

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E REFERÊNCIA / SEGUIMENTO

Nível de risco	Definição	Recomendações de Tratamento	Recomendações de Seguimento
0	Sem PSP, Sem DAP	Proporcionar educação para o paciente*	Anualmente, por médico generalista e ou especialista
1	PSP ± Deformidade	Considerar o uso de sapatos especiais Considerar cirurgia profilática se a deformidade não puder ser acomodada com segurança nos sapatos. Continuar a educação do paciente	A cada 3 a 6 meses, por médico especialista
2	DAP ± PSP	Considerar o uso de sapatos especiais Considerar consulta com especialista vascular para seguimento conjunto	A cada 2 ou 3 meses, por médico especialista
3	História de úlcera ou amputação	Considerar o uso de sapatos especiais Considerar consulta com especialista vascular para seguimento conjunto se DAP estiver presente	A cada 1 ou 2 meses, por médico especialista

PSP = Perda de Sensibilidade Protetora
DAP = Doença Arterial Periférica

*EDUCAÇÃO DO PACIENTE

Instruir o paciente sobre os seguintes aspectos:

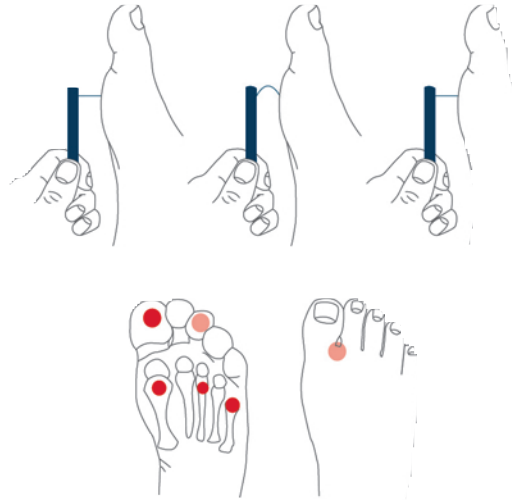
- Calçados apropriados e não andar descalço, mesmo dentro de casa
- Inspeção diária dos pés – observar o espaço entre os dedos e a planta dos pés
- Informar imediatamente a ocorrência de qualquer lesão, descoloração ou edema dos pés

© 2008 American Diabetes Association

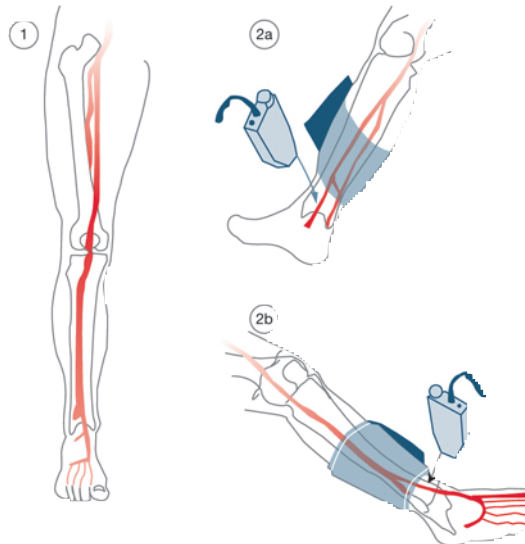
Desenvolvido por David G. Armstrong, DPM, PhD e Lawrence A. Lavery, DPM, MPH. Adaptado de *Clinical Care of the Diabetic Foot*, Armstrong, D.G., e L.A. Lavery. 2005. Alexandria, Virginia: American Diabetes Association.

