

Critical ischemia:

- **An overview of the problem.**
- **Goals of the multidisciplinary approach**

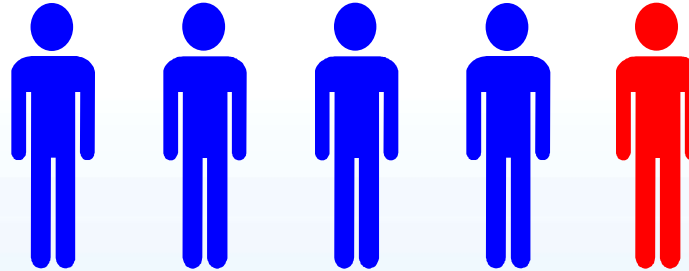
Dr. Ignacio Bluro MTSAC

**Jefe Unidad Angiología Clínica y Eco Doppler Vascular
Servicio de Cardiología - Hospital Italiano de Buenos Aires
Director Consenso de Enfermedad Vascular Periférica SAC 2013**

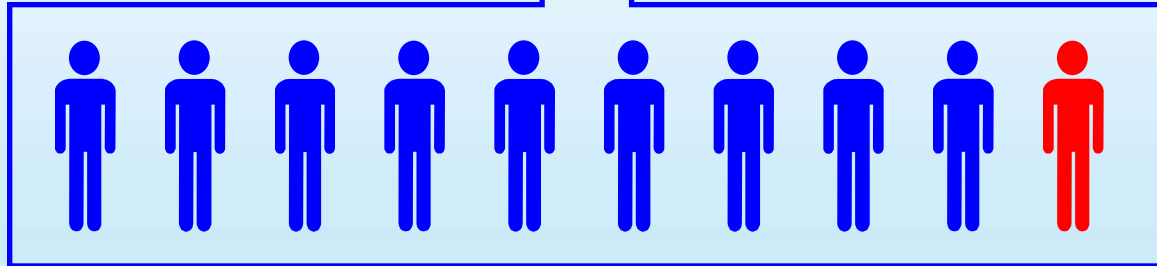
ignacio.bluro@hospitalitaliano.org.ar

La EVP Habitualmente es Asintomática

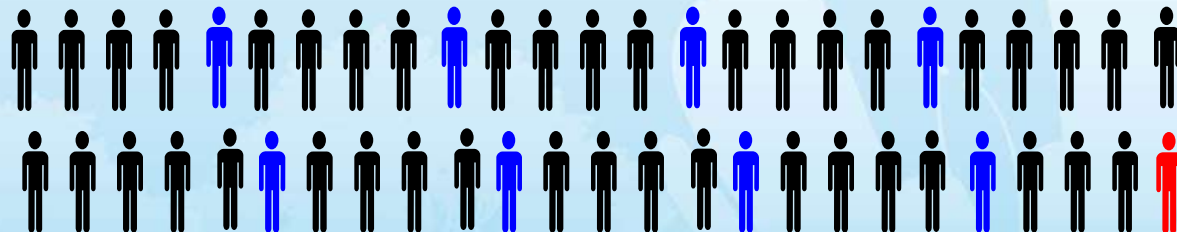
Una de cada 5 personas
con edad ≥ 65 años,
que visita al médico de
AP padece EAP (definida
como ITB $< 0,9$)



Sólo 1 de cada 10 de estos
pacientes presentarán
síntomas clásicos de
claudicación intermitente



Si se confía únicamente en
los síntomas clásicos de la
claudicación intermitente,
muchas EAP pueden pasar
desapercibidas



Isquemia Crítica

Dolor isquémico en reposo – Gangrena - Ulcera no cicatrizante



Historia natural de EVP a 5 años

Morbilidad M.I.

