

PEU DE RISC

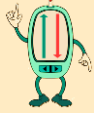
S'anomena així el peu d'una persona amb diabetis sense lesió, però amb probabilitat de presentar-ne, depenent dels factors de risc que tinguï (deformatats, neuropatia, isquèmia).
 El nivell de risc es determina segons la probabilitat d'aparició d'una lesió i "estratifica com a risc molt baix, baix, moderat i alt.

Prevenició

Educació per a la salut

Optimitzar la glucèmia

- Dieta
- Exercici
- Compliment terapèutic
- Tractament farmacològic
- Reconèixer, prevenir i controlar la hipoglucèmia i la hiperglucèmia



Controlar els factors de risc

- Neuropatia perifèrica
- Malaltia arterial perifèrica
- DM d'evolució llarga
- Nefropatia diabètica
- Tabaquisme
- Deteriorament visual
- Amputacions prèvies
- Úlceres prèvies
- Deformatats

Formació sobre la cura dels peus

- Vigilància i cura del peu de risc
- Higiene diària
- Inspecció de la pell
- Hidratació
- Calçat i roba
- Prevenició de traumatismes
- Prevenició de cremades



Cribratge del peu

Anamnesi

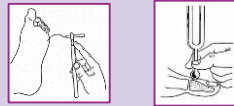
- Antecedents
- Factors de risc
- Síntomes de:
 - neuropatia
 - arteriopatia
- Nivell d'autonomia
- Entorn familiar

Inspecció

- Dermatològica:
 - pell
 - ungles
 - higiene
- Muscoloesquelètica:
 - atròfia muscular
 - deformatats
 - polsos

Valoració sensibilitat

- Cribratge de la neuropatia diabètica:
 - monofilament
 - diapasó



Valoració vascular

- Cribratge de la malaltia arterial perifèrica (MAP):
 - polsos perifèrics
 - índex turmell-braç (ITB)
 - Índex dit-braç (IDB)

ITB	IDB	Interpretació ITB/IDB
> 1,3		Calcificació arterial
1,2-0,9	> 0,6	Normal
0,8-0,7	≤ 0,6	Malaltia arterial obstructiva perifèrica lleu
0,6-0,5		Malaltia arterial obstructiva moderada
< 0,4		Malaltia arterial obstructiva greu

Estratificació

Risc	Característiques	Freqüència de seguiment
IWGDF 0 Risc molt baix	Sense neuropatia diabètica perifèrica (NDP) i Sense malaltia arterial oclusiva (MAO)	Seguiment anual • Prevenció primària de la neuropatia i l'arteriopatia: control glucèmic i altres factors de risc vascular (FRV). • No tabaquisme
IWGDF 1 Risc baix	NDP o MAO	Seguiment 6-12 mesos • Control glucèmic i altres FRV • No tabaquisme • Educació i autocura
IWGDF 2 Risc moderat	NDP + MAO o NDP + deformatat peu o MAO + deformatat peu	Seguiment 3-6 mesos Valorar derivació a: • cirurgia vascular • traumatologia • podologia • endocrinologia
IWGDF 3 Risc alt	NDP o MAP + • Antecedent d'úlceres i/o • Amputació major/menor d'extremitats inferiors i/o • Malaltia renal crònica avançada	Seguiment 1-3 mesos Valorar derivació a: • cirurgia vascular • traumatologia • podologia • endocrinologia

Derivar al servei de traumatologia

Persones que requereixen:
 Cirurgia de prevenció primària: hàl-lux valg, dit de martell, etc. i/o
 Cirurgia de prevenció secundària: antecedents d'úlceres, amputacions del peu...

La neuropatia perifèrica (asimptomàtica en el 50 % dels casos), les deformatats al peu i els petits traumatismes són una tríada de risc per desenvolupar una úlceres, que es pot agreujar si hi concorre la malaltia arterial oclusiva. Entre el 15 % i el 20 % de les persones amb diabetis desenvoluparan una úlceres al llarg de la seva vida, que precedeix l'amputació en el 85% dels casos.

