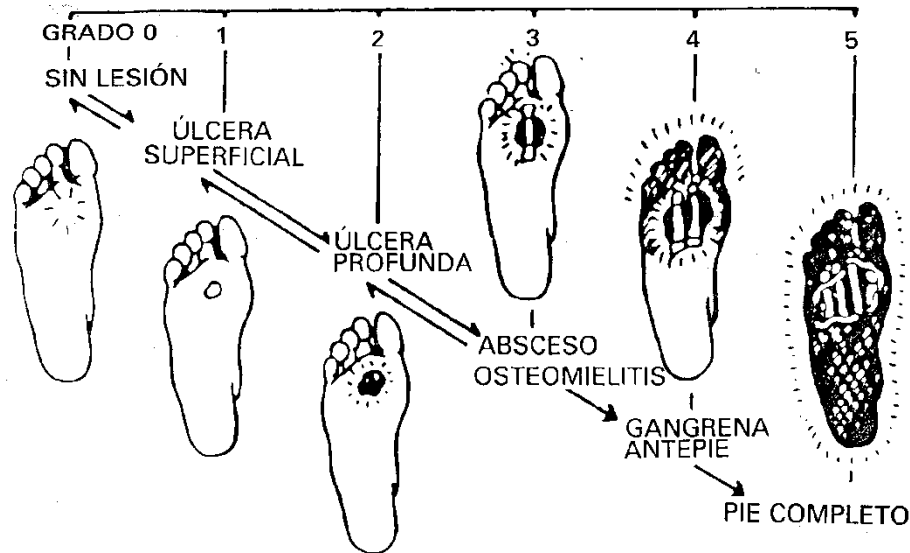
Elda, 7 de junio de 2017

AGENDA

- Aspectos generales.
- Clasificación del pie DM.
- Evaluación del pie DM:
 - Técnicas de exploración
- Gestión pie diabético.
 - Prevención Primaria
 - Prevención Secundaria

DEFINICIÓN PIE DIABÉTICO

“Entidad clínica de base etiopatogénica **neuropática** inducida por la **hiperglucemia** mantenida, en la que, **con o sin coexistencia de isquemia** y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración del pie”



Clasificación de Wagner

Pie diabético. Repercusiones socio-sanitarias

- La diabetes puede suponer.....
 - **25% úlceras.**
 - **76% de amputaciones no traumáticas.**
 - **Riesgo de amputación entre 10-30 veces mayor.**
 - 3,8/1000 pacientes DM2/año.
- **Hospitalizaciones prolongadas**, rehabilitación, mayor necesidad de cuidados a domicilio y servicios sociales.
- Coste de una úlcera: \$ 28.000 durante los dos años posteriores al diagnóstico.
- El **coste directo** de una amputación relacionada con el pie diabético es de \$ 30.000-60.000 .
- **Costes indirectos** por la pérdida de productividad , costes individuales del paciente y pérdida de calidad de vida .

FISIOPATOLOGIA

Factores Predisponentes
Conducen situación riesgo



PNP
EAP
NIVEL SOCIOECONOMICO

Factores desencadenantes
Provocan aparición lesión



- 1.- Traumatismo mecánico:
 - impacto intenso y localizado (clavo)
 - presión ligera y sostenida (zapato mal ajustado).
- 2.- Traumatismo térmico (bolsa agua caliente...)
- 3.- Traumatismo químico (agentes queratolíticos)

Factores Agravantes
Perpetúan la lesión

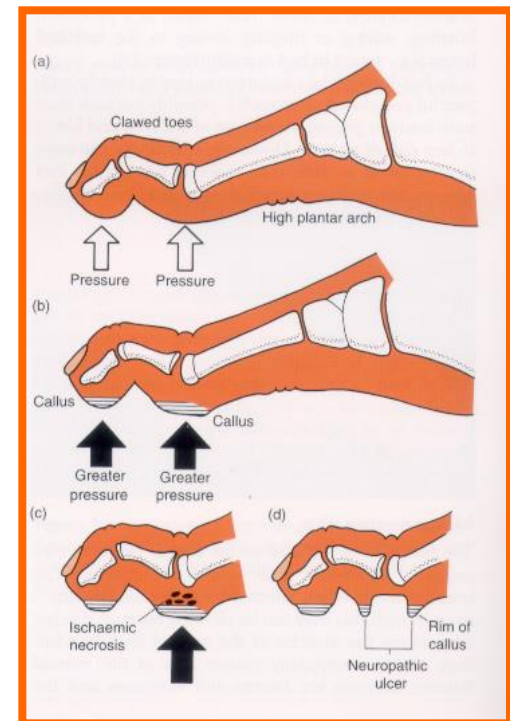
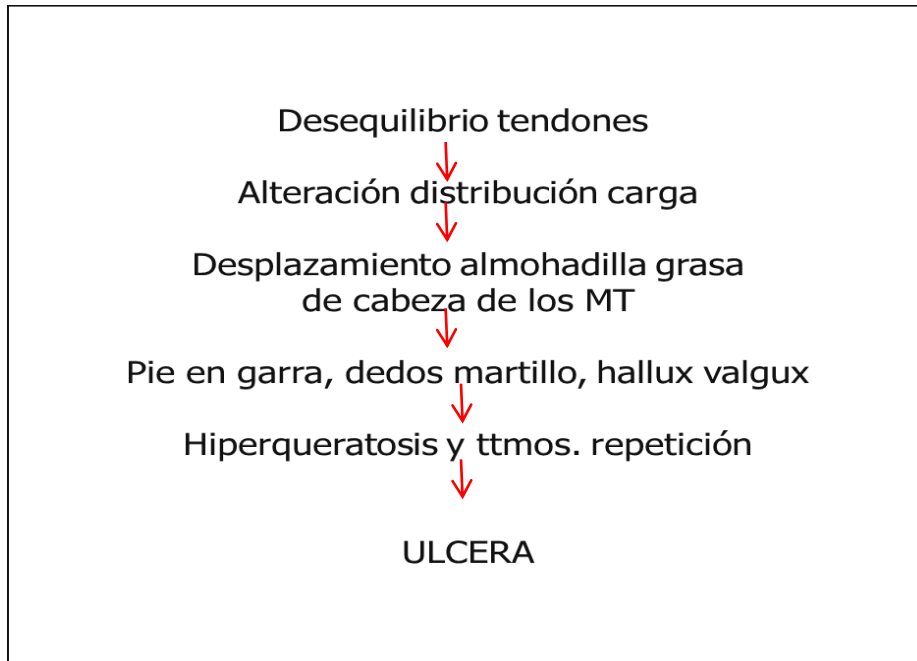