CI estable
70-80%

Empeora CI
10-20%

Isq. Crítica
1-3%

Morbi-Mortalidad CV

Eventos CV no
fatal 20%

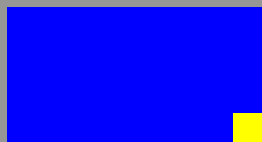
Mortalidad
5-30%

Causa CV
75%

Causa no CV
25%

Isquemia Crítica y Eventos

Claudicación



**Isquemia
crítica**

**Isquemia
crítica**



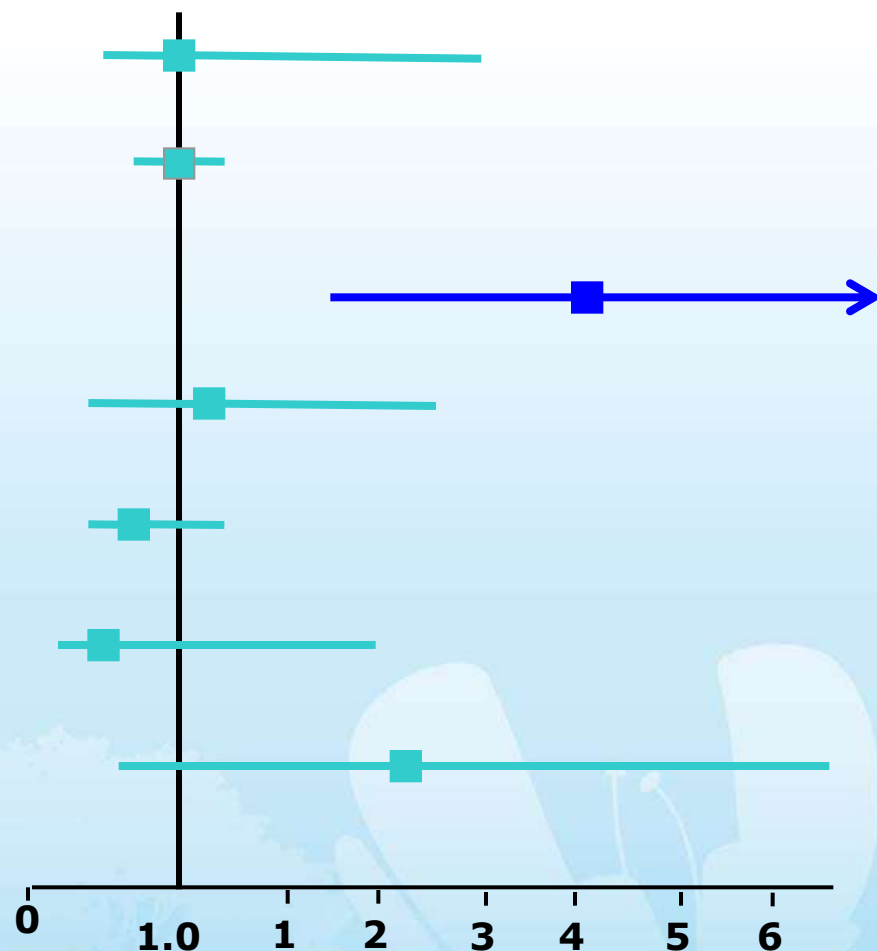
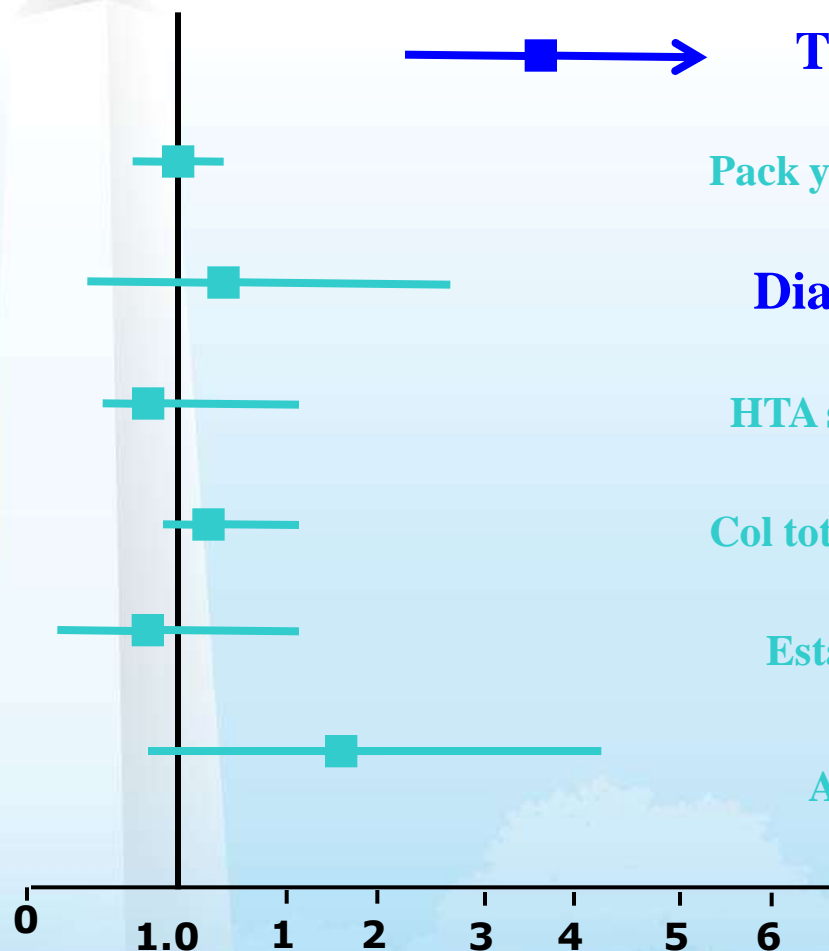
Isquemia Subclínica crónica

