

**Tractament de peu diabètic.
REVASCULARITZACIÓ: QUI, QUAN I COM?
DR. GEMMA ARNEDO VALERO**

IX JORNADA D'ATENCIÓ COMPARTIDA EN CIRURGIA VASCULAR DE L'ÀIS-BE
Sala Polivalent, Vil·la Florida, C/ Muntaner, 544
24 febrer 2017

1. **QUIN?**

PACIENT DIABÈTIC HA DE SER REVASCULARITZAT?

2. **QUAN?**

ÉS EL MOMENT DE REVASCULARITZAR?

3. **COM?**

FER LA TÈCNICA DE REVASCULARITZACIÓ MÉS ADEQUADA?

1. **QUIN?**

PACIENT DIABÈTIC HA DE SER REVASCULARITZAT?

2. **QUAN?**

ÉS EL MOMENT DE REVASCULARITZAR?

3. **COM?**

FER LA TÈCNICA DE REVASCULARITZACIÓ MÉS ADEQUADA?

ISQUÈMIA CRÍTICA DE L'EXTREMITAT

1-Dolor de repós.

Grau Fontaine III o Rutherford 4.



2-Lesions cutànnees isquèmiques.

Grau Fontaine IV o Rutherford 5-6.

- ◆ Pressió Sistòlica Turnell $<70\text{mmHg}$.
- ◆ Pressió Sistòlica Dit $<50\text{mmHg}$.

ISQUÈMIA CRÍTICA DE L'EXTREMITAT

1-Dolor de repós.

Grau Fontaine III o Rutherford 4.



2-Lesions cutànnees isquèmiques.

Grau Fontaine IV o Rutherford 5-6.

- ◆ Pressió Sistòlica Turnell $<70\text{mmHg}$.
- ◆ Pressió Sistòlica Dit $<50\text{mmHg}$.

ISQUÈMIA CRÍTICA DE L'EXTREMITAT

1-Dolor de repós.

Grau Fontaine III o Rutherford 4.



2-Lesions cutànnees isquèmiques.

Grau Fontaine IV o Rutherford 5-6.

- ◆ Pressió Sistòlica Turnell <70mmHg.
- ◆ Pressió Sistòlica Dit <50mmHg.



ISQUÈMIA CRÍTICA DE L'EXTREMITAT

1-Dolor de repós.

Grau Fontaine III o Rutherford 4.



2-Lesions cutànnees isquèmiques.

Grau Fontaine IV o Rutherford 5-6.

- ◆ Pressió Sistòlica Turnell <70mmHg.
- ◆ Pressió Sistòlica Dit <50mmHg.



ISQUÈMIA CRÍTICA DE L'EXTREMITAT

1-Dolor de repós.

Grau Fontaine III o Rutherford 4.



2-Lesions cutànnees isquèmiques.

Grau Fontaine IV o Rutherford 5-6.

- ◆ Pressió Sistòlica Turmell <70mmHg.
- ◆ Pressió Sistòlica Dit <50mmHg.





2. QUAN?

❖ DECISIÓ COMPLEXA.

❖ PER QUÈ?



2. QUAN?

❖ DECISIÓ COMPLEXA.

❖ PER QUÈ?



2. QUAN?

❖ DECISIÓ COMPLEXA.

❖ PER QUÈ?



❖ PER QUÈ ÉS COMPLEXA?

1. EAP: Factor que complica >60% de les úlceres del PD.

1. Angiopatía diabètica:

1. Microangiopatía.

O₂-Nutrients

Penetració Antibiòtics

Retràs Cicatrització

1. Macroangiopatía.

Difusa

Sector Infragenicular

Esclerosis de Mönckeberg

Baixa col.lateralitat

Gruix membrana capil.lar basal:
disfunció

endotelial



❖ PER QUÈ ÉS COMPLEXA?

1. EAP: Factor que complica >60% de les úlceres del PD.

1. Angiopatía diabètica:

1. Microangiopatía.

O₂-Nutrients

Penetració Antibiòtics

Retràs Cicatrització

1. Macroangiopatía.

Difusa

Sector Infragenicular

Esclerosis de Mönckeberg

Baixa col.lateralitat

Gruix membrana capil.lar basal:
disfunció

endotelial



❖ PER QUÈ ÉS COMPLEXA?

1. EAP: Factor que complica >60% de les úlceres del PD.

1. Angiopatía diabètica:

1. Microangiopatía.

O₂-Nutrients

Penetració Antibiòtics

Retràs Cicatrització

1. Macroangiopatía.

Difusa

Sector Infragenicular

Esclerosis de Mönckeberg

Baixa col.lateralitat

Gruix membrana capil.lar basal:
disfunció

endotelial



❖ PER QUÈ ÉS COMPLEXA?

1. EAP: Factor que complica >60% de les úlceres del PD.

1. Angiopatia diabètica:

1. Microangiopatia.

O₂-Nutrients

Penetració Antibiòtics

Retràs Cicatrització

1. Macroangiopatia.

Difusa

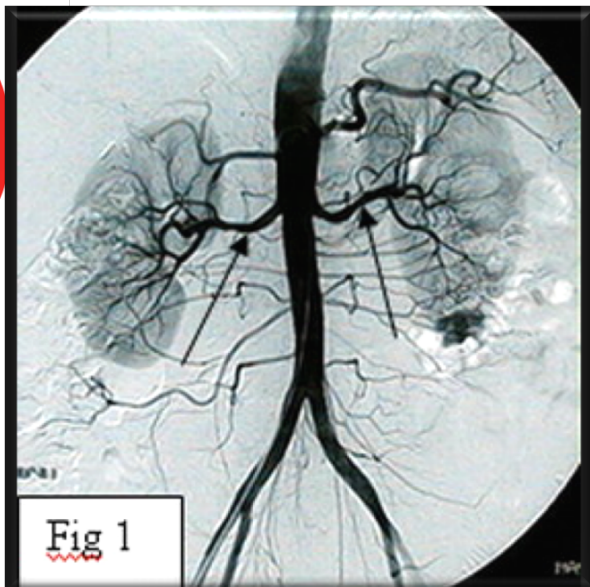
Sector Infragenicular

Esclerosis de Mönckeberg

Baixa col.lateralitat

Gruix membrana capil.lar basal:
disfució

endotelial



Aorto-Iliac



Fèmoro-Popliti

Difusa

Sector Infragenicular

Baixa col.lateralitat

endotelial



1. QUIN?

PACIENT DIABÈTIC HA DE SER REVASCULARITZAT?

2. QUAN?

ÉS EL MOMENT DE REVASCULARITZAR?

3. COM?

FER LA TÈCNICA DE REVASCULARITZACIÓ MÉS ADEQUADA?