

TRADUÇÃO
DAS **RECOMENDAÇÕES**
DO INTERNATIONAL WORKING
GROUP ON THE DIABETIC FOOT



2015 **GEPED**

Reservados todos os direitos.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser traduzida noutras línguas, reproduzida ou utilizada sob qualquer forma ou por qualquer meio, electrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação, microcópia, ou por qualquer sistema de armazenamento e busca de informação, sem o consentimento escrito do editor.

@ Copyright 2011 de *The International Working Group on the Diabetic Foot/ Consultative Section of the IDF.*

ÍNDICE

Prefácio	4
GEPED	6
Introdução	7
Estrutura	10
Metodologia	11
Tradução das Recomendações	13
- Prevenção	13
- Calçado e alívio da pressão	14
- Doença arterial periférica	16
- Diagnóstico e tratamento de infecções	17
- Cicatrização	20

PREFÁCIO

Os problemas relacionados com o PÉ DIABÉTICO são causadores de grande sofrimento para o doente e de custos sociais e financeiros significativos.

Perante esta realidade têm sido tomadas medidas importantes para obviar estes problemas tão preocupantes.

Os profissionais de saúde, sobretudo médicos de diferentes especialidades e enfermeiros, tomaram consciência da gravidade da situação e têm tomado medidas para contrariar não só as patologias do pé em pessoas com diabetes mas também a complicação mais grave como a amputação a nível do membro inferior. A proliferação de consultas do pé uni ou multidisciplinar dirigidas para o diagnóstico precoce e para o tratamento multidisciplinar é uma conquista que merece ser realçada. A observação dos pés da pessoa com diabetes e a educação com o objectivo

de evitar lesões, é uma imposição de boa prática médica. A Sociedade Portuguesa de Diabetologia criou há vários anos o Grupo de Estudo do Pé Diabético, o qual mantém um íntimo e proveitoso contacto com “The International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)” que publica periodicamente actualizações das suas Recomendações que ditam as práticas a seguir no diagnóstico precoce e no correcto tratamento das situações do PÉ Diabético. O Grupo de Estudo do Pé Diabético da SPD, coordenado pelo Dr. Rui de Carvalho, tem realizado um trabalho meritório neste domínio culminando mais uma vez a sua acção com a tradução das Recomendações emitidas pelo IWGDF.

José Luiz Medina, MD PhD

*Presidente da Sociedade
Portuguesa de Diabetologia
2016 | Outubro*

A diabetes é uma doença pandémica que cresce a um ritmo estimado de nove milhões de novos casos por ano e cujas complicações tem consequências desastrosas na qualidade de vida dos seus portadores.

Destas complicações o pé diabético é das mais importantes, senão mesmo a mais importante, pelo impacto altamente negativo na qualidade de vida do doente e sua família, pelos elevados custos económicos e sociais que o seu tratamento acarreta e ainda pelo elevado risco de conduzir a uma amputação dos membros inferiores.

O doente amputado major não só tem uma pior qualidade de vida como também tem uma expectativa de sobrevida, aos cinco anos, muito reduzida. Dois factos são todavia relevantes, o primeiro é que em cerca de 85% dos casos a amputação é precedida de uma úlcera que pode ser prevenida e o segundo é que o risco de uma úlcera conduzir a uma amputação pode ser reduzido com um tratamento adequado.

Estes factos têm sido comprovados pela experiência de vários países com a criação de equipas dedicadas e multidisciplinares no tratamento do pé diabético.

Apoiado nestas experiências internacionais e em trabalhos publicados o Grupo de Trabalho Internacional do Pé Diabético (IWGDF), órgão consultivo da Federação Internacional da Diabetes, publicou em 2015, no 7th International Symposium on the Diabetic Foot, em Haia, um conjunto de recomendações de orientação prática no tratamento do pé diabético.

O Dr. Rui de Carvalho, Delegado de Portugal no IWGDF e Coordenador do GEPED, promoveu e supervisionou esta tradução em Português, para permitir uma maior divulgação e mais fácil implementação destas recomendações, entre aqueles que têm a missão de tratar o pé de pessoas com diabetes. A vasta experiência, no domínio de pé diabético, do Dr. Rui de Carvalho, director da mais antiga consulta multidisciplinar de pé diabético no nosso país, é garante do rigor linguístico e científico deste trabalho.

É um trabalho de grande alcance e muito meritório, que seguramente irá contribuir para a melhoria dos cuidados a prestar nos vários níveis de cuidados.