**Úlcera / gangrena
Amputación**

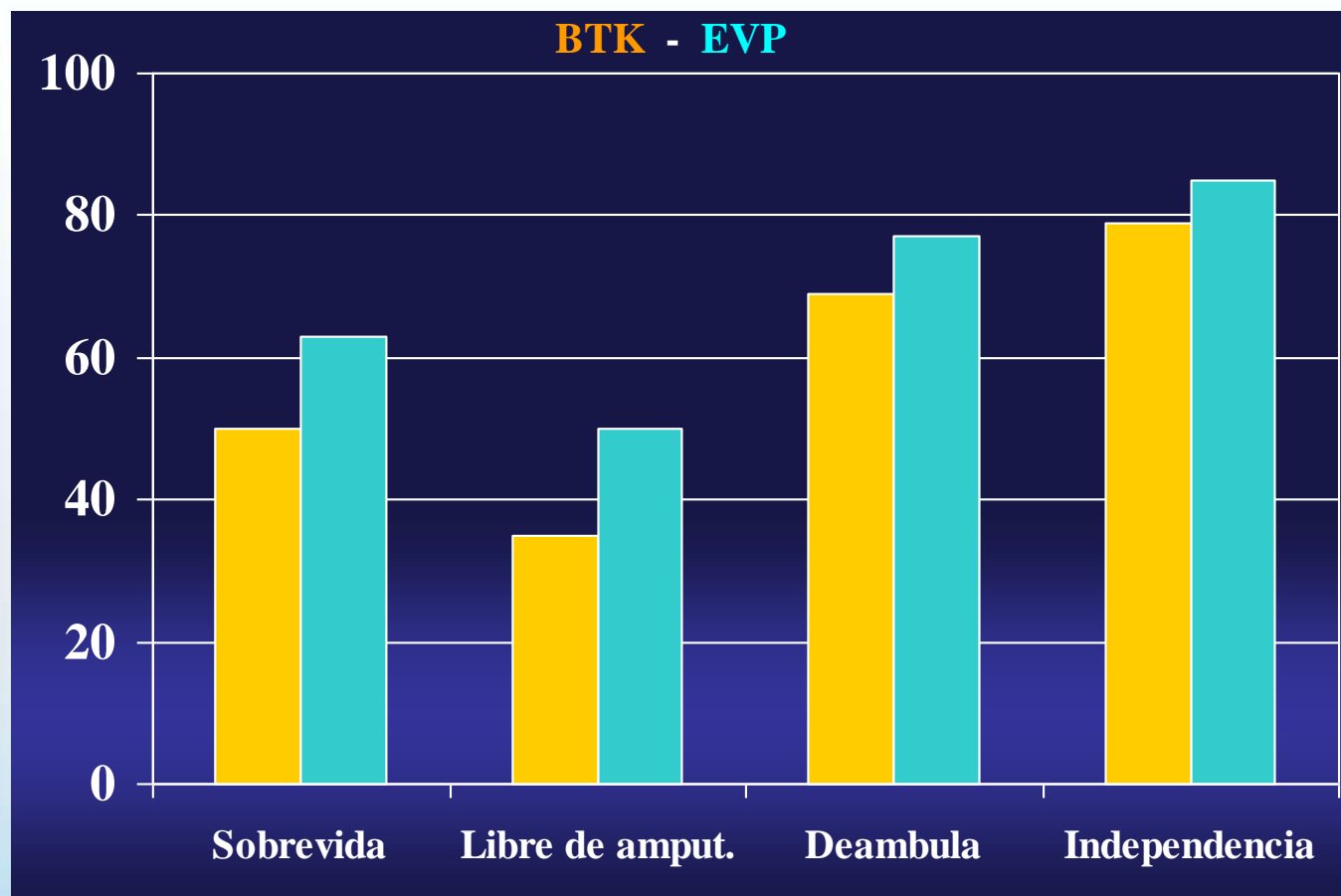
Factores de Progresión de EVP

Grandes Vasos

Pequeños Vasos



