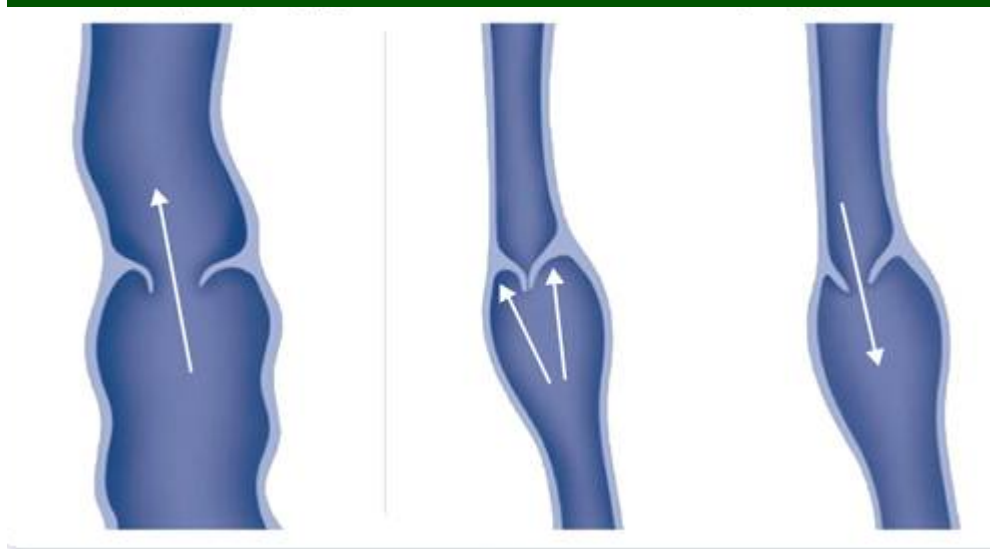


Barcelona, 12 novembre de 2013 - HOSPITAL SAGRAT COR



VI Jornada d'Atenció Compartida en Cirurgia Vascular

Patologia venosa - Varices



GUIA PER EL MANEIG DE LES NAFRES VASCULARS AIS-BE

Grup de treball d'úlceres de l'AIS-BE

Esther Armans D.U.I

Gloria Santiago D.U.I

INTRODUCCIÓ

L'úlcera de l'extremitat inferior es una patologia que afecta de forma greu a la qualitat de vida de les persones que la pateixen.

Es un procés crònic i genera una important demanda en serveis d'atenció primària i hospitalària.

Amb la dificultat en molts casos d'establir un clar diagnòstic diferencial i observant-ne àmplia variabilitat en el tractament.



Ha estat un document treballat i consensuat entre tots els professionals del grup:

-Cirurgians Vasculars

-Dermatòlegs

-Metges de família i

-Infermeres de l'àmbit vascular, dermatològic i comunitari.



OBJECTIUS

-Vol se pràctica

-Unifica criteris

-Facilita la feina del professional que treballa amb pacients amb nafres



Data elaboració: Setembre de 2013.
Data acceptació Comissió Permanent: Setembre de 2013.
Data de propera revisió: Setembre de 2016.

MEMBRES DEL GRUP DE TREBALL D'ÚLCERES:

- Mercé Alsina. Dermatologia. Hospital Clínic.
- Esther Armans. Infermera Cirurgia Vasculard. Hospital Clínic.
- M^a Asunción Amaiz. Infermeria Dermatologia. Hospital Clínic.
- Conchita Berges. Infermeria Dermatologia. Hospital Clínic.
- Mireia Boixadera. Infermera. Adjunta direcció infermeria SAP Litoral-Esquerra.
- Belen Enfedaque. Metge de Família. Adjunta direcció mèdica SAP Litoral-Esquerra.
- Elisabeth Ferré. Infermeria. ICS.
- César García-Madrid. Cirurgia Vasculard. Hospital Clínic.
- M^a José Giner. Medicina de Família. CAPSE.
- Gemma Hormigo. Infermeria. CAPSE.
- Ignacio Menacho. Metge de Família. AIS-BE.
- Dolors Recasens. Infermera Cirurgia Vasculard. Hospital Sagrat Cor.
- Sonia Riera. Infermera Cirurgia Vasculard. Hospital Plató.
- Gloria Santiago. Infermeria. EAP Sarrià.
- Montserrat Sugrañes. Medicina de Família. CAPSE.
- Laura Valdés. Infermeria. EAP Les Hortes.

MEMBRES DE LA COMISSIÓ PERMANENT BARCELONA ESQUERRA:

- Tomàs Alonso. Hospital Plató.
- Xavier Altimiras. CSB.
- Cristina Carod. Hospital Sagrat Cor.
- David Font. Hospital Clínic.
- Mónica Gómez. AIS-BE
- Rafael Ruiz. SAP Litoral-Esquerra ICS.
- Laura Sebastián. CAPSE.



*Introducció

*Classificació i diagnòstic diferencial (Quadre)

*Tractament tòpic de les úlceres (**Concepte TIME**)

Retirada d'apòsits, neteja de la ferida, fonents, desbridament de teixit(tipus),
manteniment de la pell perilesional neta i hidratada, aplicació tractament tòpic



Aquesta guia ha estat elaborada pel Grup de Treball de Nafres de l'ÀIS-BE, basant-se en part en la Guia de l'ICS: Maneig de les Úlcères Vasculares, any 2004, ICS, Generalitat de Catalunya.