José Neves Antunes MD
Membro do GEPED

Rui Carvalho	Centro Hospitalar do Porto - Coordenador
Aida Paulino	Hospital de Castelo Branco
Ana Formiga	Centro Hospitalar Lisboa Central
Ana Luísa Costa	APDP Lisboa
André Carvalho	Centro Hospitalar do Porto
Carlos Costa Almeida	Centro Hospitalar de Coimbra
Cláudia Amaral	Centro Hospitalar do Porto
Cláudia Freitas	Centro Hospitalar do Porto
Daniel Brandão	Centro Hospitalar de Gaia/Espinho
Edite Nascimento	Centro Hospitalar Viseu/Tondela
Eduardo Vinha	Hospital de São João
Fernando Graça	Centro Hospitalar Lisboa Central
Filomena Rodrigues	Hospital de Torres Vedras
Isabel Gonçalves	Centro Hospitalar do Porto
Joana Martins	Centro Hospitalar do Porto
Joana Queirós	Hospital de São João
João Gaspar	Hospital de Vila Real
João Nascimento	Hospital de Setúbal
José Muras	Centro Hospitalar do Porto
José Neves	Centro Hospitalar de Lisboa Central
Liane Moura	Centro de Neurociências e Biologia Celular de Coimbra
Manuela Ribeiro	Centro Hospitalar de Gaia/Espinho
Maria Jesus Dantas	Hospital de Vale do Sousa
Marília Vargas	Hospital de Angra do Heroísmo
Matilde Monteiro Soares	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Merlinde Madureira	Centro Hospitalar de Gaia/Espinho
Natália Baptista	Centro Hospitalar Viseu/Tondela
Natércia Candeias	Centro Hospitalar de Lisboa Central
Paulo Felicíssimo	Hospital de Amadora/Sintra
Patrícia Oliveira	Centro Hospitalar de Coimbra
Ricardo São Simão	Hospital de São João
Rosa Silva	Hospital de Castelo Branco
Rosa Simão	Centro Hospitalar Viseu/Tondela
Vítor Marques	Centro Hospitalar Viseu/Tondela

Em 2013, a prevalência global da Diabetes Mellitus (DM) era de 8.3%. Esta patologia afecta 382 milhões de pessoas, sendo que metade tem uma idade compreendida entre os 40 e os 59 anos. Estima-se que em 2035 a prevalência da DM atinja os 10% e afecte cerca de 600 milhões de pessoas (IDF 6th Ed, 2014).

Portugal apresenta uma prevalência da DM superior ao valor global reportado (12.9 vs 8.3%) e concomitantemente um gasto médio superior com esta doença (2250 vs 1437 USD).

Epidemiologistas reportam que 20-25% das admissões hospitalares em utentes com DM ocorre por complicações do Pé Diabético. Esta proporção considerável poderá ser explicada pelo facto de os indivíduos com DM terem um risco de amputação 15 a 46 vezes superior aos indivíduos sem DM. O risco de uma nova amputação varia entre 9 a 17% ao fim de 1 ano e entre 25 a 68% ao fim de 3 a 5 anos. E após 5 anos da ocorrência da amputação a taxa de sobrevivência decresce 41 a 70% (Alavi, 2014).

A DM foi responsável por 10% dos internamentos em 2013 em Portugal. As doenças do sistema circulatório foram a causa mais comum (23-26%) e 2004 ocorrências foram directamente relacionadas com complicações do Pé Diabético (OND 2014). Um total de 1500 indivíduos sofreram uma amputação (867 minor e 689 major) (OND 2014).

A úlcera e amputação do membro inferior no utente com Diabetes tem um grande impacto na vida do utente e dos seus familiares, no Sistema Nacional de Saúde e na Sociedade em geral (Basu 2004, Prompers 2007). Cada ano, um milhão de pessoas sofre uma amputação devido à DM, o que corresponde à perda de um membro devido à DM a cada 20 segundos (IWGDF 2015).

Uma revisão sistemática com meta-análise concluiu que a úlcera em Pé Diabético estava associada com um risco aumentado de mortalidade, enfarte do miocárdio fatal e acidente vascular cerebral fatal (Brownrigg J, 2012). Outro estudo concluiu que o desenvolvimento de uma úlcera do pé está associada com uma maior mortalidade, independentemente da idade, género, duração da diabetes e número de co-morbilidades relacionadas com a Diabetes (Martins-Mendes D, 2014). De facto, um estudo observou que os utentes após amputação major apresentaram uma taxa de mortalidade comparável com doenças malignas sistémicas, com uma sobrevivência mediana de 40-55 meses (Hoffman M, 2015).