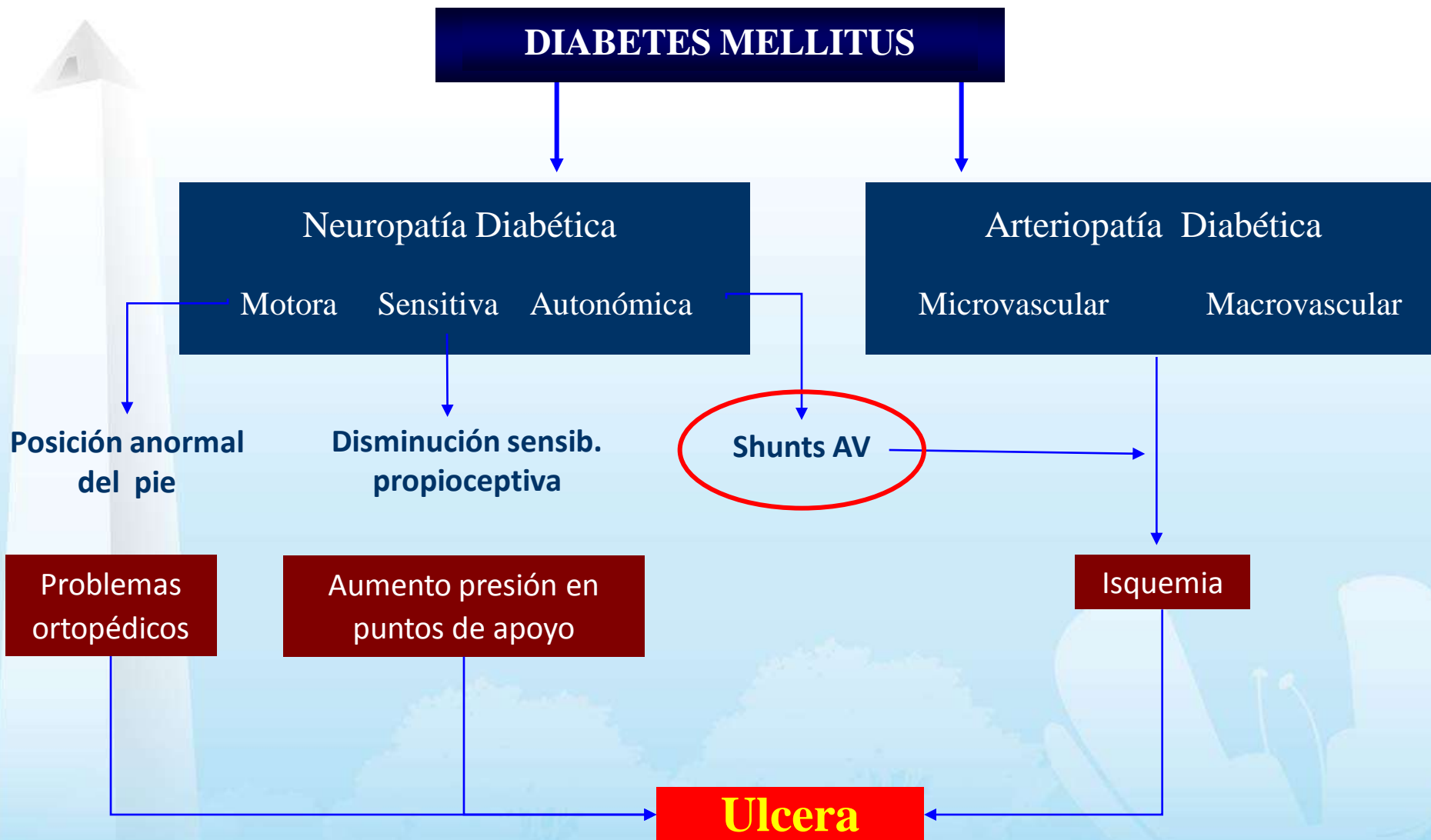
Características de los Pacientes con Enfermedad Infrapoplitea Aislada Vs. Pacientes con Enfermedad Difusa