Falta de dolor
Hiper glucemia (inmunocompromiso)
Isquemia (compromete llegada ABT)

SENSITIVA: descenso sensibilidad profunda "fibras largas" (posición, presión)
descenso sensibilidad superficial "fibras cortas" (táctil, térmica, dolorosa)

AUTONOMICA: descenso sudor → grietas → infección

MOTORA: Alteración del tono con atrofia musculatura intrínseca pie



Riesgo aumentado de úlceras/amputaciones:

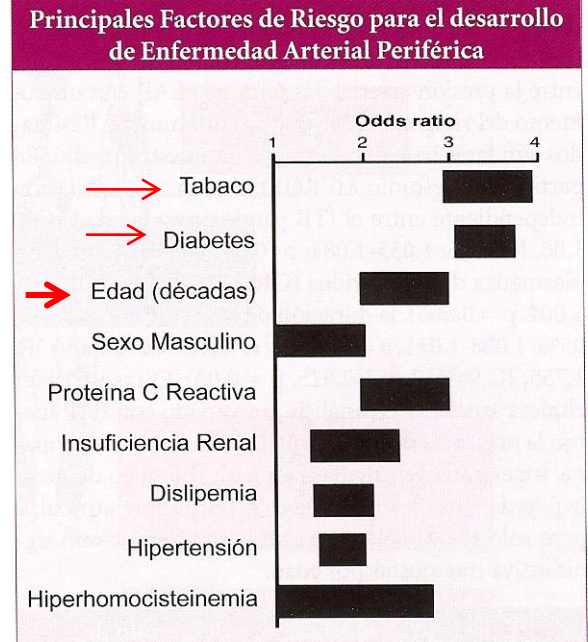
- Mal control de glucemia
- Neuropatia periférica
- Tabaquismo
- Deformidades de los pies
- Callosidades preulcerativas
- EAP
- Antec de úlceras
- Amputación
- Deterioro visual
- Nefropatia dm

POLINEUROPATIA SIMETRICA DISTAL

Sensitiva, mixta
Afectando MMII
10-18% al diagnóstico
80% de las úlceras
Tº evolución, edad, nivel de control

- ✓ **Principal factor de riesgo para el desarrollo de úlceras y amputaciones no traumáticas.**
- ✓ **Asintomática, irreversible , lentamente progresiva.**
- ✓ **Sus consecuencias suponen un importante impacto en la vida de los pacientes causando discapacidad y reducción en la expectativa de vida.**
- ✓ **Evolución puede ser controlada mediante intervención sobre FR modificables**
- ✓ **Establecer programas de cribado que permitan la detección y tratamiento precoz.**

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA



- ✓ Silente: 10-30% enfermedad angiográficamente relevante presenta síntomas.
- ✓ Movilidad reducida: edad, artrosis....
- ✓ Consideración de las molestias por parte del paciente y del médico.
- ✓ Amplio espectro clínico. Asociación con NPD
- ✓ Semiología olvidada.

Atherosclerosis 2004; 175: 131
Eur J Vasc Endovasc Surg (TASC III) 2007; 33
TASC II. Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 33:583
Rev Clin Esp 2007; 207: 228
Diabetes Care 2006; 29: 148
Med Clin (Barc) 2006; 127: 605

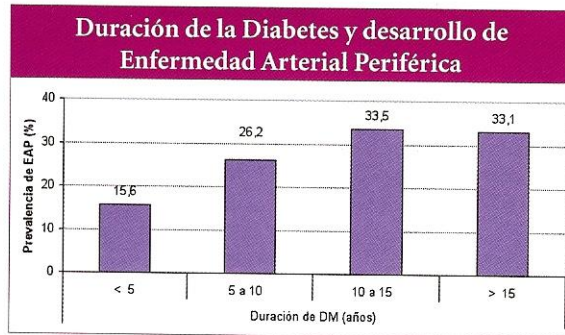


Figura 2. Diabetes y EAP. La duración de la diabetes se asocia con una prevalencia creciente de enfermedad arterial periférica. Diabetes Care 2002 May;25(5):894-9. UKPDS 59.

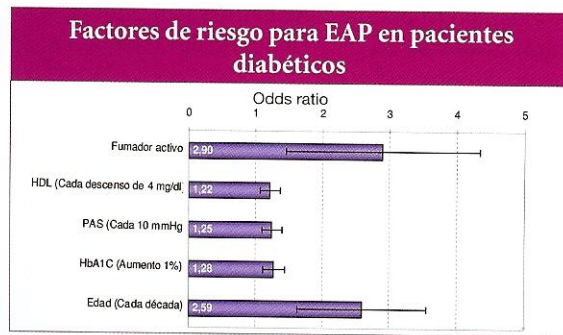


Figura 3. Factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad arterial periférica en pacientes diabéticos. HDL: Colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; PAS: presión arterial sistólica. Diabetes Care 2002 May;25(5):894-9. UKPDS 59.

Prevalencia aumentada en diabéticos

Edades más tempranas que en no diabéticos

Progresión más rápida

Predilección por vasos tibiales

Bilateral, segmentaria y distal

El tiempo y la gravedad de la diabetes se relacionan con la incidencia y grado de afectación de la EAP.

Responsable del 62% de las úlceras que no cicatrizan.
 Factor de riesgo implicado en el 46% de las amputaciones

CLASIFICACIÓN DEL PIE DM

CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADOS CLÍNICOS

CLASIFICACIÓN PEDIS³

sistema de clasificación para fines de investigación.