Adicionalmente, vários estudos concluíram que os sujeitos que foram submetidos a uma amputação major reportaram uma qualidade de vida inferior quando comparados com sujeitos com outras complicações relacionadas com a diabetes, incluindo doença renal crónica e cegueira (Barshes 2013).

INTRODUÇÃO

Apesar das complicações no Pé Diabético serem uma consequência de alterações fisiopatológicas irreversíveis relacionadas com a DM, considera-se que o desfecho clínico pode ser grandemente melhorado por uma referência precoce para cuidados especializados (Jeffcoate 2011).

Um rastreio e tratamento adequados destes utentes é crucial. No entanto, vários estudos reportam que, mesmo em Instituições Hospitalares, o exame podológico é realizado de uma forma escassa e/ou insatisfatória (Barshes 2013, Boulton 1999, Morbach 2003). Este facto pode dever-se ao desconhecimento do utente do verdadeiro impacto desta condição clínica, um acesso limitado aos cuidados de Saúde adequados, falta de tempo e/ou treino dos profissionais (Barshes 2013), falta de compreensão de como realizar o rastreio adequado (Lavery 1998) assim como a crença da inevitabilidade de um mau desfecho clínico (Jeffcoate 2012).

Assim, em 2012, apenas 58.1% da população com DM tinha um registo de observação do pé no Sistema Nacional de Saúde Português (OND 2013). No entanto, uma realidade idêntica observa-se em diversos países.

A utilização de uma classificação validada permite a estratificação adequada dos sujeitos pelo grau de risco de desenvolvimento de complicações podológicas e assim uma alocação racional dos recursos disponíveis. Considera-se que a classificação a utilizar deve ser fácil de aplicar e válida na identificação dos utentes em maior risco. A este grupo de utentes deve ser garantido o acesso a seguimento e/ou tratamento por uma equipa especializada em Pé Diabético, a ortóteses digitais e plantares (se necessário) e calçado adequado assim como a programas educativos estruturados e vigilância frequente (IWGDF 2015).

Até à data foram publicadas 5 classificações para a identificação do utente com diabetes em risco de desenvolver úlcera podológica: American Diabetes Association (ADA), International Working Group on Diabetic Foot (IWGDF), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Seattle System e da University of Texas (UT) (Monteiro-Soares M 2011).

Numa revisão sistemática (Monteiro-Soares M 2011) e num estudo de validação de todas as classificações disponíveis (Monteiro-Soares M 2012) verificou-se que todas as classificações apresentavam uma validade elevada e semelhante; pelo que a seleção de qual utilizar na prática clínica recaiu sobre a facilidade de uso e nível de disseminação. Assim, a classificação do IWGDF foi selecionada.

Para além de uma classificação adequada dos utentes com DM é essencial conhecer quais as estratégias eficazes para a prevenção e tratamento das úlceras. Nesse sentido o IWGDF tem publicado e actualizado as suas Guidelines práti-

cas desde 1999. Em 2007, a criação e actualização dos documentos passou a ser fundamentado em revisões sistemáticas e, em 2015, as recomendações passaram a ser realizadas utilizando o sistema GRADE (the Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation) (Guyatt G, 2011, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. J Clin Epidemiol, 64 (4): 380–382) e alteraram o seu nome de Guidelines (directrizes) para Guidance (recomendações).

Estas alterações foram realizadas no sentido de criar recomendações claras e concisas que recomendem de forma adequada, e baseada na melhor evidência disponível, a atitude a ter pelos profissionais de saúde que tratam de Pé Diabético em qualquer parte do mundo, tendo em consideração as variações nas práticas clínicas locais assim como os potenciais benefícios e prejuízos.

Com estes documentos o grupo pretende melhorar os cuidados dos problemas podológicos nos indivíduos com DM e assim reduzir a morbi-mortalidade relacionada com o Pé Diabético.

ESTRUTURA

Mais de **80 000 artigos** foram revistos por 5 grupos de trabalho compostos por 149 especialistas na área e membros consultivos.