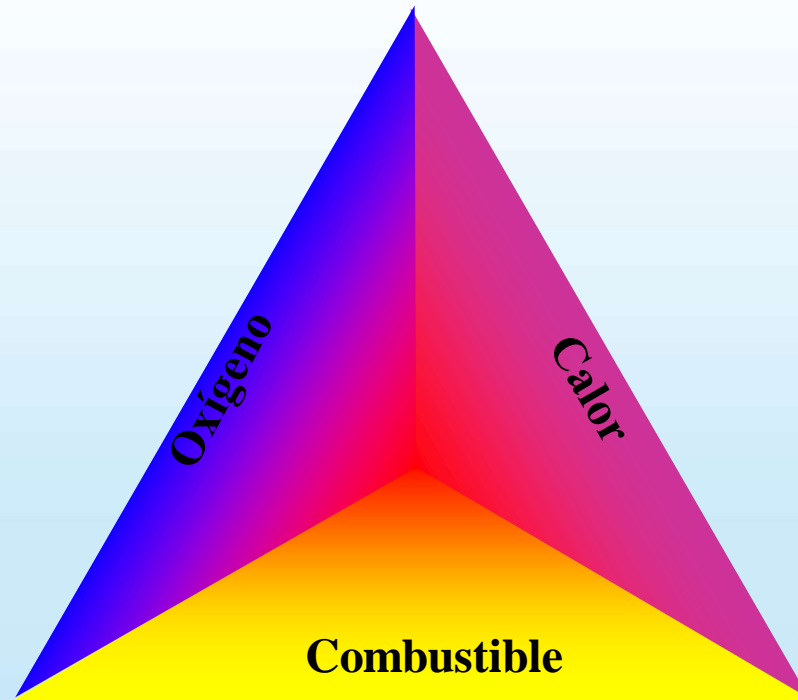
		Localización	
		Suprapatelar / difusa	Infrapatelar
Diabetes	No		
	Sí		

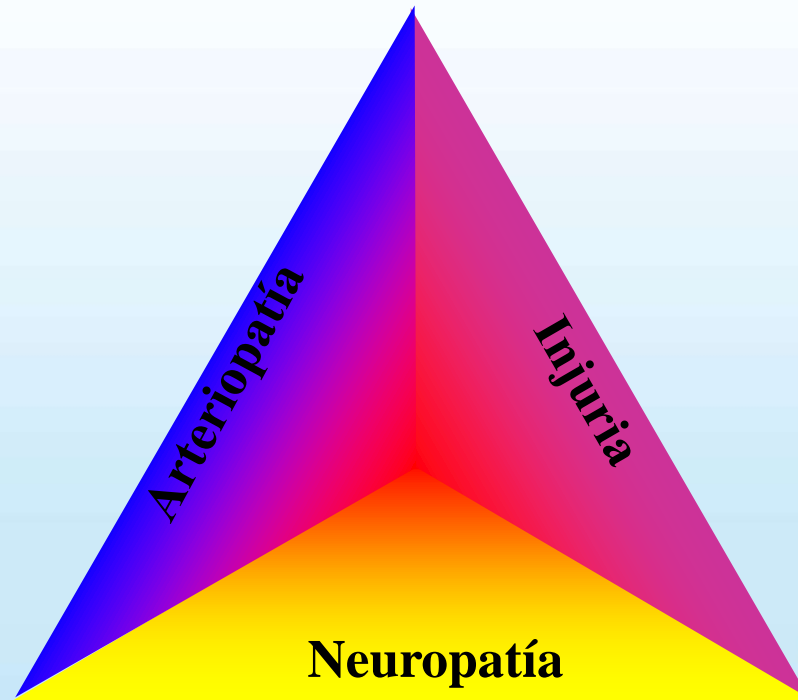
		Localización	
		Suprapatelar / difusa	Infrapatelar
Diabetes	No		<p>Más ancianos</p> <p>Sin Diferencias Clínicas en DBT vs no DBT.</p> <p>La ETA “nivela para abajo”</p>
	Sí	<p><u>DBT peor pronóstico en:</u></p> <p>Sobrevida libre de amput. Salvataje de Miembro Deambulación</p>	<p>Diálisis</p> <p>Rutherford IV-VI</p>