INTRODUCCIÓ

Les úlceres cròniques d'origen vascular en les extremitats inferiors són un problema de salut seriós, d'importants repercussions socioeconòmiques que s'associen a una disminució de la qualitat de vida del pacient, un augment de l'absentisme laboral i afecten tant al malalt com a la família.

L'úlcera vascular es defineix com la pèrdua de substància cutània produïda per deficiències en la circulació de les extremitats inferiors. Pot afectar des de les capes més superficials de la pell fins al teixit muscular i ossi. Sol ser crònica i resistent a la teràpia.

Segons l'etiologia l'úlcera vascular es pot classificar en venosa i arterial. La venosa és deguda a la incompetència del sistema vascular per mantenir un retorn venós correcte a les extremitats inferiors. L'arterial és, en la majoria dels casos, conseqüència de la isquèmia cutània causada per l'arteriosclerosi obliterant.

En els darrers treballs de consens s'ha considerat que l'antigament dita úlcera mixta hauria d'eliminar-se de la classificació, ja que en el moment que apareix una alteració arterial, per petita que sigui, l'úlcera s'ha de classificar com úlcera arterial.

Un tipus especial d'úlceres són les del peu diabètic, causades per una neuropatia secundària a l'afectació microvascular o per la isquèmia de les artèries de calibre gran i mitjà, encara que el més freqüent és que es combinin les dues causes.

CLASSIFICACIÓ

Úlcera vascular:

a. Úlcera venosa:

- Úlcera varicosa: apareix en el trajecte d'una varïça. Normalment, afecta venes superficials i perforants.
- Úlcera post flebítica: apareix en zones anteriorment afectades per febitis.

b. Úlcera arterial:

- Úlcera arterioscleròtica: apareix quan hi ha una isquèmia crònica perifèrica.
- Úlcera hipertensiva o angiodermatitis necròtica: afecta pacients amb HTA diastòlica mal controlada.
- Tromboangiïtis obliterant o malaltia de Buerger: apareix quan hi ha inflamació amb trombosi de capil·lars arterials. Afecta a grans fumadors.

Úlcera de peu diabètic:

- a. Úlcera neuropàtica: apareix quan hi ha afectació neuropàtica del peu. Es localitza en els punts de major pressió. Absència de símptomes.
- b. Úlcera arteriopàtica o isquèmica: apareix quan hi ha malaltia vascular perifèrica.
- c. Úlcera neuroisquèmica: produïda pels dos processos anteriors.



TRACTAMENT TÒPIC DE LES ÚLCERES

La neteja adequada de la ferida, l'eliminació del teixit inert i de les restes d'apòsit, la protecció de la pell periulceral i la selecció d'un apòsit adequat són aspectes comuns en el tractament de totes les ferides cròniques. Aquestes mesures redueixen el risc d'infecció i ajuden a disminuir el dolor.

Per valorar la cura de la ferida s'aconsella emprar el concepte TIME.

Concepte TIME:

- T control del teixit no viable, amb neteja i desbridament
- I control d'infecció i inflamació; valorar la càrrega bacteriana
- M control de l'exsudat; equilibrar l'exsudat
- E estimulació dels marges perillesos

a. Retirada dels apòsits:

La retirada de l'apòsit ha de ser indolora i atraumàtica, és a dir, que no causi més lesió.

Hem de fer servir material especial per a retirar els embenats, com per exemple tisores de punta roma.

Si els apòsits estan molt enganxats es poden remullar perquè es desenganxin amb més facilitat.

Si es preveu que la cura serà dolorosa, es pot pautar analgèsia una hora abans de començar la retirada de l'apòsit.

S'ha de valorar en cada canvi d'apòsit la tolerància i la resposta a la cura anterior, així com l'olor, el color, dolor i la quantitat d'exsudat.

b. Neteja de la ferida:

Cal netejar la ferida amb aigua i sabó inicialment i en cada canvi d'apòsit. S'ha d'intentar fer la força mecànica mínima per no produir cap traumatisme.

La majoria de guies i autors consideren que l'asèpsia estricta no és necessària. Diversos estudis estableixen com a vàlid l'ús d'aigua de l'aixeta a temperatura ambient per a netejar les ferides. [Vídeo: neteja de la ferida](#)

Cal assecat només la zona periulceral de la ferida, per tal d'evitar traumatismes per fricció, ja que aquestes lesions són més susceptibles d'infecció i n'alenteixen la curació.

No s'aconsella l'ús rutinari d'antisèptics outanis, ja que són citotòxics per al teixit sà. Diversos estudis han demostrat que la majoria dels netejadors de ferides s'han de diluir per mantenir la viabilitat cel·lular i la funció fagocitària dels leucòcits.

La utilització continuada de povidona iodada pot retardar la cicatrització, provocar dermatitis de contacte i alteracions sistèmiques degudes a l'absorció del iode.

No s'aconsella utilitzar aigua oxigenada, ja que és bacteriostàtica i es degrada fàcilment amb la llum i el calor.

c. Foments:

Són solucions aquoses que serveixen de complement a la higiene de les ferides. S'aplicaran sempre després de la neteja de la ferida.