As recomendações estão agrupadas em **5 documentos** que focam:

- 1** Prevenção do desenvolvimento de úlcera do pé em utentes com DM em risco (isto é, com Neuropatia Diabética Periférica, com ou sem deformidade podológica ou doença arterial periférica, ou com história de úlcera ou amputação prévia), com um total de 13 recomendações.
- 2** Calçado e alívio de pressão para a prevenção ou cicatrização de úlceras do pé em indivíduos com DM, com um total de 13 recomendações.
- 3** Doença Arterial Periférica (diagnóstico, prognóstico e tratamento em indivíduos com DM e úlcera do pé activa) com um total de 16 recomendações.
- 4** Diagnóstico e tratamento de infeções a nível podológico em indivíduos com DM, com um total de 26 recomendações.
- 5** Intervenções locais que promovem a cicatrização de úlceras do pé crónicas em indivíduos com DM, com um total de 9 recomendações.

As recomendações sobre o tópico da prevenção e prognóstico da doença arterial periférica correspondem a documentos totalmente novos enquanto que os restantes tópicos foram sujeitos a actualização.

Este documento descreverá de forma detalhada a metodologia que levou à formulação destas recomendações assim como as apresentará de forma sucinta.

É aconselhada a consulta dos documentos originais (Guidance documents e Revisões Sistemáticas) para o acesso a informação mais detalhada (disponíveis em www.iwgdf.org).

Para cada tópico foi desenvolvida uma revisão sistemática, com uma busca dos artigos realizada por um bibliotecário.

Em cada grupo de trabalho foram criados pares para analisar os artigos sobre cada tópico.

A seleção dos artigos pelo título e abstract assim como na sua versão integral foi realizada por 2 especialistas de forma cega e independente. Os casos de discordância foram resolvidos através de consenso.

A gradação de cada recomendação foi feita através do sistema GRADE que elabora sobre a força da recomendação e a qualidade da evidência disponível. A força da recomendação pode ser classificada como forte ou fraca. A qualidade da evidência pode ser classificada como alta, moderada ou baixa.

Para a maioria dos dados mais antigos incluídos nas revisões sistemáticas, que fundamentaram o documento das recomendações, não foi possível calcular ou avaliar a inconsistência ou imprecisão. Assim, foi decidido que a qualidade da evidência seria baseada no risco de vieses dos estudos incluídos, efeito amostral e opinião dos especialistas.

A análise da presença de vieses dos artigos selecionados foi realizada através de diversas grelhas de avaliação existentes para o efeito, dependendo do tipo de estudo [Scottish Intercollegiate Grouping Network (SIGN) algorithm (<http://www.sign.ac.uk/pdf/studydesign.pdf>) e do Dutch Cochrane Centre (www.cochrane.nl)], novamente por 2 especialistas de forma cega e independente. No caso do documento relativo ao diagnóstico da doença arterial periférica a qualidade metodológica foi avaliada utilizando a grelha Quality Assessment for Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS) e ao prognóstico a grelha Quality in Prognostic Studies (QUIPS).

Os artigos que tivessem sido publicados por algum membro do grupo eram avaliados por outras pessoas que não os autores de forma a minimizar potenciais conflitos de interesse.

A evidência dos estudos incluídos foi sintetizada em tabelas de evidência.

A força da recomendação teve por base a qualidade da evidência, o equilíbrio entre os benefícios e os prejuízos, valores e preferências dos utentes e custos (utilização de recursos). Este método permite que exista uma ligação entre a evidência científica e o uso clínico diário.

METODOLOGIA

Assim é preciso salientar que falta de evidência não implica falta de efeito e que, por outro lado, um nível de evidência elevado com uma recomendação forte não implicam um uso generalizado.

A escrita das recomendações foi realizada por cada um dos pares para cada um dos tópicos. De seguida, foi feita uma leitura para todo o grupo de trabalho. A redacção definitiva da recomendação foi feita através de consenso por todo o grupo.

O enquadramento que fundamentou cada uma das recomendações encontra-se descrito nos documentos originais (www.iwgdf.org).

O documento final foi revisto pelo grupo editorial e pelos membros internacionais do IWGDF.

O resultado final pretendeu ser um consenso global baseado na evidência para a prevenção e tratamento das complicações de Pé Diabético. Cada recomendação deve ser adaptada para as circunstâncias locais de país.