Fisiopatología de las lesiones del pie diabético



Triángulo del Fuego





Indicadores de Cuidado de los pacientes

EURODIALE Study

27% de los pacientes derivados al especialista luego de 3 meses

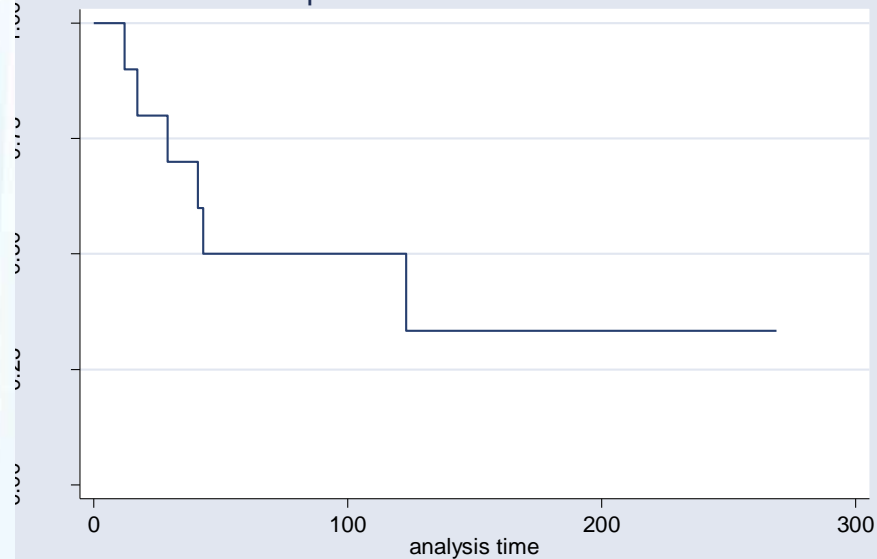
77% de los pacientes no tenían descarga de peso al consultar en clínica Pie diabético

44% sin imagen vascular

57% no revascularizado

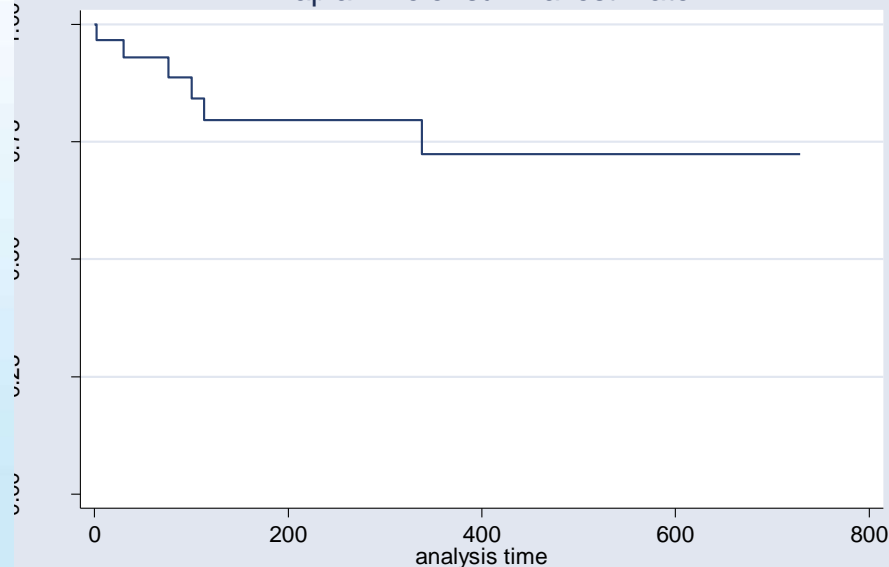
Isquemia Crítica Sobrevida en función del tratamiento