Estan indicats en aquelles úlceres amb abundant teixit desvitalitzat, signes d'infecció, biopel·lícula, etc... També és útil quan hi ha eritema o inflamació de la zona perillesos.

Aplicació dels foments: s'apliquen 3-4 gases xopes de solucions antisèptiques com permanganat potàssic en solució aquosa a 1/10.000, polihexanida 2 gases xopes (Prontosan®), o simplement sèrum fisiològic durant 10 - 20 minuts.

[Vídeo: Foments amb polihexibiquanida](#)

Passat aquest temps, es retiren les gases i s'esbandeix amb sèrum fisiològic, menys en el cas del polihexanida que no cal esbandir.

d. Desbridament del teixit:

El teixit desvitalitzat, també denominat teixit necròtic, està format per cèl·lules mortes i detritus cel·lulars. La seva presència a la ferida afavoreix la proliferació bacteriana i n'impedeix el procés de curació, pel que és necessari eliminar aquest teixit desvitalitzat per afavorir la curació de l'úlcer.



Definició de desbridament:

És l'acció que possibilita la retirada dels teixits desvitalitzats, restes de detritus i de cossos estranys presents en el llit de la ferida, amb l'objectiu d'afavorir el procés normal de la cicatrització.

Tipus de teixit:

Escara: placa ben definida de teixit desvitalitzat, de color terrós o negre, de consistència sòlida, seca, espesa que es va endurent conforme es va desecant.

Esfacels: aspecte fibrinós, de consistència tova o seca en funció de l'exsudat de la ferida i generalment de color groc-grisenc.

S'ha de seleccionar el mètode de desbridament més adequat segons la vascularització de l'àrea lesionada, les característiques de la ferida i el seu entorn i l'estat global del pacient, procurant evitar-li dolor.

Una localització especial a l'hora de desbridat són els talons, ja que existeix un risc elevat d'osteomielitis per exposició del calcani. Així davant d'una escara seca a taló, si no existeix edema, eritema, drenatge o fluctuacions, ens limitarem a vigilar-la, no precisant desbridament immediat.

No hi ha evidència per recomanar un mètode o un altre, però existeixen 5 elements proposats per Sibbald et al:

Tipus de desbridaments i característiques:

	Conservador			Quirúrgic
	Osmòtic	Autolític	Enzimàtic	Amb bisturi
Dolor	Infreqüent	Infreqüent	Infreqüent	Freqüent
Efectes secundaris	Deshidratació de la perilesional	Mala olor Maceració	Maceració Irritació de la pell perilobocerosa	Iatrogènia
Rapidesa d'acció	Retardada	Retardada	Retardada	Immediata
Sensibilització	Infreqüent	Infreqüent	Infreqüent	No
Cost	Raonable	Raonable	Alt	Baix

*Adaptada de la guia de Maneig d'Úlceres Vasculares de l'ICS

• Desbridament quirúrgic

És el tipus de desbridament més ràpid que ens permet eliminar escares seques adherides en plans profunds o teixit necròtic humit. Es tracta d'un mètode cruent que precisa d'habilitats i coneixements, ja que es basa en l'ús de pinces, bisturi i tisores per retirar els teixits desvitalitzats. Si l'escara és extensa pot ser necessari desbridat-la en un quiròfan.

Si el desbridament és dolorós, es pot utilitzar previament un anestèsic tòpic en oclusió amb film durant 20-30 minuts (gel amb lidocaïna en un 2% i tetracaïna al 4% en cas de nafres arterials) i, si cal, un analgèsic oral. [Vídeo: desbridament amb bisturi](#)

En cas d'hemorràgia, s'ha d'aplicar compressió directa i utilitzar apòsits secs durant 24h o apòsits que afavoreixen la coagulació (per ex. Spongostan®), canviant-los després, si escau, per apòsits humits. De vegades, pot ser útil cauteritzar el punt que sagna amb barretes de nítrat de plata o foment amb Amchafibrin® o Caproamin®. En les úlceres venoses es pot elevar l'extremitat i aplicar un embenat compressiu.

• Desbridament enzimàtic

Consisteix en l'aplicació tòpica d'enzims exògens que tenen com a finalitat degradar el teixit desvitalitzat. La seva aplicació és molt senzilla. Poden provocar irritació de la pell perilesional, pel que es recomana aplicar poca quantitat..

Al mercat hi ha diferents productes enzimàtics (estreptoquinasa, col·lagenasa, tripsina, fibrinolisisina, etc.), dels quals la col·lagenasa és el més utilitzat, ja que afavoreix el desbridament i el creixement del teixit de granulació. No es pot utilitzar conjuntament amb povidona iodada, ni amb productes que continguin plata, ja que la inactiven.

• Desbridament autolític

Està basat en el principi de la cura humida. És l'aplicació d'un apòsit (hidrocol·loides, poliuretans, hidrogels...), per crear un ambient humit que afavoreixi que els enzims presents en la ferida, actuïn eliminant el teixit necròtic. Això es produeix per la conjunció de tres factors: la hidratació de l'úlcera, la fibrinòlisi i l'acció dels enzims endògens sobre els teixits desvitalitzats.