PREVENÇÃO (n= 13)

1 | Para identificar uma pessoa com Pé Diabético em risco, que ainda não tenha sido previamente classificado como tal, determine a presença de neuropatia anualmente (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

2 | Para identificar uma pessoa com Pé Diabético em risco examine os pés anualmente e procurem sintomas ou sinais de neuropatia ou doença vascular periféricas. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

3 | Num doente com Diabetes e neuropatia periférica rastreie para história de úlcera ou amputação prévias; doença vascular periférica; deformidades dos pés; lesões pré-ulcerativas dos pés; má higiene dos pés; e sapatos inadequados. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

4 | Trate qualquer lesão pré-ulcerativa num doente com Diabetes com Pé em Risco, isto inclui remover calosidades; proteger pequenas bolhas; drenar grandes bolhas; tratar unhas espessadas ou encravadas; e prescrever tratamento antifúngico para infecções fúngicas. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

5 | Para proteger o pé de um doente com um Pé em Risco, eduque para não andar descalço, com meias ou com chinelos em casa ou no exterior. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

6 | Eduque um doente com Pé em Risco para efectuar uma inspecção diária dos pés e do interior dos sapatos; lavar os pés regularmente com especial cuidado na secagem interdigital; evitar o uso de agentes químicos ou emplastos para remover calosidades; usar emolientes para lubrificar a pele seca; e cortar (ou limar) unhas de modo recto. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

7 | Eduque um doente diabético com Pé em Risco para usar calçado adequado para prevenir uma primeira úlcera do pé ou uma úlcera não plantar recorrente. Mas se existir uma deformidade do pé ou uma lesão pré-ulcerativa considere a prescrição de sapatos terapêuticos, palmilhas individualizadas ou ortóteses digitais. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

8 | Para prevenir uma úlcera plantar recorrente num doente diabético com um Pé em Risco, prescreva um calçado terapêutico com redução eficaz da pressão plantar e motive o doente para usar este calçado em todas as ocasiões. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

9 | Para prevenir uma úlcera “de novo” num doente diabético com Pé em Risco, dê ao doente educação melhorada no conhecimento e comportamento do calça

TRADUÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

do, assim como apoio na aderência a estes conselhos. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

10 | Eduque um doente com classificação de risco 2 ou 3 da IWGDF para monitorizar em casa a temperatura da pele no sentido de prevenir uma úlcera “de novo” ou recorrente. Tal tem como objectivo o reconhecimento precoce da inflamação e da orientação imediata pelo doente ou profissional de saúde para a resolução imediata da causa da inflamação. (GRADE: Fraco; Qualidade: Moderada)

11 | Considere a tenotomia do flexor digital para prevenir uma úlcera digital quando o tratamento conservador falha num doente com Pé Diabético em risco (classificação IWGDF 2 ou 3) com dedos em martelo, lesão pré-ulcerativa ou uma úlcera digital. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

12 | Considere o alongamento do tendão de Aquiles, artroplastia, uni ou panressecção das cabeças metatársicas, ou osteotomia para prevenir uma úlcera recorrente do pé quando o tratamento conservador falhar num doente diabético com úlcera plantar do antepé. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

13 | Não use a descompressão de nervo para prevenir uma úlcera de pé num doente com Pé em Risco. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

CALÇADO E ALÍVIO DE PRESSÃO (n= 13)

1 | Para curar uma úlcera neuropática plantar do antepé, sem isquemia ou infecção não controlada, use um aparelho não removível até ao joelho com uma interface adequada para o pé. (GRADE: Forte; Qualidade: Elevada)

2 | Para curar uma úlcera neuropática plantar do antepé, use um aparelho removível até ao joelho se houver contra-indicação ou intolerância do doente ao aparelho não removível e se o doente mostrar aderência ao tratamento. (GRADE: Fraco; Qualidade: Moderada)

3 | Para curar uma úlcera neuropática plantar do antepé, use um meio-sapato ou sapato de baruk ou sapato ortopédico se houver contra-indicação ou intolerância do doente ao aparelho removível e se o doente mostrar aderência ao tratamento. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

4 | Eduque um doente diabético com um pé de alto risco a não caminhar descalço, com meias ou com chinelos, em casa ou no exterior. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

5 | Eduque um doente diabético com um pé de alto risco a usar calçado bem ajustado, apropriado para prevenir uma úlcera “de novo”, plantar ou não plantar, ou uma úlcera não plantar recorrente. Se houver uma lesão pré-ulcerativa ou uma deformidade, considere prescrever sapatos ortopédicos, palmilhas individualizadas ou órtese digital. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

