



Guía específica para el diagnóstico y el tratamiento de la EAP en pacientes diabéticos con úlcera de pie 2011

Del Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético

Introducción Selección y diagnóstico Evaluación de la gravedad Tratamiento

Introducción

Esta guía se basa en dos documentos complementarios del Grupo de Trabajo: la Revisión sistemática sobre la eficacia de la revascularización del pie ulcerado en pacientes con diabetes y enfermedad arterial periférica y Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad arterial periférica en pacientes diabéticos con úlcera de pie. Informe de progreso.

Selección y diagnóstico

La enfermedad arterial periférica (EAP) es un factor de predicción importante del resultado de una úlcera de pie en pacientes con diabetes. Por ello, el médico que examine al paciente con diabetes y una úlcera de pie siempre debe evaluar el estado vascular de la extremidad inferior, buscando específicamente signos de isquemia, ya que hasta un 50 % de estos pacientes tienen EAP. Antes de llevar a cabo una amputación mayor siempre se debería plantear y abordar la revascularización, a poder ser por un equipo multidisciplinario para el pie diabético.

En todos los pacientes que tengan diabetes y una úlcera de pie se debe excluir una posible EAP. Todos los pacientes deben ser sometidos al siguiente examen clínico:

- Realizar una anamnesis para identificar síntomas de EAP.
- Palpar los pulsos en la extremidad inferior (arterias tibial posterior y pedia dorsal).

Para excluir la EAP es necesario realizar las siguientes pruebas:

- Ecografía Doppler portátil para medir el flujo en ambas arterias del pie (pedia dorsal y tibial posterior).

- Determinación del índice tobillo-brazo (ITB).
- Si el diagnóstico es incierto, el cálculo del índice dedo del pie-brazo tiene valor adicional en el diagnóstico.

Hay probabilidades de que se trate de EAP cuando:

- El paciente presenta claudicación o dolor en estado de reposo.
- No se sienten ninguno de los pulsos del pie con la palpación.
- Se obtienen señales Doppler monofásicas o ninguna señal de una o ambas arterias del pie.
- El ITB es $< 0,9$.
- Un índice de dedo del pie-brazo $< 0,7$ es un indicio sólido de EAP en un pie adaptado a un entorno cálido.

La utilidad diagnóstica de cada uno de los elementos anteriores es limitada en diabetes.

- En pacientes sin síntomas de isquemia, con pulsos de pie palpables o con mediciones de perfusión que indican solamente EAP leve, los expertos recomiendan evaluar el efecto de un tratamiento óptimo de la herida de 6 semanas de duración como máximo.
- Si la cicatrización de la herida es mala, debe volver a evaluarse la perfusión. Debe considerarse seriamente la ecografía dúplex o la angiografía de las arterias de la extremidad inferior.

Evaluación de la gravedad

Una vez establecido el diagnóstico de EAP, debe evaluarse la gravedad del déficit de perfusión:

- Un ITB $< 0,6$ indica isquemia significativa respecto a la capacidad de cicatrización de la herida.
- Un ITB $> 0,6$ tiene menos valor de pronóstico y en estos pacientes deberá medirse la presión en el dedo y/o la TcPO₂ (presión transcutánea de oxígeno).
- El pronóstico de cicatrización de la herida basado

en las pruebas de perfusión sigue una curva sigmoidea, independientemente del método. Una ulceración del pie en diabetes normalmente cicatrizará si la presión del dedo es > 55 mm Hg y la $TcPO_2 > 50$ mm Hg. La cicatrización suele ser mucho peor cuando la presión del dedo del pie es < 30 mm Hg y la $TcPO_2 < 30$ mm Hg.

Tratamiento

Si se identifica EAP de gravedad suficiente como para dificultar la cicatrización de la herida, debe considerarse la revascularización (endovascular o bypass) en todos los casos. Algunas excepciones a esta norma general pueden ser: pacientes muy debilitados o con una esperanza de vida corta ($< 6-12$ meses); pacientes con un deterioro funcional grave preexistente que probablemente no empeore mucho por una amputación; y pacientes con un volumen de necrosis tisular tan grande que no permita rescatar el pie funcionalmente. La mayoría de estudios notifican unas tasas de recuperación de la extremidad de aproximadamente un 80-85 % tras los procedimientos de revascularización y la cicatrización de la úlcera en > 60 % a los 12 meses.

- Debe evaluarse toda la circulación arterial de la extremidad inferior y visualizar de forma detallada las arterias transfemorales y pedales.
- Puede utilizarse una de las técnicas siguientes: ecografía Doppler en color, angiografía por tomografía computarizada con multidetectores (ATCM), angiografía por resonancia magnética (ARM) con agentes de contraste o angiografía de sustracción digital intraarterial (ASD).
- El objetivo de la revascularización es restaurar el flujo pulsátil directo en al menos una de las arterias del pie, preferiblemente la arteria que llega a la región anatómica de la herida.
- No hay estudios clínicos aleatorizados que comparen técnicas de revascularización endovascular y abiertas en pacientes con diabetes, una úlcera de pie y EAP. En términos generales, los resultados principales con ambas técnicas parecen similares. Los resultados de los procedimientos abiertos y los endovasculares dependerán en gran medida de la distribución morfológica de la EAP, así como de los recursos locales y de la experiencia

del centro en cuestión. La elección definitiva de cualquiera de los tratamientos debe basarse en un debate multidisciplinario entre diferentes especialistas vasculares.

- La mortalidad perioperatoria de estos procedimientos es < 5 % en la mayoría de las series y en un 10 % de los pacientes se observan complicaciones sistémicas importantes.
- Las tasas de mortalidad y amputación son mayores en pacientes que tienen enfermedad renal terminal. No obstante, se pueden obtener resultados favorables incluso en estos pacientes: la mayoría de estudios informan de tasas de recuperación de la extremidad al cabo de 1 año de aproximadamente el 70 %.
- «El tiempo se traduce en tejido» en las úlceras de pie diabético isquémicas infectadas. Los pacientes con signos de EAP e infección del pie tienen un riesgo de amputación mayor de la extremidad particularmente alto y deben ser tratados con urgencia, preferiblemente en un plazo de 24 horas.
- El tratamiento de la EAP debe formar parte de un plan integral de salud que también debe incluir el tratamiento de infecciones, el desbridamiento frecuente, la descarga biomecánica, el control glucémico y el tratamiento de comorbilidades. La morbilidad y la mortalidad cardiovasculares son muy superiores en pacientes con diabetes, úlcera de pie y EAP. Estos tienen una mortalidad global del 50 % al cabo de 5 años. Todos los pacientes deben recibir tratamiento intensivo frente al riesgo cardiovascular, el cual debe incluir ayuda para dejar de fumar, tratamiento de la hipertensión y uso de estatinas, así como de aspirina en dosis bajas o clopidogrel.