És la forma de desbridament més selectiva, indolora i atraumàtica, ja que no afecta el teixit sa. [Vídeo: Desbridament autolític](#)



- **Desbridament osmòtic**

Consisteix en provocar el desprendiment i trencament del teixit necròtic o escara amb una solució amb elevada càrrega iònica.

Només es pot utilitzar en la fase necròtica amb escara.

S'aconseja l'aplicació d'alguna crema protectora al voltant de la lesió, per tal de protegir-la. La cura s'ha de realitzar cada 12-24 hores.

- e. **Manteniment de la pell perilesional neta i hidratada**

Cal procurar l'eliminació de les restes d'exsudats i crostes i mantenir la pell del voltant de la ferida ben neta i hidratada.

És important protegir la pell perilesional de l'excess d'humitat aplicant cremes que continguin òxid de zinc o bé algun producte que actui de barrera. Els àcids grassos hiperoxigenats afavoreixen la renovació de les cèl·lules epidèrmiques millorant la resistència de la pell i facilitant la cicatrització, restauren el film hidrolipídic evitant la deshidratació cutània i, creant una barrera antimicrobiana, milloren la microcirculació sanguínia, i eviten el mal causat per un augment de radicals lliures, gràcies a la seva activitat antioxidant. Especialment indicats en la utilització d'embenats compressius o mitges de compressió.

També es pot utilitzar una solució polimèrica amb silicona volàtil (Cavilon®) en presentació en crema o pulveritzador per protegir la pell perilesional.

Quan la pell del voltant de l'úlcer està envermellida, inflamada, fa mal o presenta èczema, havent descartat infecció, estaria indicat l'ús de cremes amb corticoides (màxim una setmana), que s'han d'aplicar només en aquesta zona (evitant la ferida). Cal tenir en compte, però, que l'aplicació continuada d'aquestes cremes produeix una atrofia de la pell, que facilita la formació de noves úlceres i n'endarrerix la cicatrització.

Quan hi ha prujia local a causa de les lesions amb èczema, cal valorar el tractament sistèmic.

[Vídeo: Protecció de la pell perilesional](#)

- f. **Aplicació del tractament tòpic**

Malgrat que no sembla que hi hagi diferències en el percentatge i el temps de curació de les úlceres vasculares amb la cura tradicional (apòsit de gasa) o amb la cura en ambient humit, hi ha estudis que demostren els avantatges cost-benefici d'aquesta última. La dessecació d'una úlcera augmenta la pèrdua de teixit i n'endarrerix la reepitalització.

Per dur a terme la cura en ambient humit, cal escollir un apòsit que protegeixi la ferida d'agressions externes (físiques, químiques i bacterianes); mantingui el llit de l'úlcer contínuament humit i la pell perilesional seca; elimini el teixit necròtic i controli l'exsudat, absorbint-lo; que deixi la mínima quantitat de residus en la lesió; que sigui adaptable a localitzacions difícils, i fàcil d'aplicar i de retirar.

El canvi d'apòsit ha d'estar en relació amb les característiques de la ferida i amb les recomanacions del fabricant; no s'han de fer canvis amb gaire freqüència. No s'han d'utilitzar apòsits que assequin el llit de la ferida, pel risc de lesió que comporten.

En el mercat es poden trobar una gran varietat d'apòsits i productes agrupats en:

- Hidrocol·loides: plaques, pastes, grànuls, hidrofibras.
- Alginats: làmines, cintes.
- Hidrogels: làmines, estructures amorfes.
- Poliuretans: pel·lícules, hidrocol·lulars, hidropolimèrics, hidrocapil·lars, espumes (plaques).
- Apòsits de carbó (plaques), associats a altres components.
- Apòsits de plata (plaques), associats a altres components.
- Col·lagenases
- Cadexòmer de iode.
- Apòsits antimicrobians
- Moduladors i acceleradors de les proteases.



- Identificació i eliminació de la infecció

- Tractament específic de les úlceres venoses

Objectius, indicacions de la teràpia compressiva, contraindicacions(absolutes relatives),opcions de la teràpia compressiva.



IDENTIFICACIÓ I ELIMINACIÓ DE LA INFECCIÓ

a. Introducció

La presència de bacteris és habitual en el procés de cicatrització de les úlceres i en la infecció, pel que és molt important diferenciar entre contaminació i infecció.

La contaminació és la presència de microorganismes patògens, no replicants, en la superfície de l'úlcera, que no produeixen dany tissular i que es retiren amb el rentat. La infecció és la replicació d'un microorganisme en el teixit d'una ferida produint un dany tissular, que es pot traduir en augment de la mida de l'úlcera o en retard de la cicatrització.

Les manifestacions clíniques d'una úlcera infectada inclouen: teixit de granulació exuberant, de color granatós fosc i sagnant, augment de la induració, eritema de tota la ferida, no tan sols de les vores, exsudat purulent, dolor o augment del dolor, febre, leucocitosi i malestar general.

El diagnòstic d'infecció ha d'establir-se sobre les bases dels resultats microbiològics juntament amb les troballes clíniques.

b. Tractament

La contaminació no requereix antibioteràpia oral o tòpica. Una úlcera amb un curs correcte no requereix de la realització de cultius rutinaris.