6 | Prescreva calçado terapêutico com efeito de alívio da pressão plantar para prevenir uma úlcera plantar recorrente e motive o doente para usar sempre o calçado, mesmo em casa. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

7 | Eduque um doente diabético a não usar sapatos convencionais ou terapêuticos para curar uma úlcera plantar. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

8 | Considere usar calçado modificado, calçado temporário, espaçadores ou órteses digitais para curar uma úlcera não plantar num doente diabético, sem isquemia ou infecção não controlada. A modalidade específica dependerá do tipo e localização da úlcera. (GRADE: Fraca; Qualidade: Baixa)

9 | Para prevenir uma úlcera plantar recorrente, considere o Alongamento do Tendão de Aquiles, Artroplastia, Ressecção Metatarsiana ou Osteotomia mas apenas em doentes de alto risco que não respondem ao tratamento conservador. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

10 | Para prevenir uma úlcera digital “de novo” ou recorrente num doente com Diabetes com dedos em martelo e lesão pré-ulcerativa que não responde ao tratamento conservador, considere usar a tenotomia do flexor digital. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

11 | Para curar uma úlcera plantar neuropática, sem isquemia ou infecção não controlada, considere usar o Alongamento do Tendão de Aquiles, Artroplastia, ou Ressecção Metatarsiana, quando o tratamento conservador falhou. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

12 | Para curar uma úlcera digital sem isquemia ou infecção não controlada num doente com Diabetes e dedos em martelo, considere usar a tenotomia do flexor digital, quando o tratamento conservador falhou. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

13 | Se outras formas de alívio biomecânico não estão disponíveis, considere usar o feltro para aliviar pressão e curar uma úlcera plantar neuropática, sem isquemia ou infecção não controlada, mas apenas quando usado em simultâneo com calçado apropriado. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

TRADUÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA (n= 16)

- 1** | Examine um doente com Diabetes anualmente para o diagnóstico de DAP; no mínimo deverá incluir história e palpação de pulsos. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)
- 2** | Examine um doente com Diabetes e úlcera do pé para o diagnóstico de DAP; determine a característica do fluxo pedioso e meça a pressão do tornozelo e o índice tornozelo/braço (ITB). (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)
- 3** | Examine um doente com Diabetes e úlcera do pé para excluir DAP. A presença de um ITB > 0,9, Índice dedo/braço \geq 0,75 e fluxos trifásicos excluem, em grande medida, a Doença Vascular Periférica. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)
- 4** | Preveja o potencial de cicatrização da úlcera do pé num doente com Diabetes e DAP com: pressão de perfusão da pele \geq 40 mmHg ou pressão do hallux \geq 30 mmHg ou TcPO₂ \geq 25 mmHg. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)
- 5** | Considere imagiologia vascular e revascularização em doentes com pressão do hallux < 30 mmHg ou PcTO₂ < 25 mmHg. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)
- 6** | Considere imagiologia vascular e revascularização em todos os doentes com Diabetes e úlcera do pé e DAP quando a úlcera não melhora ao fim de 6 semanas de tratamento otimizado. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)
- 7** | A microangiopatia diabética não deve ser considerada como a causa de má cicatrização em doentes com Diabetes e úlcera do pé que não melhora ao fim de 6 semanas de tratamento otimizado. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)
- 8** | Em doentes com pressão do tornozelo < 50 mmHg ou ITB < 0,5, considere imagiologia vascular e revascularização urgentes. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)
- 9** | O Eco-Doppler, o AngioTAC, a AngioRM ou a Angiografia digital de subtração podem ser usados para obter informação anatómica quando a revascularização está a ser considerada. A circulação arterial de toda a extremidade inferior deve ser avaliada com visualização detalhada das artérias abaixo do joelho e pediosas. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)
- 10** | O objectivo da revascularização é restaurar um fluxo pulsátil directo a pelo menos uma das artérias do pé, preferencialmente a que irriga a região anatómica da úlcera. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

11 | O Centro de Tratamento de doentes com Diabetes e úlcera do pé deverá ter experiência e acesso fácil aos procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento de DAP. Tanto a cirurgia clássica como a endovascular devem estar disponíveis. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

12 | A evidência existente é inadequada para estabelecer qual o melhor procedimento de revascularização e as decisões devem ser tomadas com base em factores individuais, como a distribuição morfológica da DAP, disponibilidade de veia autóloga, presença de comorbilidades e experiência local. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