Traduzido e adaptado pelos Drs. Augusto Pimazoni (SP) e Hermelinda Cordeiro Pedrosa (DF). Contribuição: Dr. Fábio Batista (SP). Chancela para uso no Brasil da Sociedade Brasileira de Diabetes, Departamento de Pé Diabético, Diretora Dra. Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Dra. Marília de Brito Gomes - Gestão 2008-2009 • Dr. Saulo Cavalcanti - Gestão 2010-2011

O TESTE DE MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN



CÁLCULO DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAÇO (ITB)



1. Vista anterior, membro inferior direito, anatomia arterial normal
2. ITB. Coloque o manguito de pressão arterial acima dos pulsos. Coloque o transdutor do doppler manual sobre o pulso arterial
 - a. Artéria tibial posterior, pressão sistólica do tornozelo
 - b. Artéria pediosa dorsal

Cálculo do ITB: Divida a pressão arterial sistólica máxima da perna pela pressão arterial sistólica máxima do braço. O ITB > 0,9 é normal

Adaptado de: Kahn, NA et al. *Jama* 2006, 295:536-46. Copyright © 2006. American Medical Association. Todos os direitos reservados.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

GUIA DE BOLSO PARA EXAME DOS PÉS

O EXAME DO PÉ DIABÉTICO

Avaliação	Testes	Achados Significantes
História do paciente		Úlceração prévia nos pés
		Amputação prévia
		Diabetes > 10 anos
		A1C ≥ 7%
		Visão comprometida
		Sintomas neuropáticos Claudicação
Exame dermatológico		Pele seca
		Ausência de pelos
		Unhas encravadas ou ponteagudas
		Masseração interdigital
		Úlceração
Rastreio para neuropatia	Monofilamento Semmes-Weinstein (10g)	Perda de percepção em um ou mais locais de testes
	Limiar de percepção vibratória	Limite de percepção vibratória > 25 volts
	Diapasão (128 Hz)	Percepção vibratória anormal
Avaliação vascular	Palpação dos pulsos pedioso dorsal e tibial posterior	Pulsos ausentes
	Índice tornozelo-braço (ITB)	ITB < 0,90 é consistente com doença arterial periférica
Avaliação biomecânica do pé	Flexão plantar ou dorsiflexão do tornozelo e halux (bilateralmente)	Mobilidade articular diminuída
	Observar a deambulação do paciente	Visão diminuída, marcha alterada, necessidade de órteses
	Inspeção dos sapatos do paciente	Os sapatos ajustam-se mal aos pés do paciente
	Inspeção das deformidades	Incapacidade do paciente de ver e alcançar os pés
		Cravos, calosidades, halux valgus
		Cabeças de metatarsos proeminentes
	Dedo em martelo, em garra	

GUIA GERAL PARA PRESCRIÇÃO DE CALÇADOS COM BASE NO ESTADO DE RISCO

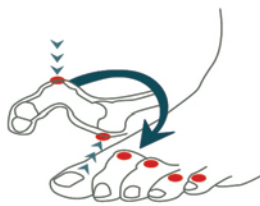
Deformidade, úlcera plantar prévia, calos, alta pressão plantar	NÍVEL DE ATIVIDADE		
	Baixo	Moderado	Alto
Ausente	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha macia (confeção individualizada, preferencialmente)	Calçado esportivo ou com altura profunda com uma palmilha espessa (confeção individualizada, preferencialmente)	Calçado esportivo ou com altura profunda com uma palmilha espessa; considerar o calçado com solado em mata-borrão (<i>rocker bottom</i>)
Moderado	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa; considerar o solado em mata-borrão (<i>rocker bottom</i>)	Calçado esportivo ou com altura profunda, com uma palmilha espessa; considerar o solado em mata-borrão (<i>rocker bottom</i>); considerar calçados de confeção individualizada (sob medida) com palmilhas mais espessas; considerar a descarga
Grave	Calçados de confeção individualizada (sob molde), com palmilhas espessas	Calçados de confeção individualizada (sob medida), com palmilhas espessas, com descarga, com solado em mata-borrão (<i>rocker bottom</i>)	Calçados de confeção individualizada (sob medida), com palmilhas espessas, com descarga mais complexa, com solado em mata-borrão (<i>rocker bottom</i>)

DEFORMIDADES DOS PÉS

Joanetes e dedos cavalgados (acavalados)