Tabla 2 Clasificación IDSA de la gravedad de la infección de pie diabético (adaptación SEACV)

IDSA (adaptada SEACV) Severidad de la infección	Signos clínicos de infección	IWGDFGrado PEDIS
No infección	Ausencia de signos inflamatorios y de supuración	Grado 1
Infección leve	Ausencia de signos sistémicos de infección Evidencia de pus o 2 o más signos de inflamación	Grado 2
Infección moderada-leve	Ausencia de signos sistémicos de infección. Celulitis > 2 cm infección tisular profunda (atraviesa tejido celular subcutáneo, no absceso, linfangitis, artritis, osteomielitis, miositis ni isquemia crítica)	Grado 3
Infección moderada-grave	Ausencia de signos sistémicos de infección. Celulitis > 2 cm infección tisular profunda (atraviesa tejido celular subcutáneo, con absceso, linfangitis, artritis, osteomielitis, miositis o isquemia crítica)	Grado 3
Infección grave	Cualquier infección que se acompañe de toxicidad sistémica (fiebre, escalofríos, vómitos, confusión, inestabilidad metabólica, shock)	Grado 4

IWGDF: *International Working Group on the Diabetic Foot*; PEDIS System: perfusión, extensión, profundidad (*Depth*), infección, sensibilidad.

CLASIFICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS²

información acerca de las características de la lesión, también de la presencia de isquemia e infección. Validada y presenta excelente correlación con el riesgo de amputación de la extremidad.

Grado	Lesión	Estado
0	Pre o posulcerativo cicatrizado	A, B, C o D
1	Úlcera superficial sin incluir tendón, cápsula o hueso	A, B, C o D
2	Úlcera profunda (penetra en tendón o cápsula)	A, B, C o D
3	Úlcera penetrante en hueso o articulación	A, B, C o D

Estados

A: Heridas limpias.

B: Heridas infectadas no isquémicas.

C: Heridas isquémicas no infectadas.

D: Heridas isquémicas infectadas.

-CLASIFICACIÓN DE WAGNER-MERRIT¹

Permite **categorizar** las lesiones en función de la **profundidad de la úlcera** y ha mostrado una **correlación con la tendencia a cicatrización**. Sin embargo, **no tiene en cuenta la presencia e importancia del componente isquémico**.

Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie riesgo	Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
1	Úlceras superficiales	Destrucción total del espesor de la piel
2	Úlceras profundas	Penetra en la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
3	Úlceras profundas más absceso	Extensa, profunda, secreción y mal olor
4	Gangrena limitada	≥Necrosis de parte del pie
5	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

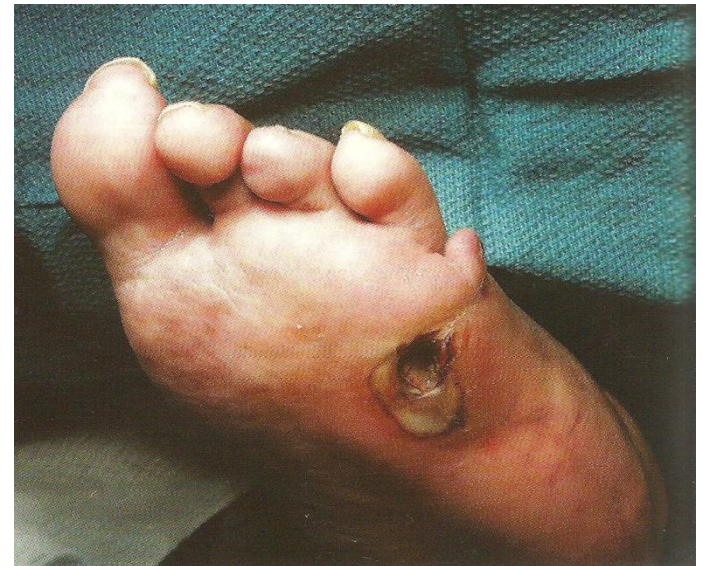
Grado 0 de Wagner: no existe **ulceración**. Existen deformidades, callosidades y algún factor para considerarlo un pie de riesgo.



Grado 1. Ulceración superficial. No infectada.



Grado 2. Ulceración superficial con infección localizada o más profunda con afectación subcutánea.



Grado 3 de Wagner. Ulceración profunda, localizada que afecta a tendones, osteomielitis.



Grado IV de Wagner. Gangrena limitada. Necrosis de parte del pie o de los dedos, talón o planta.



Grado V de Wagner. Gangrena extensa. Todo el pie afectado, efectos sistémicos.



VALORACIÓN DE LA ÚLCERA

- **TRAS LA INSPECCIÓN DE ESTAS TRES ÚLCERAS, ¿CUÁL SUGIERE LA PRESENCIA DE NEUROPATÍA E ISQUEMIA?**



EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO

INSPECCIÓN

**EXPLORACIÓN
VASCULAR**

**EXPLORACIÓN
NEUROLÓGICA**

INSPECCIÓN

VALORACIÓN ASPECTO DEL PIE

“MEMPHIS NEUROPATHY INSTRUMENT SCORE” (MNIS)

	D SÍ	D NO	I SÍ	I NO
Piel seca, fría, sin vello	1	0	1	0
Uñas anchas y gruesas	1	0	1	0
Deformidades	1	0	1	0
Callos	1	0	1	0
Úlcera	1	0	1	0

INSPECCIÓN

- **ADEMÁS, PUEDE SER ÚTIL:**

- HIDRATACIÓN E HIGIENE
- COLORACIÓN, TEMPERATURA Y ATROFIA DE LA PIEL
- MOVILIDAD ARTICULAR
- GRIETAS
- LOCALIZACIÓN CALLOSIDADES
- APORTAR MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ÚLCERA