13 | Após uma revascularização de uma úlcera de Pé Diabético, o doente deverá ser tratado numa Consulta Multidisciplinar. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

14 | Os doentes com sinais de DAP e Infecção têm um risco particularmente elevado de amputação major, pelo que necessitam de tratamento urgente. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

15 | Evite a revascularização quando, na perspectiva do doente, o risco/benefício para a probabilidade de sucesso é desfavorável. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

16 | Todos os doentes com Diabetes e úlcera isquémica devem receber tratamento agressivo da doença cardiovascular, incluindo suporte de cessação tabágica, tratamento de hipertensão, prescrição de estatina, assim como de aspirina de baixa dose ou clopidogrel. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE INFECÇÕES (n=26)

1 | A Infecção no Pé Diabético deve ser diagnosticada clinicamente, com base na presença de sintomas ou sinais locais ou sistémicos de inflamação. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

2 | Avalie a gravidade da Infecção no Pé Diabético através da classificação da IDSA/IWGDF. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

3 | Numa ferida infectada faça um teste probe-to-bone: num doente de baixo risco para osteomielite, um teste negativo afasta o diagnóstico, enquanto num doente de alto risco um teste positivo é francamente diagnóstico. (GRADE: Forte; Qualidade: Alta)

TRADUÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

4 | Marcadores inflamatórios muito elevados, especialmente a velocidade de sedimentação eritrocitária são sugestivos de osteomielite em casos suspeitos. (GRADE: Fraco; Qualidade: Moderada)

5 | O diagnóstico definitivo de osteomielite necessita, geralmente, do exame microbiológico e histológico de uma amostra de osso asséptica, mas tal só é necessário quando há dúvida diagnóstica ou a determinação da susceptibilidade antibiótica do agente causal é crucial. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

6 | Um diagnóstico provável de osteomielite é razoável se existirem resultados positivos numa combinação de testes diagnósticos, como o probe-to-bone, marcadores inflamatórios, RX simples, RMN ou Leucoscan. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

7 | Evite usar os resultados de amostras de tecidos moles para escolher a antibioterapia dirigida a osteomielite porque elas não reflectem os resultados das amostras de tecidos ósseos. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

8 | Obtenha RX simples do pé em todas as feridas de Pé Diabético não superficiais. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

9 | Use a RM quando meios complementares de diagnóstico mais sofisticados são necessários para o diagnóstico de osteomielite. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

10 | Quando a RM não estiver disponível ou seja contra-indicada, considere cintigrafia com leucócitos marcados, ou cintigrafia SPECT/CT or 18 F- FDG PET/CT. (GRADE: Fraco; Qualidade: Moderada)

11 | Na avaliação inicial de qualquer Pé Diabético infectado, obtenha os sinais vitais e análises sanguíneas apropriadas, desbride a ferida, sonde com uma cureta e avalie a profundidade e extensão da infecção para avaliar a gravidade. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

12 | Na avaliação inicial de qualquer Pé Diabético infectado, avalie a perfusão arterial e decida a orientação para estudo vascular e revascularização. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

13 | Obtenha culturas microbiológicas de uma úlcera infectada, preferencialmente com uma amostra tecidual em vez de uma zaragatoa, para encontrar os microorganismos causais e a sua sensibilidade aos antibióticos. (GRADE: Forte; Qualidade: Alta)

14 | Não obtenha culturas microbiológicas repetidas, a menos que a evolução clínica seja desfavorável, ou, ocasionalmente, para controlo de infecção por organismos multirresistentes. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

15 | Envie as amostras rapidamente para o laboratório de microbiologia em recipientes estéreis apropriados, acompanhados com a informação clínica e a localização da úlcera. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

16 | Consulte um Cirurgião em casos seleccionados de Infecção moderada (grau 3) e em todos os casos de Infecção grave (grau 4). (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

17 | Efectue intervenções cirúrgicas urgentes no caso de abscessos profundos, síndrome de compartimento e virtualmente todas as infecções de tecidos moles necrotizantes. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

18 | Considere a intervenção cirúrgica nos casos de osteomielite acompanhados por: infecção de tecidos moles em progressão; invólucro tecidos moles destruído; destruição progressiva do osso no Rx; ou osso visível. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

19 | Enquanto que todas as úlceras em Pé Diabético clinicamente infectadas necessitam de antibioterapia, não trate úlceras clinicamente não infectadas com antimicrobianos. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