Kaplan-Meier survival estimate



Tratamiento Médico
Δ Incidencia mortalidad 203

Kaplan-Meier survival estimate



Revascularización Endovascular
Δ Incidencia mortalidad 24

Conclusión

EVP

**Isquemia
Silente**

**Claudicación
Intermitente**

**Angina
Crónica
Estable**

**Isquemia
Crítica**

Revascularizar Siempre

**Miocardio
Hipernado**

**Isquemia
Aguda**

IAM

Isquemia crítica(IC)



La lesión proximal debe ser revascularizada en primer lugar.



Para pacientes con IC y enfermedad oclusiva proximal y distal en quienes los síntomas de isquemia o infección persisten aún después de la revascularización proximal, la revascularización del lecho distal también está justificada.

Critical ischemia:

- **An overview of the problem.**
- **Goals of the multidisciplinary approach**

Goals of the multidisciplinary approach

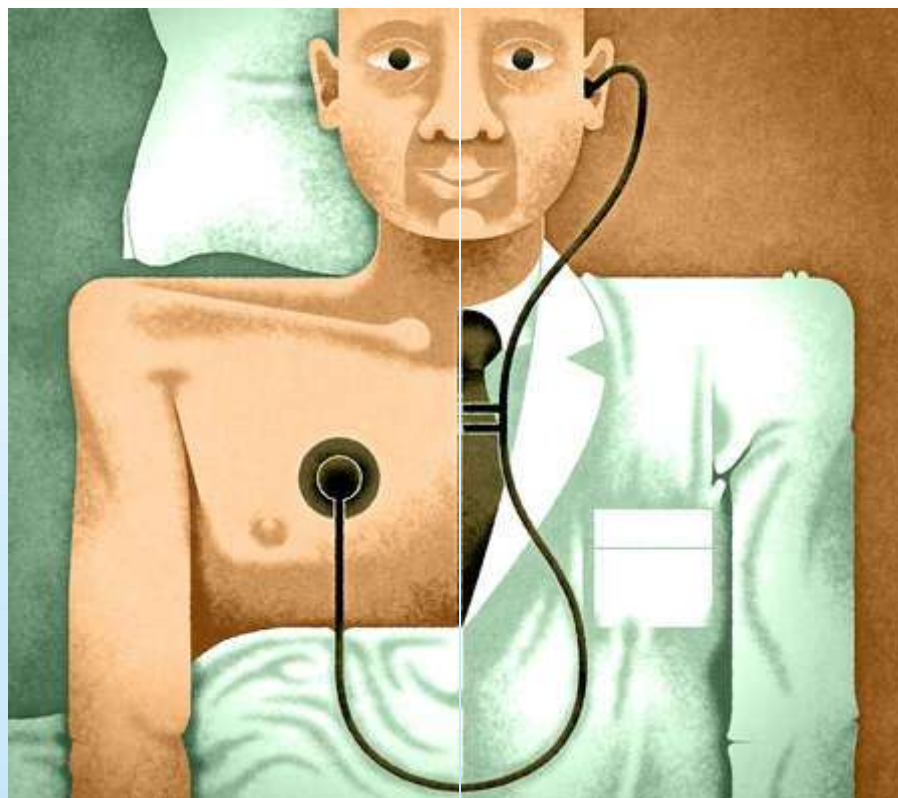


NO!!

Estó es ganar solo el último partido del campeonato!!!