¿A PARTIR DE QUÉ MOMENTO SE RECOMIENDA EL CRIBADO DE NEUROPATÍA?¹

- **DM tipo 1**
 - 5 años evolución
- **DM tipo 2**
 - Tras diagnóstico

¹Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, Volume 36, Supplement 1, January 2014

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

- **Cuestionarios de signos y síntomas**
 - **NEUROPATHY SYMPTON SCORE (NSS)**
 - **NEUROPATHY DISABILITY SCORE (NDS)**
- **Evaluación de sensibilidades**
 - **SUPERFICIAL: ALGÉSICA, TÉRMICA**
 - **PROFUNDA: VIBRATORIA, PRESORA**
- **Evaluación de los reflejos osteotendinosos**
 - **ROTULIANO, AQUÍLEO**

CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS NEUROPÁTICOS *“NEUROPATHY SYMPTON SCORE” (NSS)*

QUEMAZÓN, ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEOS, PINCHAZOS	2
FATIGA, CALAMBRES, DOLOR	1
PIES	2
PANTORRILLAS	1
APARECEN EN NOCHE	2
APARECEN DÍA/NOCHE	1
APARECEN EN DÍA	0
DESPIERTAN POR LA NOCHE	1
SE ALIVIAN CAMINANDO	2
SE ALIVIA DE PIE	1
SE ALIVIA SENTADO O TUMBADO	0

CUESTIONARIO DE SIGNOS DE NEUROPATÍA
“NEUROPATHY DISABILITY SCORE” (NDS)

PIE		D	I
REFLEJO AQUÍLEO	PRESENTE	0	0
	POSITIVO CON REFUERZO	1	1
	AUSENTE	2	2
DOLOR AL PINCHAZO	NORMAL	0	0
	REDUCIDO	1	1
SENSIBILIDAD VIBRATORIA	NORMAL	0	0
	REDUCIDA	1	1
TEMPERATURA	NORMAL	0	0
	REDUCIDA	1	1

¿CÓMO INTERPRETAR EL RESULTADO DE LOS CUESTIONARIOS?

▪ POLINEUROPATÍA DIABÉTICA SI¹:

Riesgo bajo: Único dato diagnóstico de PND: NDS ≥ 6 .

Riesgo moderado: Además de NDS ≥ 6 , Umbral de percepción vibratoria > 25 mV (neurotensiómetro). Alternativamente se puede utilizar el diapasón calibrado (perdida de la sensación en la escala 2)

Riesgo elevado: Además presenta una pérdida de la sensación a la presión con el monofilamento de 10 g. (2 veces de 3 estímulos en al menos un lugar de los cuatro explorados).

¹Semin Fund Esp Reumatol. 2012;13:119-29

CRIBAJE



NDS

ESTRATIFICACION: MNF, neurotensiometro

RIESGO LEVE:	NDS \geq 6			
RIESGO MODERADO:	"	+ \geq 25 mV		
RIESGO ALTO:	"	+ "		+ MF (+)

Inspección del pie + MF

HERRAMIENTAS Y MODO DE EMPLEO EN LA EXPLORACIÓN

EVALUACIÓN DE SENSIBILIDADES

- **SENSIBILIDAD SUPERFICIAL**
 - ALGÉSICA
 - TÉRMICA
 - TÁCTIL EPICRÍTICA (ALGODÓN O PINCEL)
- **SENSIBILIDAD PROFUNDA**
 - VIBRATORIA O PALESTÉSICA
 - PRESORA O BARESTÉSICA
 - ARTROCINÉTICA
 - GRAFOAGNÓSICA

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL

- **ALGÉSICA**

- Punta metálica no punzante/palillo de madera
- **Aplicación** en la superficie cutánea del repliegue ungueal del primer dedo

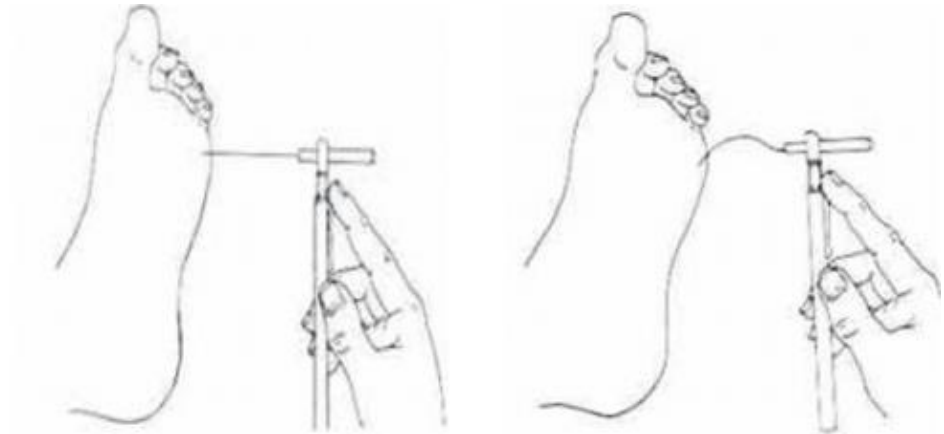
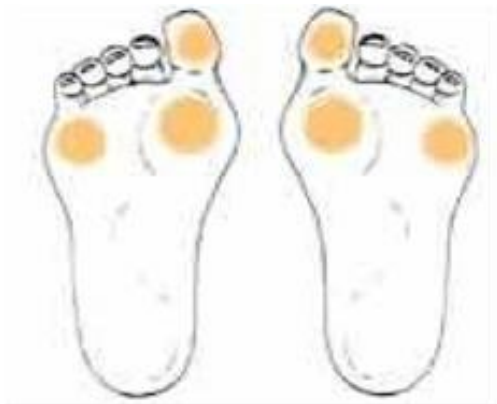
- **TÉRMICA**

- Barra térmica o uso del manguito del diapasón
- **Aplicación** en zona lateral del pie

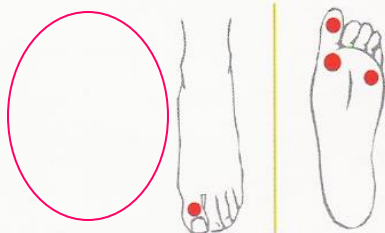


SENSIBILIDAD PROFUNDA

- **PRESORA O BARESTÉSICA**
 - Monofilamento de Semmes-Weinstein (5,07/10g)
 - **Aplicación** en 4 lugares: 3 plantares de apoyo y cara ventral del primer dedo



a) ¿Dónde se aplica?