20 | Escolha os antibióticos específicos para o tratamento baseado nos agentes patogénicos prováveis ou conhecidos, a sua susceptibilidade, a gravidade clínica da infecção, evidência da eficácia do agente no tratamento do Pé Diabético Infectado e no custo. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

21 | A terapêutica antimicrobiana por um período de tempo entre uma a duas semanas é, em geral, adequada para a maioria das infecções ligeiras e moderadas de Pé Diabético. (GRADE: Forte; Qualidade: Alta)

22 | Inicialmente administre terapêutica antibiótica parentérica na maioria das infecções graves e em algumas moderadas, mudando para terapêutica oral se a infecção tiver evolução favorável. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

23 | Não seleccione um tipo específico de penso para tratar uma úlcera infectada em Pé Diabético, com o objectivo de prevenir a infecção ou melhorar a sua evolução. (GRADE: Forte; Qualidade: Alta)

TRADUÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

24 | No tratamento da osteomielite recomendamos 6 semanas de antibioterapia nos casos em que não haja ressecção do osso infectado e não mais que uma semana quando houver a sua remoção completa. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

25 | Sugerimos não usar qualquer tratamento adjuvante no Pé Diabético Infectado. (GRADE: Fraco; Qualidade: Baixa)

26 | No tratamento de um Pé Diabético Infectado avalie o uso de remédios tradicionais, terapêutica antibiótica prévia, e considere a flora patogénica local e a sua susceptibilidade. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

CICATRIZAÇÃO (n=9)

1 | Limpe a ferida regularmente com água ou soro fisiológico, remova os tecidos desvitalizados sempre que possível e coloque um penso inerte e estéril de forma a controlar o excesso de exsudado e a manter um ambiente húmido favorável ao processo de cicatrização. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

2 | Em geral, remova o tecido desvitalizado, necrose e a calosidade em redor da úlcera, preferencialmente com desbridamento cortante e tendo em conta possíveis contraindicações como a isquemia grave. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)


3 | Escolha os pensos preferencialmente de acordo com o controlo do exsudado, conforto e custo. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

4 | Não use pensos antimicrobianos com o objectivo de melhorar a cicatrização ou prevenir infecção secundária. (GRADE: Forte; Qualidade: Moderada)

5 | Considere o uso de oxigenioterapia hiperbárica sistémica, mesmo perante a necessidade de mais estudos randomizados a avaliar a relação custo-eficácia e a identificar a população que mais beneficiará desta intervenção. (GRADE: Fraco; Qualidade: Moderada)

6 | A terapia de pressão negativa pode ser considerada em feridas pós-operatórias, embora a eficácia e a relação custo-eficácia desta intervenção ainda necessite de confirmação. (GRADE: Fraco; Qualidade: Moderada)

7 | Não usem agentes relatados como promotores da cicatrização por alterar a biologia da ferida, incluindo factores de crescimento, produtos de pele biomodificados e gases, em preferência a métodos convencionais aceites de tratamento. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)



8 | Não usem agentes relatados como promotores da cicatrização por alterar o ambiente físico da ferida, incluindo o uso de electricidade, magnetismo, ultrasons e ondas de choque, em preferência a métodos convencionais aceites de tratamento. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

9 | Não usem tratamentos sistémicos relatados por melhorar a cicatrização, incluindo fármacos e produtos naturais, em preferência a métodos convencionais aceites de tratamento. (GRADE: Forte; Qualidade: Baixa)

**International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)
/ IDF Consultative Section**

fax: +31235575861

e-mail: karel.bakker@hetnet.nl

website: www.iwgdf.org

International Diabetes Federation (IDF)

Avenue Emile De Mot 19
B-1000 Brussels
Belgium

tel: +32 2 5385511

e-mail: info@idf.org

website: www.idf.org

Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Rua do Salitre, 149 - 3º Esq.
1250-198 Lisboa

tel: +351 213 524 147

e-mail: diabetes@spd.pt

website: www.spd.pt

**International Consensus on the Diabetic Foot
and Practical Guidelines on the Management
and Prevention of the Diabetic Foot**

**International Working Group on the Diabetic
Foot / Consultative Section of the IDF.**



International
Diabetes
Federation



**INTERNATIONAL WORKING GROUP
ON THE DIABETIC FOOT**



Versão portuguesa editada com o patrocínio:



www.ascensia.com

Apoios:



GEPED
Grupo de Estudos de PA Diabético
PORTUGAL