Artropatia de Charcot



Dedo em garra

INFECÇÃO NO PÉ DIABÉTICO

Tipo de Infecção	Tratamento	Duração de Tratamento
Úlceras não infectadas	Não requerem terapia antibiótica	
Infecção leve	Penicilinas semi-sintéticas (dicloxacilina, cloxacilina, flucloxacilina) ou cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina). Tratar ambulatorialmente exceto se contra-indicado	Geralmente 1 a 2 semanas
Infecção moderada	Cobertura de amplo espectro caso seja necessário antibioticoterapia empírica de urgência. As escolhas mais apropriadas incluem a classe dos carbapenems (ertapenem, imipenem) ou uma penicilina/inibidores da penicilinase (piperacilina-tazobactam, ampicilina-sulbactam ou amoxicilina clavulanato). Combinações de fluoroquinolona (ciprofloxacina ou levofloxacina) com clindamicina Se houver história prévia ou forte suspeita de infecção por estafilococo metilino-resistente (MRSA), considerar o uso empírico da classe das oxazolidinonas (linezolida) ou a classe dos glicopeptídeos (vancomicina) Hospitalização pode ser necessária para intervenção cirúrgica	Duas a quatro semanas, na ausência de envolvimento ósseo
Infecção grave	Conduta similar à exposta acima, mas requer tratamento urgente com hospitalização inicial e antibióticos por via endovenosa	Duas a quatro semanas dependendo da natureza de qualquer cirurgia e da presença de bacteremia
Osteomielite	Diagnóstico difícil. O tratamento requer consideração tanto de ressecção cirúrgica de ossos infectados ou necróticos e terapia antimicrobiana. Em alguns casos, terapia antimicrobiana supressiva, isoladamente	Todo o osso envolvido é removido (cirurgia ablativa): tratamento baseado no envolvimento de tecidos moles; e se não houver infecção, recomenda-se profilaxia por até 72 horas; se houver infecção, tratamento por duas semanas Osso remanescente infectado mas viável: tratamento por 4 a 6 semanas Osso inviável remanescente: mínimo de 6 a 12 semanas (esquemas antibióticos de longo prazo são utilizados algumas vezes para suprimir a infecção, ao invés de tentar curá-la)

SISTEMA DA UNIVERSIDADE DO TEXAS PARA CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERAS DO PÉ

Grau	Descrição	Estágio
0	Lesão pré ou pós ulcerativa	A-D
1	Superficial	A-D
2	Atinge o tendão ou a cápsula	A-D
3	Atinge o osso	A-D

ESTÁGIOS:
A = sem infecção ou isquemia; **B** = infecção;
C = isquemia; **D** = infecção + isquemia

RESUMO DAS INDICAÇÕES PARA DIFERENTES CURATIVOS E DISPOSITIVOS

Aparência da lesão	Alternativas terapêuticas
Presença de tecido necrótico escurecido e seco	<ul style="list-style-type: none"> Hidrogel Debridamento
Presença de fibrina ou tecido necrótico úmido	<ul style="list-style-type: none"> Hidrocolóide Hidrogel, se apresentar leve exudato Alginato, se apresentar exudato intenso
Lesão cavitada ou osso exposto	<ul style="list-style-type: none"> Terapia com pressão negativa Gel hidrocolóide Cobertura hidrocelular ou espumosa
Lesão bastante exudante	<ul style="list-style-type: none"> Alginato Hidrocolóides de "nova geração" Cobertura hidrocelular ou espumosa
Lesão em processo de granulação	<ul style="list-style-type: none"> Hidrocolóide Cobertura hidrocelular ou espumosa Tecido produzido por bio-engenharia Hidrofibra Alginato
Lesão superficial ou abrasão dérmica, queimadura superficial ou no local de enxertia de pele	<ul style="list-style-type: none"> Hidrocolóide Cobertura hidrocelular ou espumosa Hidrogel Filme Tule de náilon ou rayon e interface
Lesão com odor desagradável intenso	<ul style="list-style-type: none"> Curativos de carvão ativado