En el dorso del pie, a nivel del repliegue ungüéal del primer dedo, o también se puede aplicar a nivel de las cabezas metatarsales cara plantar a nivel de la 1ª y 5ª y en la base del 1er dedo.

b) ¿Cómo se aplica?



Aplicar el monofilamento de forma perpendicular hasta que el hilo se incurve. En este preciso instante estaremos ejerciendo una presión lineal equivalente a 10 gr. por cm².

c) ¿Qué deberá notar el paciente?

Si detecta o no el monofilamento en el preciso instante en que este se incurva.

d) Observaciones:

No aplicar sobre heridas, úlceras o hiperqueratosis.



Aplicamos una fuerza de 10 gr por cm²

Monofilamento 5,07 de Semmens-Weinstein

Sensibilidad a la presión

S: 57-93% E: 75-100%

VPP: 84-100%

VPN: 36-94%

Test más fiable de cribado en ausencia de dolor

Disminuye 13 veces la tasa anual de úlceras y reduce un 80% la aparición de nuevas úlceras.

Identifica 90% test neurológicos anormales, ↓ tº exploración.

SENSIBILIDAD PROFUNDA

- **REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS**

- Reflejo Aquileo

- Percusión con martillo exploración en tendón Aquiles que provoca una contracción del tríceps crural dando lugar a una flexión plantar del pie.



SENSIBILIDAD PROFUNDA

- **VIBRATORIA O PALÉSTESICA**
 - Diapasón sin graduación
valor cualitativo
 - Diapasón graduado de 128 Hz (Rydel-Seiffer)
valor cuantitativo
 - Neurotensiómetro de Horwell
 - **Aplicación** en dorso articulación interfalángica del primer dedo
 - Se considera sensibilidad conservada si percibe vibración en 2 de 3 pruebas siendo una de ellas simulacro

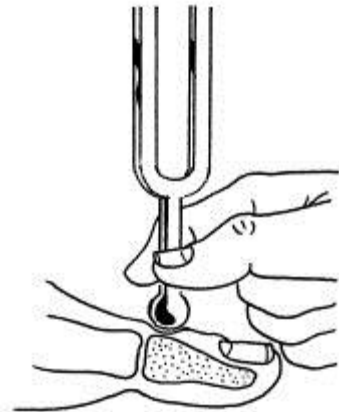
DIAPASÓN



**SENSIBILIDAD
CONSERVADA SI
PERCIBE ENTRE 4-8**



**SENSIBILIDAD
CONSERVADA SI
PERCIBE
VIBRACIÓN O DEJA
DE PERCIBIRLA
CUANDO LO DEJA
DE NOTAR EL
EXAMINADOR**



NEUROTENSIÓMETRO HORWELL

- **Amplitud de vibración entre 0-50mv**
- **Sensibilidad conservada si percibe vibración < 25mv**



EXPLORACIÓN VASCULAR

CUESTIONARIO DE EDIMBURGO

¿SIENTE DOLOR EN LAS PIERNAS CUANDO CAMINA? SI	NO
¿EL DOLOR COMIENZA CUANDO ESTÁ SENTADO O DE PIE SIN MOVERSE? NO	SI
¿EL DOLOR APARECE SI CAMINA DEPRISA O SUBE UNA PENDIENTE? SI	NO
¿EL DOLOR DESAPARECE EN 10' CUANDO SE DETIENE? SI	NO
¿NOTA EL DOLOR EN PANTORRILLAS, MUSLOS O GLÚTEOS? SI	NO

**CLAUDICACIÓN
INTERMITENTE**

**DEFINIDA PANTORRILLAS
ATÍPICA MUSLOS O GLÚTEOS**

NO CIV

PALPACIÓN DE PULSOS



DIAGNOSTICO



CLAUDICACION

Síntomas:

calambres, tirantez, cansancio,
dolor , impotencia

Inspección

Perdida de vello
Frialdad
Palidez
Atrofia de la piel
Uñas

Palpación Pulsos

Femoral, popliteo,
Tibial posterior (100%)
Pedio dorsal (30%)



Pulso tibial ausente es el mejor
discriminador aislado de isquemia crónica.

S: 71%; E: 91%; VPP: 49%; VPN: 96,5%

Diagnóstico

La CLI y ausencia de pulsos son indicadores diagnósticos de una precisión insuficiente



ITB

Utilidades

- Despistaje: prevalencia de EAP es 3 a 4 veces superior a la sintomática.
- Diagnóstico: $ITB \leq 0,9$
- Estable grados: normal: 0,91-1,3.
leve: 0,71-0,9.
moderada: 0,51-0,7
grave: $\leq 0,5$
- Valor pronóstico en el desarrollo de complicaciones y mortalidad CV en otros territorios en pacientes asintomáticos.
- Planteamiento terapéutico multifactorial más enérgico tanto en P1^a como en P2^a

Fácil, incruenta, barata, precisa, reproducible.