PEU DIABÈTIC

Ulceració, infecció i/o destrucció de teixits profunds del peu que s'associen a una neuropatia perifèrica i a diversos graus de malaltia arterial oclusiva a les extremitats inferiors en una persona amb diabetis *mellitus*

Valorar les característiques de l'úlcer i monitorar-ne l'evolució

Escala RESVECH 2.0

Valorar la sensibilitat del peu

Monofilament / diapasó

Descartar una malaltia arterial oclusiva

Polsos / ITB / Wifi

Classificar l'úlcer

Neuropàtica



Neuroisquèmica



Isquèmica



Derivar a cirurgia vascular

Cal derivar les persones amb risc moderat o alt d'amputació en les quals s'espera un benefici moderat o alt de revascularització segons la classificació Wifi

Classifica la isquèmia (I)

Classifica la ferida (W)

Wifi
Classifica la infecció del peu (I)

Cures de l'úlcer (TIME) / Assegurar una descàrrega correcta de l'úlcer

- Control del teixit no viable
- Control de la inflamació i la infecció
- Control de l'exsudat
- Estimulació de les vores epitelials



En les necrosis seques no vascularitzades es pot fer servir povidona iodada per conservar la zona asèptica (cura seca)

Valorau els signes i els símptomes d'infecció / Valorau els signes d'osteomielitis

Descripció	IDSA / PEDIS
Sense símptomes ni signes d'infecció	No infectat / 1
Infecció que afecti la pell i el teixit subcutani, que presenti almenys dos signes d'inflamació, eritema, induració, calor, dolor o secreció purulenta, i que s'estengui menys de 2 cm de l'úlcer	Lleu / 2
Afectació de teixits profunds (múscul, tendó, os o articulació) o cel·lulitis de més de 2 cm	Moderat / 3
Qualsevol infecció local amb resposta sistèmica es manifesta amb un mínim de dos d'aquests valors: • Temperatura > 38 °C o < 36 °C • Freqüència cardíaca > 90 ppm • Hipotensió • Freqüència respiratòria > 20 rpm • Leucocitosi (> 12.000) o leucopènia (< 4.000)	Greu / 4

- Visualització de l'os a la base de l'úlcer
- Contacte amb l'os per mitjà d'una sonda
- Supuració i fistulització mantinguda
- Desmineralització, reacció periòstica i destrucció òssia observada per mitjà de tècniques d'imatge
- Marcadors sèrics (PCR, VSG) elevats

Derivar al Servei d'urgències

- IDSA / PEDIS: moderat/3 o greu/4.
- Dolor isquèmic de repòs (isquèmia crítica).
- Peu de Charcot agut.

Gravetat (IDSA/PEDIS)	Tractament antibiòtic deelecció	Si tractament antibiòtic previ	Allèrgia a betalactàmics
Lleu / 2	Cefadroxil oral (1 g) cada 12-24 hores durant 7-14 dies o Cefalexina oral (500 mg) cada 8-12 hores durant 7-14 dies o Cloxacilina oral (500 mg) cada 6 hores durant 7-14 dies	Amoxicil·lina / àcid clavulànic: (875 / 125 mg) cada 8 hores o Trimetoprim-sulfametoxazole oral (160-800 mg) cada 12 hores durant 7-14 dies (sospita Staphylococ Aureus Resistent Metilina)	Clindamicina (300 mg) cada 8 hores durant 7-14 dies
Moderat-greu / 3-4	Derivació a l'hospital		

Reavaluació després de quatre setmanes de tractament

Si la mida disminueix menys del 50 %, o hi ha signes d'infecció tributària de desbridament quirúrgic, o d'osteomielitis, o artropatia de Charcot

Derivació a podologia

Si la mida disminueix un 50 % o més

Mantenir les cures fins que cicatritzi

ENLLAÇ AL PROTOCOL