Goals of the multidisciplinary approach

La perspectiva del médico y del paciente



Goals of the multidisciplinary approach

La perspectiva del médico y del paciente



Revascularizar

Curación de Heridas

Tratamiento de Infección

Manejo del dolor

Tratamiento ortopédico

Manejo de Comorbilidades

Control de FRC y Glucemia



Goals of the multidisciplinary approach

La perspectiva del médico y del paciente



Contención

Miedos y Temores

Dolor

Gastos y Costos

Aislamiento

Dependencia Física y Social



Goals of the multidisciplinary approach

La perspectiva del médico y del paciente



**Vascular
Team**

Tto del Dolor

Dermatologo

Kinesiología

Traumatólogo

Imágenes

Diabetologo

Nefrologo

Clínico

Enfermería

Podiátra



International Working Group on the Diabetic Foot

Home About IWGDF Practical and Specific Guidelines Consensus guideline texts Step-by-step Train-the-Footer-Trainer Diabetic Foot Care Assistants program

Representatives Foot notes News Future meetings



Introduction
Strategy
Local circum
Local champ
Barriers
Outcomes
Further readi
Table 1: Impl
Table 2: Pote

Definitions and criteria
Epidemiology
Psycho-social and economic
Pathophysiology
Diabetic neuropathy
Management and outcomes
Wound bed management
Infection in the diabetic foot
Peripheral arterial disease
Footwear and offloading
Neuro-osteoarthropathy
Amputations
Prevent foot problems
Organize a clinic

Guidelines references Copyright & Disclaimer Donations

- In or
- Only
- impl
- The
- iden
- Inve

effectively, a strategy is required.
can a successful

ation and it is pivotal that they be

be one of the most

International Working Group on the Diabetic Foot

Organización de una clínica de pie diabético

Modelo	Staff	Objetivo	Equipamiento	Facilitadores
Mínimo	Médico Enfermera / Pediatra	Prevención y cura básica	Monofilamento, elementos de curación	Colaboración con centro de referencia
Intemedio	Enfermera, diabetologo, cirujano, ortopedista	Prevención, cura avanzada y diagnóstico	Doppler, lab, microbiología, quirófano	Ateneos interdisciplinarios, intercambio con otros centros
Centro de Derivación	Enfermera, Diabetologo, traumatologo, CCV, Intervencionismo, infectología, etc	<ul style="list-style-type: none"> •Prevención, diagnóstico y tto de casos complejos. •Docencia e Investigación 	Angioplastia, CCV, UTI, Ortopedia	Organización de congresos y guías

Cínica de Pie Diabético Hospital Italiano de Buenos Aires.

Pie	Definición	Objetivo	Seguim.	Involucrados
Bajo riesgo	Sin lesión actual ni antecedente de lesión	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar factores de riesgo. • Obtención de estudios basales 	Anual	Endocrino / Clínico Pie DBT Traumatología
Moderado riesgo	Condición cutánea, neuromuscular o funcional predisponente de lesión	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección de factores de riesgo 	6 meses	Endocrino, Traumatología Kinesio Dermatología Cardiología
Alto Riesgo	Neuropatía, Doppler patológico, ITB <0.9. Antecedente de C. Itte, úlcera o amputación.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar factores productores de lesión 	30 días	Endocrino, Vascular Team, Neuro, Nefro, Traumatología, Kinesio Dermatología, Infectología, Tto del Dolor
Muy alto riesgo	Lesión activa o úlcera	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar lesión 	7 a 15 días	

Cínica de Pie Diabético Hospital Italiano de Buenos Aires.

Criterios para evaluación de un paciente en guardia.

- **Fiebre**
- **Grado II/III de Texas**
- **Paciente Transplantado**
- **Isquemia Crítica**
- **Infección Activa**
- **Linfangitis / Celulitis**
- **Presencia de colección líquida**
- **Alteración metabólica**
- **Riesgo Social**

Goals of the multidisciplinary approach

- **Reducir muertes relacionadas al pie diabético**
- **Reducir las amputaciones**
- **Reducir el número de úlceras**
- **Mejorar el tiempo a la cicatrización de las úlceras**
- **Reducir la prevalencia de lesiones tróficas**
- **Reducir las internaciones por isquemia crítica**
- **Reducir los costos**



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires
*Instituto de Medicina
Cardiovascular*



In partnership with **TCT**

Muchas Gracias!

ignacio.bluro@hospitalitaliano.org.ar