Prueba objetiva más eficiente para documentar EAP

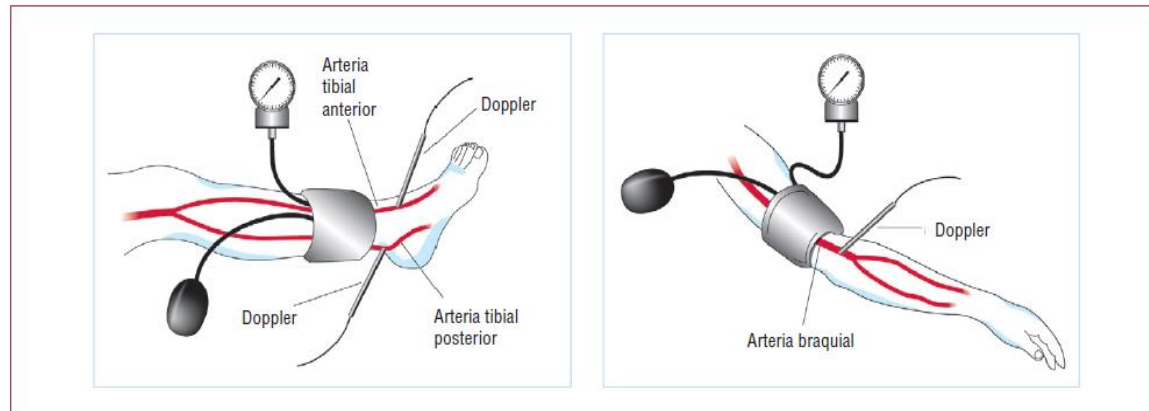
S: 95% y E 100% para detectar estenosis > 50% luz en relación a la angiografía

Indicaciones

En todos los diabéticos ≥ 50 años.
En población general ≥ 70 años.
Cualquier edad si no pulsos o EAP sintomática o EV en otros territorios

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

- Manguito de un esfigmomanómetro de 10-12 cm colocado justo por encima del tobillo y monitor Doppler portátil (5-10 MHz, aunque se suele emplear el de 8 MHz) para medir la presión de las arterias tibiales anterior y posterior de cada pie.
- La presión sistólica del tobillo más elevada se divide por la presión sistólica braquial más elevada, y el resultado es un ITB por pierna.



Cálculo de índices tobillo-brazo (ITB) mediante estudio doppler¹.

> 1.4	CALCIFICACIÓN ARTERIAL (MONCKEBERG)
1-1.4	NORMAL
0.91-0.99	SOSPECHA ENFERMEDAD ARTERIAL
≤ 0.9	ENFERMEDAD ARTERIAL

¹ACCF/AHA Focused Update of the Guideline for the Management of Patients With Peripheral Artery Disease (Updating the 2005 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2011;124:2020-45.

ÍNDICE TOBILLO-BRAZO



Clasificación del International Working Group on the Diabetic Foot

Riesgo	Características	Tratamiento	Reevaluación
Bajo Riesgo	Sensibilidad conservada, pulsos palpables	Atención Primaria	Anual
Riesgo Moderado	Neuropatía, ausencia de pulsos o deformidad	Atención Primaria/ Especializada	Semestral
Alto Riesgo	Neuropatía o ausencia de pulsos junto con cambios en la piel, deformidad o úlcera previa	Atención Primaria/ Especializada	Trimestral
Pie ulcerado		Atención Primaria/ Especializada	Individualizado

GESTIÓN PIE DIABÉTICO

■ **PREVENCIÓN PRIMARIA¹**

- Inspección regular y examen pie
- Identificación pie alto riesgo
- Programa de prevención en pacientes con pie de alto riesgo
- Tto ortopédico

¹Guía práctica de gestión y prevención de pie diabético.IWGDF.2011.

PROPUESTA PROGRAMA PREVENCIÓN EN PACIENTES CON PIE DE ALTO RIESGO

- **VALORACIÓN INICIAL**
- **OBJETIVOS EDUCATIVOS**
- **CONTENIDOS**
- **METODOLOGÍA**
- **EVALUACIÓN**

VALORACIÓN

- **ANAMNESIS:**
 - Edad, tiempo evolución, complicaciones, historia úlceras o amputaciones, resultados inspección/exploración, situación socio-familiar, nivel conocimientos y cuidados diabetes...
- **CAPACIDAD VISUAL (periódicos)**
- **FLEXIBILIDAD ARTICULAR (barras de 15 y 65cm)**

OBJETIVOS EDUCATIVOS-CONTENIDOS

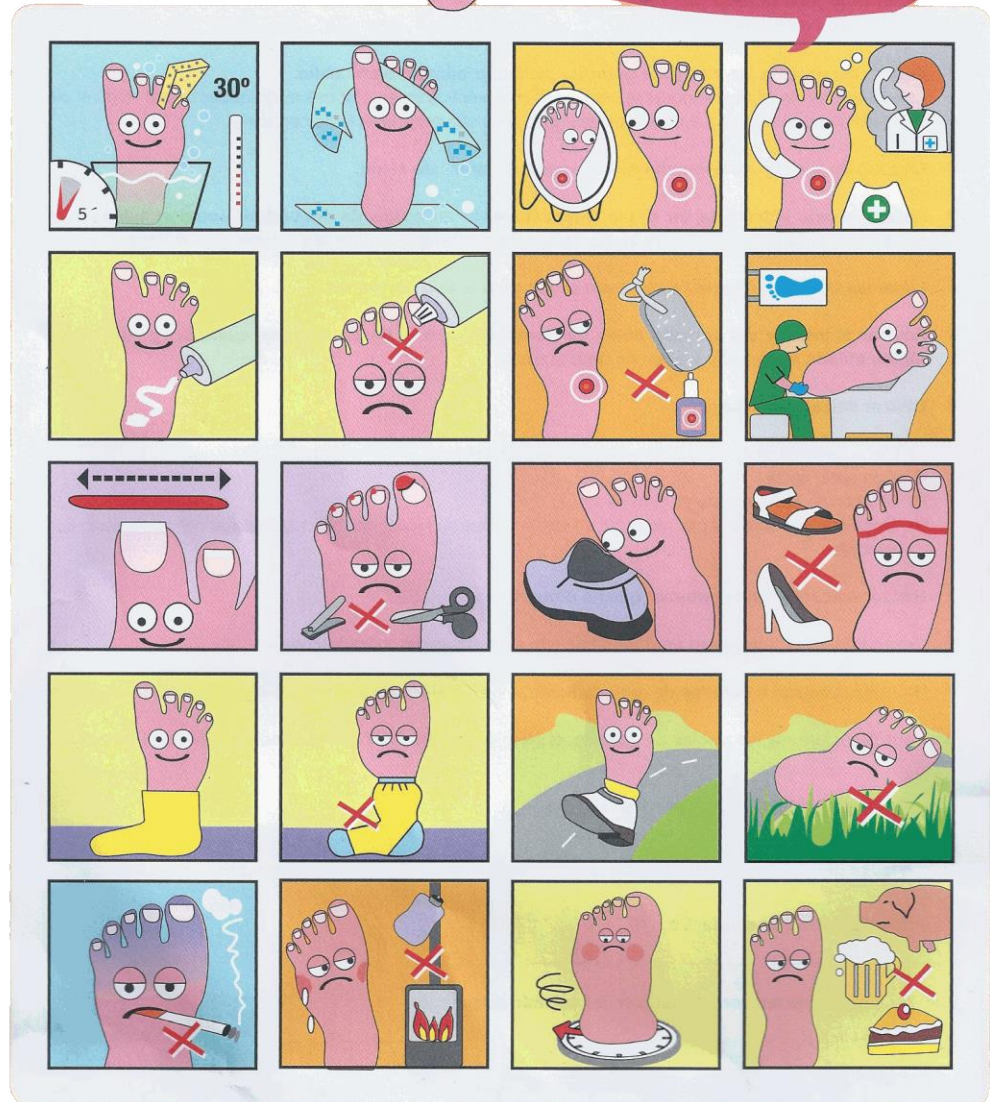
- Evitar fuentes de calor
- Realizar higiene correcta
- Observación diaria y avisar
- Hidratación adecuada
- Cuidado oportuno de las uñas
- Uso prendas y calzado adecuado
- Factores desencadenantes lesión
- Evitar tabaco y sobrepeso



