

CIRCUITO DE REFERENCIAÇÃO PRECOCE PARA ÚLCERAS DE PÉ DIABÉTICO



PRIMEIRA AVALIAÇÃO

COMORBILIDADES

- Insuficiência cardíaca
- Insuficiência renal
- Limitação motora
- Limitação visual

HISTÓRIA CLÍNICA

- Historial clínico
- Exame clínico
- Exames laboratoriais
- * Ter em conta o estado psicossocial do paciente

AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO E LESÕES DOS MEMBROS INFERIORES

- Ausência de necrose / gangrena
- Ausência de exposição óssea, músculo e / ou tendão
- Pulsos presentes
- Ausência de sinais clínicos de infecção

UPD não complicada

Tratamento padrão

- Máx. 2 semanas de seguimento do tratamento
- Avaliar: redução de 30% da área da úlcera, sinais de granulação e epiteliação.

+ Referenciação em 7 dias (como máximo)

SIM NÃO

SEGUIR COM A REAVALIAÇÃO DO TRATAMENTO PADRÃO

REDUÇÃO DO TEMPO DE CICATRIZAÇÃO

- Necrose
- OSSO, músculo e / ou tendão expostos
- Ausência de pulsos
- Sinais clínicos de infecção

UPD complicada

Tratamento padrão

+ Referenciação em 24- 48 horas (como máximo)

REFERENCIAÇÃO AOS CENTROS DE REFERÊNCIA

MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA E COOPERAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

**SALVAR A EXTREMIDADE
↑ QUALIDADE DE VIDA**

- Gangrena
- Fleimão / Abscesso
- Febre ou outros sinais de sépsis

Complicação grave UPD

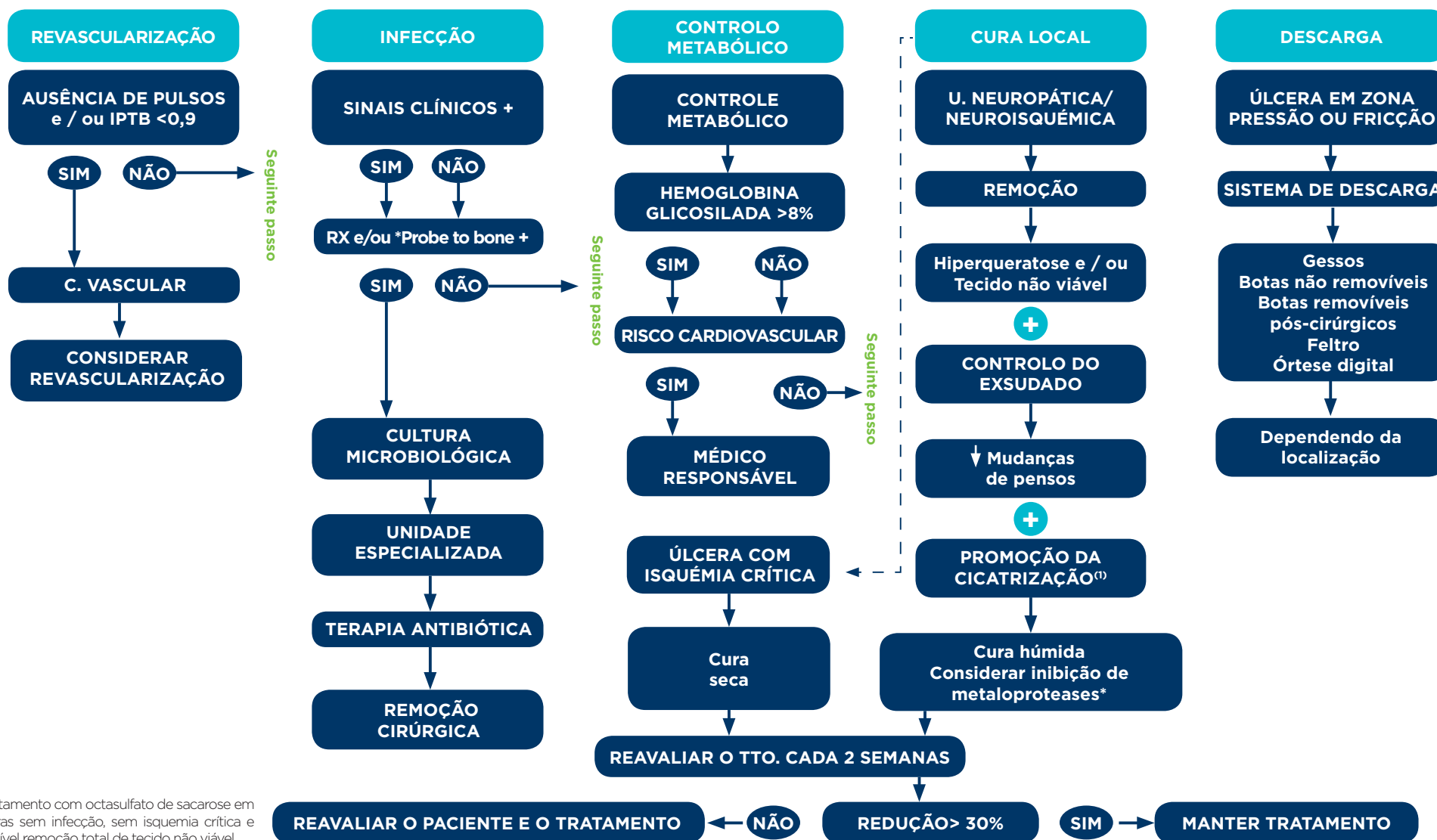
Tratamento padrão

+ Referenciação em 24 horas (como máximo)

HOSPITALIZAÇÃO URGENTE EM 24H NUM CENTRO ESPECIALIZADO

**REDUÇÃO DA MORTALIDADE /
SALVAR A EXTREMIDADE**

TRATAMENTO PADRÃO PARA AS ÚLCERAS DO PÉ DIABÉTICO



* Tratamento com octasulfato de sacarose em úlceras sem infecção, sem isquemia crítica e possível remoção total de tecido não viável

Probe to bone (sonda para osso) + (IPTB +): palpação do osso com instrumentometálico, sem corte e estéril.

Cultura microbiológica: deve ser retirada da área mais profundo do que a lesão, recomenda-se a colheita de tecido.

Antibioterapia: Recomenda-se que seja sempre adaptado ao resultado da cultura. A pauta variará dependendo da lesão com infecção dos tecidos moles com um mínimo de 7 dias e com osteomielite com tratamento médico de até 7 meses.

Hemoglobina glicosilada: Todos os pacientes devem realizar testes de laboratório de forma rotineira e em caso de descompensação metabólica, devem ser orientados para endocrinologia/diabetologia.

Hiperqueratose e / ou tecido não viável: A hiperqueratose dos bordos da ferida deve ser retirada de forma habitual. A remoção do tecido deve ser realizada até conseguir um leito de granulação.

Promoção da cicatrização: O penso principal deve acelerar a cicatrização. No caso que haja excesso de exsudado devem realizar-se mudanças de penso mais frequentes e/ou utilizar pensos secundários absorventes.

Descarga: A descarga deve ser seletiva, que se adapte às condições físicas do paciente com precauções extremas em pacientes com um componente isquêmico. É importante que o paciente tenha adesão ao tratamento correto.

1. Edmonds, M, Lázaro-Martínez, JL, Alfayate-García, JM et al. Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patients with neuroischaemic diabetic foot ulcers (Explorer): an international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017 **2**, IGWF - IWGDF Guidance on footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers in patients with diabetes 2015