Si la clínica és local, la càrrega bacteriana pot reduir-se amb:

- Una bona higiene
- Desbridament
- Neteja de l'úlcera
- Opcional: Antisèptics tòpics

En ferides amb risc d'infecció o recidiva:

- En ferides amb infecció local: Antisèptics tòpics
- En general s'ha d'evitar l'ús d'antibiòtics tòpics per a tractar les ferides infectades per tal de reduir al mínim el risc d'al·lèrgia i l'aparició de resistència bacteriana.

Antisèptics que es poden utilitzar en el tractament de la infecció de les ferides:

- Clorhexidina solució: S'utilitza com alternativa en malats al·lèrgics al iode.
- Permanganat solució: Pols que es dissol en aigua a 1/10.000. S'utilitza en fomentos per reduir la càrrega bacteriana. Té efecte astringent. És útil en ferides molt exsudatives.
- Plata, sulfadiazina argèntica: crema, apòsits impregnats; plata iònica: apòsits. Plata nano cristal·lina, l'ió està més preparat per una alliberació més ràpida
- Iode, povidona iodada i cadexòmer iodat: solució, crema, pomada, apòsits impregnats. Els productes actuals alliberen baixes quantitats de iode, el qual redueix la probabilitat de toxicitat. La povidona iodada (polivinil-pirrolidona iodada – PVP-I) és un compost més surfactant.
- Polihexanida: Solució per a fomentos o en hidrogel.
- Apòsits antimicrobians, que poden ser d'elecció en pacients al·lèrgics a la plata

Si la ferida empijora:

- Si hi ha clínica d'infecció disseminada.
- Si hi ha clínica d'infecció sistèmica.
- Si no millora després de 10 – 14 dies de tractament antisèptic.

S'ha de prendre una mostra per a cultiu bacterià i antibiograma.

La tècnica a utilitzar depèn de les possibilitats de cada centre:

- Frotis de ferida: [Vídeo: Frotis amb hisop](#)
- Aspiració amb agulla: [Vídeo: cultiu amb punció amb agulla](#)
- Biòpsia de la ferida.

A tenir en compte que la mostra s'ha de prendre sempre:

- Després de la neteja (i desbridament si procedeix) de la superfície del llit ulcerós.
- De la zona en pitjor situació clínica.

Tècnica de Levine: Es fa girar l'escovilló sobre la superfície de la ferida exercint una pressió suficient per extraure líquid del teixit de la ferida.

Iniciar tractament antibiòtic empíric al pacient en situació de risc.



En les ferides cròniques, excepte si el malalt presenta malestar o hi ha una extremitat en risc, s'utilitzarà l'antibiòtic segons l'antibiograma.

Serà preferible l'administració sistèmica, combinat amb l'aplicació d'antisèptics locals.

c. Tractament empíric

Hi ha la possibilitat d'iniciar tractament empíric fins tenir el resultat de l'antibiograma amb les següents opcions terapèutiques:

- Amoxicil·lina / àcid clavulànic 875/125 cada 8 hores v.o.
- Clindamicina 300 mg cada 6-8 hores v.o.
- Ciprofloxacino 750 mg cada 12 hores v.o.
- Si sospita d'anaerobis afegir metronidazol 500 mg cada 8 hores v.o.

TRACTAMENT ESPECÍFIC DE LES ÚLCERES VENOSES

L'estratègia terapèutica més efectiva per a la cicatrització de les úlceres d'etiologia venosa així com per a totes les úlceres que cursin amb edema de les extremitats inferiors, és la teràpia de compressió. Perquè sigui eficaç precisa d'una correcta selecció i col·locació.

a. Objectius:

- Reducció de la pressió intraluminal
- Augment de la velocitat del flux sanguini
- Reducció de l'edema
- Reducció de l'extravasació plasmàtica, leucocitària i eritrocitària
- Afavoriment del drenatge limfàtic de l'espai intersticial
- Prevenció de recaïdes en pacients curats

b. Indicacions de la teràpia compressiva:

- Insuficiència venosa crònica
- Venes varicoses / varius

- Nafres venoses
- Flebitis en fase resolutiva
- Trombosi venosa profunda, edema venós, post quirúrgic, limfedema
- Després de cirurgia venosa (redueix el risc de tromboembolisme venós profund)
- Prevenció tromboembolisme venós i la seva recurrència
- Síndrome postrombòtica

c. Contraindicacions:

Absolutes:

- Isquèmia de les EEII demostrada per l'índex turmell / braç
- Artritis reumatoïde en fase aguda
- Cel·lulitis
- Flebitis sèptica
- Absència de sensibilitat
- Trombosi venosa profunda en fase aguda

Relatives:

- Dermatitis en fase aguda
- Insuficiència cardíaca
- Hipertensió arterial.
- Sensibilitat disminuïda
- Al·lèrgia als materials de l'embenat

Abans d'aplicar l'embenat és convenient fer o tenir un ITB per actuar segons el resultat:

[Vídeo: index turmell-braç \(ITB\)](#)

ITB	Tipus d'embenat
0,9 – 1,2	Embenat compressiu
0,5 – 0,9	Embenat de contenció
< 0,5	L'embenat està contraindicat



d. Opcions de teràpia compressiva: Veure annex 3

- Embenat mòdul elasticitat mitjana/alta, bena de 7/10 metres x 10 cm
- Embenat multicapa: són més efectius que els embenats monocapa. Realitzen una compressió gradual i sostinguda de 40 mmHg, reparteixen la pressió entre les benes, mantenen la compressió durant una setmana, tenen capacitat d'absorció i permeten l'activitat diària del pacient. [Vídeo: embenat multicapa](#)
- Mitges elàstiques terapèutiques (ortesi), grau de compressió tipus II entre 30 - 40 mmHg.