Autocuidados diarios

en la prevención del pie diabético

Una imagen vale más que mil palabras



METODOLOGÍA

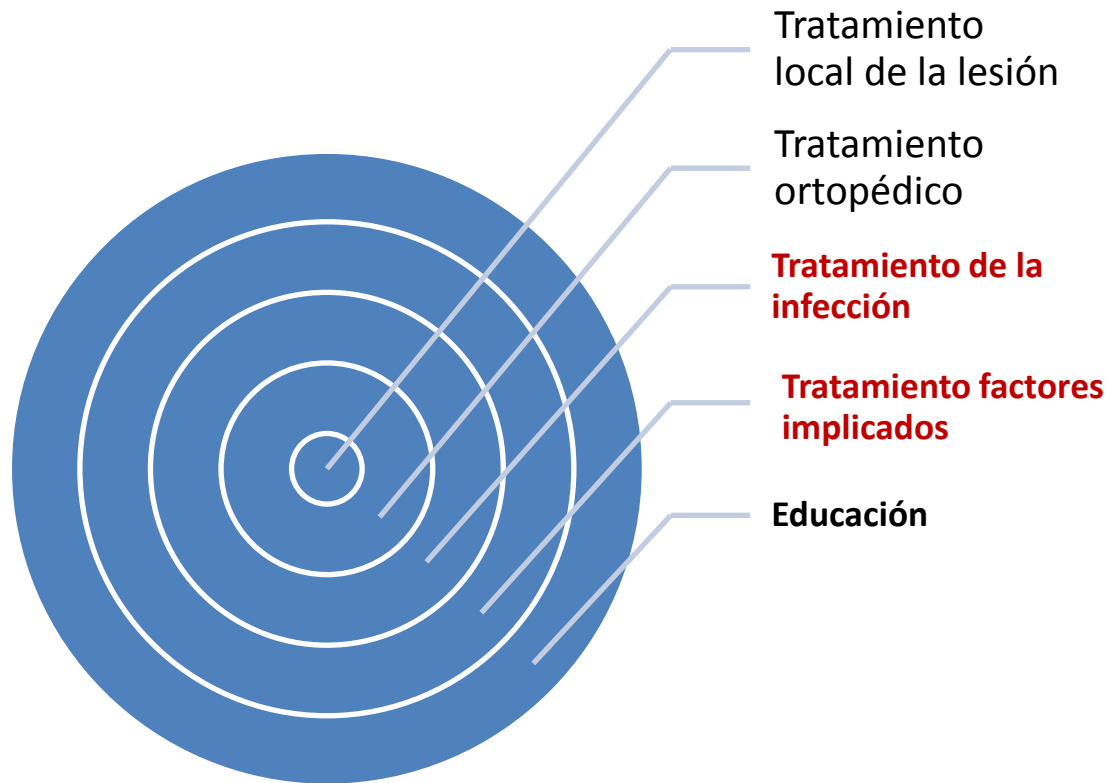
- Valorar déficit sensorial y ritmo aprendizaje lento
- Visitas individuales y grupales
- Lenguaje sencillo, resumir, repetir
- Actividades participativas que incluyan sus experiencias y conocimientos
- Colaboración familiares

EVALUACIÓN

- **Evaluación continuada de conocimientos, habilidades y actitudes**
 - A. ¿En qué momento del día debería comprar los zapatos?...
 - B. Muéstreme como se revisa los pies...
 - C. ¿Cuántas veces se ha aplicado crema hidratante en los pies en la última semana?...

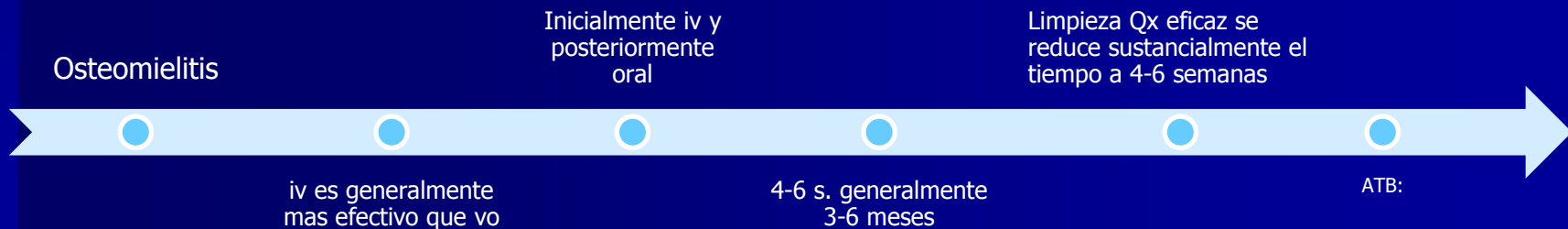
GESTION DEL PIE DIABETICO

PREVENCION SECUNDARIA



TRATAMIENTO. INFECCIONES

Empirico	1ª elección	2ª elección
Leves	Amoxiclavulanico vo	Levofloxacino vo o Moxifloxacino vo o Ciprofloxacino + clindamicina vo o Cotrimoxazol vo
Moderadas graves	Ertapenem iv ± Linezolid vo/iv o daptomicina iv o Glucopéptido iv	Amoxiclavulánico iv o Cefalosporina 3ª gen. + Metronidazol iv/ o Metronidazol iv/vo + fluoroquinolona iv/vo o Piperacilina-tazobactan iv o Imipemen iv o meropenem iv ± linezolid iv/vo o daptomicina iv o Glucopéptido iv
Graves muy graves	Meropem o Imipenen iv o Piperacilina-tazobactam iv + linezolid iv o Daptomicina o Glucopéptido	Tigecilina iv +- fluorquinolona iv o Amikacina iv



TRATAMIENTO. Infecciones

Infección leve sin osteomielitis y buen soporte domiciliario

- ATB 14 días.

Infección leve con osteomielitis, no soporte domiciliario o empeoramiento en 48 horas

- Hospitalización y ATB iv

Infección moderada-grave

- si isquemia: revascularización y ATB
- si osteomielitis: amputación local y/o ATB larga temporada
- sin isquemia ni osteomielitis: limpieza Qx local y ATB

Vasculopatía periférica

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

- 1 .- Rehabilitación
- 2.- Control de factores riesgo
- 3.- Tratamiento farmacológico
Específico
- 4.-Cirugía/revascularización

Vasculopatía periférica

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

- 1.- Rehabilitación
- 2.- Control de factores riesgo
- 3.- Tratamiento farmacológico específico
- 4.- Cirugía/revascularización

Ejercicio supervisado regular, constante, con aumento secuencial de tiempo y distancia
30-45' > 3 veces/s; > 12 sem.

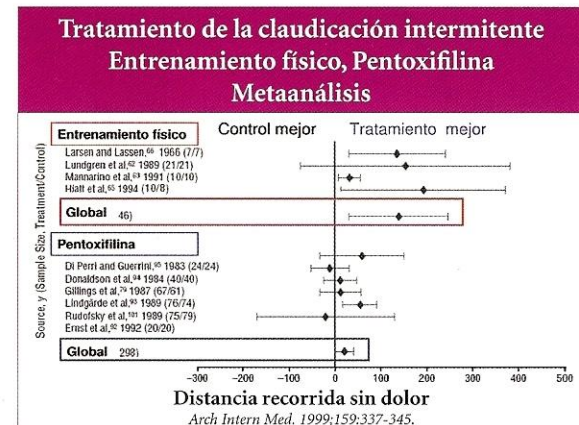


Figura 9. Importancia de las medidas higiénico dietéticas. Es de destacar la superior eficacia en la distancia recorrida sin dolor de las medidas de entrenamiento físico frente a la medida farmacológica más usada en nuestro medio (pentoxifilina). Arch Intern Med. 1999;159:337-345.

Vasculopatía periférica

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

1.- Rehabilitación

2.- Control de factores riesgo

Tabaco
Obesidad
Lípidos
TA
Glucemia

3.- Tratamiento farmacológico
Específico

4.- Cirugía/revascularización

Vasculopatía periférica

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

- 1.- Rehabilitación
- 2.- Control de factores riesgo
- 3.- Tratamiento farmacológico
- 4.- Cirugía/revascularización



AAS: no aprobado por la FDA en P2^a en EAP, si por otras directrices.

CLOPIDROGEL: único aprobado por FDA para reducción de eventos isquémicos en EAP.

"ADA": mayores beneficios demostrados en EAP en diabéticos.

TICLOPIDINA: solo en caso de intolerancia a los anteriores.

Vasculopatía periférica

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

- 1.- Rehabilitación
- 2.- Control de factores riesgo
- 3.- Tratamiento farmacológico
Específico
- 4.- Cirugía/revascularización



Cilostazol:

- Inhibidor selectivo fosfodiesterasa que inhibe la síntesis plaquetaria de tromboxano A2
- Único con evidencia en claudicación intermitente (1A). Aumento del 86% de la distancia recorrida sin dolor.

Pentoxifilina: 2ª elección

Doble antiagregación: no recomendada

Anticoagulación : no indicada.

Vasculopatía periférica

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

- 1.- Rehabilitación
- 2.- Control de factores riesgo
- 3.- Tratamiento farmacológico Específico

4.- Cirugía/revascularización



Angioplastia percutanea
Bypass
Endarterectomia



▪ Criterios de amputación:

- Gangrena (Wagner 4-5)

▪ Revascularización:

- Claudicación intermitente que no mejora
- Isquemia crítica
- ITB < 0.4
- Úlcera crónica neuroisquémica que no mejora

Criterios de derivación

Cirugía vascular

- ITB < 0,5
- Claudicación intermitente a < 200 m o invalidante
- Ausencia de pulsos distales
- Dolor en reposo (isquemia crítica)
- Necrosis/gangrena

Hospitalización

- Infección grave
- Infección moderada con mala evolución
- Requieren desbridamiento quirúrgico
- Algunos de los anteriores....

Podología

Dermatología

- Patologías úngueales que requieran procedimientos quirúrgicos

Rehabilitación

- Estudio de la dinámica de pie
- Tratamiento ortopédico

Cirugía Ortopédica

- Cirugía preventiva de las lesiones