Teràpia compressiva		
	Compressió	Pressió en mm de Hg
Tipus I	lleugera	15-20
Tipus II	normal	21-29
Tipus III	forta	30-40
Tipus IV	molt forta	> 40

e. Prevenció de les úlceres venoses:

Prevenció primària:

Proporcionar informació als pacients amb graus clínics [CEAP](#) C1-C3 sobre les pautes de prevenció que han acreditat efectivitat davant el factors desencadenants de la malaltia.

- Evitar hàbits sedentaris
- Pautes d'alimentació
- IMC per sota de 30
- Calçat adient
- Fisioteràpia i practiques esportives adients
- Teràpia de compressió en certes activitats que necessitin bipedestació perllongada

Prevenció secundària:

Per a pacients amb els següents graus clínics de la [CEAP](#), etiologia, i teràpia prèvia:

- Grau 4 en IVS: cirurgia
- Grau 4 en IVP- Síndrome postrombòtica: terapèutica de compressió
- Grau 5 en IVS + cirurgia prèvia: pautes de prevenció primària



- *Tractament específic de les úlceres arterials
Prevenció de les úlceres isquémiques(Primària i secundària)

- *Tractament específic de les úlceres neuropàtiques
Prevenció de les úlceres neuropàtiques(Primària i secundària)

- *Link del Peu diabètic



- Grau 5 en IVP- Síndrome postrombòtica: terapèutica de compressió

El seu objectiu és evitar l'úlcer a i/o la recidiva

L'embenat més efectiu és el d'alta elasticitat, el qual està indicat per a reduir l'edema i tractar les complicacions de la insuficiència venosa crònica. L'edema interfereix en la curació de les úlceres venoses. Amb pressions de 40mmHg és convenient utilitzar materials d'alta rigidesa, no elàstics, de baixa elasticitat (curt estirament), mitges o multicapa.

Veure classificació CEAP a la taula 3 de l'annex 2

Veure classificació dels tipus d'úlcer a venosa per la seva estructura tisular i profunditat a les taules 2 de l'annex 2.

TRACTAMENT ESPECÍFIC DE LES ÚLCERES ARTERIALS

Davant la sospita d'una úlcer a isquèmica, sempre cal derivar el pacient al servei de Cirurgia Vasculard per fer-ne la valoració, el diagnòstic, el tractament i el pronòstic.

Sense revascularització les possibilitats de curació són mínimes.

El control del dolor és una part important del tractament.

En les lesions isquèmiques irreversibles, segons el criteri del cirurgià vascular, cal fer una cura seca amb povidona iodada, per tal d'evitar una necrosi humida per sobreinfecció.

a. Prevenció de les úlceres isquèmiques

Prevenció primària:

- Prevenció dels factors de risc de l'arteriosclerosi, suspensió del tabaquisme, control farmacològic, dietètic, control HTA, DM i dislipèmia
- Possibilitats de revascularització

Prevenció secundària:

- Control sobre els factors de risc
- Tractament farmacològic amb antiagregants plaquetaris i estatines

TRACTAMENT ESPECÍFIC DE LES ÚLCERES NEUROPÀTIQUES

La clau en el maneig de les úlceres d'etiologia neuropàtica és establir l'etiologia de la lesió (neuropàtica o neuro-isquèmica).

El maneig de la descarrega és un punt clau, ja que la pressió contínua és un factor important en el desenvolupament de l'úlcer a en el pacient neuropàtic.

La cura local és la mateixa que es realitza a tot tipus d'úlceres.

a. Prevenció úlceres neuropàtiques

Prevenció primària:

Autovigilància dels peus per part del pacient.

Tot pacient diabètic hauria de fer-se una completa valoració del peu, com a mínim un cop a l'any.

Els pacients diabètics de risc han d'integrar-se a un programa de prevenció fonamentat en valoracions clíniques freqüents (3-8 mesos) per un equip especialment entrenat; també cal una cura podològica amb indicacions sobre sistemes de descàrrega plantar i l'ús de calçat adient.

Prevenció secundària:

Tots els pacients que ja hagin tingut una úlcer a al peu han de ser considerats com a pacients d'alt risc de reulceració i han de ser inclosos en un programa de prevenció secundària basat en:

- Rigorós control clínic mensual
- Cura ortopodològica, ortesi de descàrrega i calçat ortopèdic
- Cirurgia ortopèdica en els casos seleccionats.
- Seguiment i control d'altres factors de risc.

Programes d'educació i auto vigilància.

Veure classificació de la gravetat de l'úlcer a del peu diabètic segons Escala de Wagner (annex 2)

Link a la [Guia del peu diabètic de l' AIS-BE](#)



- Criteris de derivació a l'especialista i a l'hospital



CRITERIS DE DERIVACIÓ A ESPECIALISTES I HOSPITALS

Els referents dels hospitals del territori (AIS-BE) han consensuat aquests criteris de derivació. Donat que a l'Hospital Clínic existeix una consulta monogràfica d'úlceres al Servei de Dermatologia hi ha diferències específiques entre els hospitals.

Úlceres venoses (HCP)		
C. Vasculat*	Dermatologia	Urgències
Úlceres venoses amb varicos quilúrgiques*	Dermatitis de contacte al voltant de l'úlcera, que es generalitza a tota l'extremitat	Cel·lulitis que s'estén a tota la cama
	Ferida refractària	Sagnat actiu
	Doble sobre si hi ha procés neoplàsic	
	Creixement incontrolat de l'úlcera, en extensió i profunditat: consulta urgent	

* El servei de cirurgia vascular de l'hospital Clínic no atén patologia venosa, s'ha de derivar a Sagrat Cor.

Úlceres venoses (H. Plató i H. Sagrat Cor)		
C. Vasculat	Dermatologia	Urgències
Úlceres venoses amb varicos quilúrgiques	Dermatitis de contacte al voltant de l'úlcera, que es generalitza a tota l'extremitat	Cel·lulitis que s'estén a tota la cama
Ferida refractària	Doble sobre si hi ha procés neoplàsic	Sagnat actiu
Creixement incontrolat de l'úlcera, en extensió i profunditat: consulta urgent		

Úlceres arterials (HCP, H. Plató i H. Sagrat Cor)	
C. Vasculat	Urgències
Tot diabètic que presenti úlcera arterial	Gangrena diabètica
Tot pacient amb úlcera arterial que presenti un ITB < 0,8	Infecció cutània greu
	Isquèmia crònica re-aguditzada



Annex

Tractament segons la fase evolutiva de l'úlceres.

Annex

Taules(Escala Wagner, Classificació morfològica de les úlceres, classificació CEAP d'insuficiència venosa crònica)

Annex

Embenatges per teràpia compressiva

Annex

Full de comunicació entre atenció primària i hospital pel maneig de les úlceres



ANNEX 1: TRACTAMENT SEGONS LA FASE EVOLUTIVA DE L'ÚLCERA

	Fase	Productes	Combinacions
Escarificació	Escara seca	Hidrogels hipertònics (20%) Hidrogel de carboximetilcel·lulosa Col·lagenasa Hidrocol·loide en placa	Hidrogel de carboximetilcel·lulosa+ hidrocol·loide en placa Col·lagenasa+ hidrocol·loide en placa
	Fibrina Esfacels	Carbó activat en plata Hidrogel d'alginat de calci Col·lagenasa Hidrofibras d'hidrocol·loide Hidrogel de carboximetilcel·lulosa Hidrogels (gel, placa). Espumes de poliureta (foams)	Hidrofibras de hidrocol·loide+ col·lagenasa+ hidrogel de carboximetilcel·lulosa Espumes de poliureta+ alginat de calci o col·lagenasa
Granulació	Mixta (resta d'esfacels)	Col·lagenasa Hidrogels (gel, placa). Espumes de poliureta. Hidrofibras d'hidrocol·loide. Alginat de calci en làmina.	Qualsevol dels apositis absorbents es poden combinar amb la col·lagenasa o els hidrogels.
	Completa	Espumes de poliureta. Hidrofibras d'hidrocol·loide. Alginat de calci en làmina.	
	Proliferant	Espumes de poliureta. Alginat de calci en làmina. Pols de col·lagen.	Cal evitar qualsevol combinació que mantingui la humitat en el llit de la lesió.
Epitelització		Plaques de silicona. Hidrocol·loides extra fins. Pel·lícula de poliureta. Extracte d' <i>Hydrocotyle asiatica</i> (centella asiàtica) Pols de col·lagen	Placa de silicona + extracte d' <i>Hydrocotyle asiatica</i> (centella asiàtica)
	Ferida infectada	Apositis de plata Antimicrobians	Apositis de plata + Hidrogel (no combinar mai amb col·lagenasa)

Enllaç amb pàgina de Gencat amb recomanacions apositis estèrils:

<http://www.cedimcat.info/html/ca/diri/541/60c26967.html#Rloc3>

ANNEX 2: TAULES

Taula 1: Escala de Wagner:

Per valorar la gravetat de les lesions del peu diabètic:

Grau 0	No hi ha lesió oberta
Grau 1	Lesió superficial limitada al gruix de la pell
Grau 2	Úlcera profunda que afecta el teixit subcutani, els tendons o els lligaments
Grau 3	Existència d'abscessos profunds, osteomielitis o artritis sèptica
Grau 4	Gangrena limitada als dits o als dits i metatars o taló
Grau 5	Gangrena extensa

Taula 2: Classificació morfològica de les úlceres:

2.1: En funció de la profunditat:

Grau I	Úlcera que afecta l'epidermis i la dermis
Grau II	Úlcera que afecta al teixit cel·lular subcutani o hipodermis
Grau III	Úlcera que afecta a la fàscia i al múscul
Grau IV	Úlcera que afecta l'os

2.2: En funció de la estructura tissular:

Grau I	El llit de l'úlcera està cobert totalment per teixit de granulació, no existeix teixit necròtic ni fibrina
Grau II	El llit de l'úlcera presenta més del 50% de teixit de granulació, una proporció inferior de fibrina i no existeix teixit necròtic
Grau III	El llit de l'úlcera presenta menys del 50% de teixit de granulació; la fibrina, superior al 50%, i no existeix teixit necròtic.
Grau IV	El teixit necròtic ocupa més del 50% de l'úlcera; la fibrina, menys del 50%, i no existeix teixit de granulació

Taula 3: Classificació CEAP d'insuficiència venosa crònica:

GRAU CLÍNIC	Manifestacions clíniques
C0	Sense signes visibles de patologia
C1	Venes reticulars/telangiectasies
C2	Varicos tronculars
C3	Edema
C4	Alleracions cutànies
C5	C4 + úlcera cicatritzada
C6	C4 + úlcera activa



ANNEX 3: EMBENATGES PER TERÀPIA COMPRESSIVA

a. Monocapa:

Dits així per tenir una sola capa. Poden ser de tracció curta o de llarga tracció.

Els embenats monocapa exerceixen compressió de 40 mmHg i poden estar fins a 7 dies.

L'aplicació de l'embenat s'iniciarà des de la part distal de l'extremitat afectada (base dels dits) i amb dues voltes circulars per fer un ancoratge. A continuació dirigir la bena obliquament, cobrint taló i de forma circular fins a cobrir el turmell. Cada volta a de cobrir aproximadament un 50% de la amplada de la volta anterior. S'ha de mantenir el peu en un angle de 90° i aplicar la bena amb una tensió moderada fins arribar per sota de genoll.

- 1) Benes de tracció curta: Són d'alt poder compressiu i extensibilitat duradora indicades per realitzar teràpies compressives en flebologia, així com pel tractament de limfedemes aguts i crònics.
 - 2) Benes de tracció llarga: A causa de la seva forta compressió es recomana retirar-la mentre el pacient està en repòs o a l'hora de dormir.
- Putterbinde Flex®: bena de compressió forta tracció curta, es pot rentar fins a 50 vegades (no té làtex)
 - Comprilan BSN®: bena elàstica de tracció curta.

b. Multicapa:

Prèvia neteja, hidratació de l'extremitat i cura de la ferida d'acord a les seves característiques, procedirem a protegir les prominències òssies. S'aplicarà una capa de protecció amb bena d'encoixinat i seguirem aplicant les successives capes segons indicacions del producte.

Tenen aquest nom per que estan compostos per més d'una capa. Poden ser:

- Elàstics/inelàstics
- Cohesius/adhesius
- Encoixinats (cotó o d'espuma)

L'èxit recau en que contenen una combinació d'embenats que aporten pressions diferents

Els embenats multicapa exerceixen pressió de 40 mmHg, es poden deixar fins a 7 dies tenen varies capes. Hi ha diferents marques i tipus:

- K2 Urgo®, Proguide®: una bena de cotó i l'altra elàstica de llarg estirament
- Farnaban CPK®: una bena de cotó i l'altra de tracció curta.
- Proguide®
- Profore®
- Un altre opció es posar més d'un embenat de tracció curta.
- Bota d'Unna: embenat adhesiu inelàstic
- Bota Duke: embenat multicapa que te forma de bota, s'adapta a l'extremitat del pacient amb sistema de velcros, per tant és de fàcil col·locació i higiene per part del pacient donant-li més autonomia

Tant la del tipus monocapa com la del multicapa es presenten en diferents colors i mides per adaptar-la al diàmetre del turmell. Mides: 18-20 cm, 20-32 cm



Annex 4: Full de comunicació entre atenció primària i hospital pel maneig de les úlceres

 **Àrea Integral de Salut**
Barcelona Esquerra

 **Consorci Sanitari de Barcelona**
Unió dels centres de Salut i d'Assistència de Barcelona
www.csbsb.cat
Corporació Sanitària de Barcelona

FULL DE COMUNICACIÓ ENTRE ATENCIÓ PRIMÀRIA I HOSPITAL PEL MANEIG DE LES ÚLCERES:

Pacient: _____ Data: _____

Valoració social:

Autònom
 Dependència: Cuidador principal: _____

Valoració de la ferida:

1. Tipus de lesió: venosa arterial diabètica altres: _____

2. Temps d'evolució de la lesió: _____

3. Tipus d'evolució: normal estacionària piorada

4. Localització: _____

5. Estat: _____

6. Mida: _____

7. Aspecte (en %): grau I grau II grau III grau IV altres: _____

8. Longitud (cm): _____

9. Amplada (cm): _____

10. Aspecte (en %): granadaçió anàl·litic necròtica altres: _____

11. Estat pell periferica: sana macerada necròtica eritema escoria escarres

12. Signes d'infecció: local regional sistèmica PU sistèmica

13. Localització de la úlceres: local regional sistèmica PU sistèmica

14. Tipus de úlceres: _____

15. Dolor (escala EVA): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Olor: No Sí

17. ITR: No Sí

Pla de cures:

Menja i hidratació: _____

Cures pell periferica: _____

TJ.M.E.: _____

Desplaçament: _____

Abordatge/Prevenació infecció: _____

Maneig de l'escarres: _____

Estimular regeneració tissular:

Teràpia compressiva: No Continuació Crepí Mètrica

Sí Manteiga Malla opa Malla 25-30 mmHg Malla 30-40 mmHg

Malla per úlceres (PAD)

Observacions:

Aquest document és: Derivat de l'ESP Informe d'evolució Informe d'alta

Professionals:

