

**Anexo I – Orientações para preenchimento da ficha de encaminhamento para o APD e para condutas a serem adotadas pelos profissionais das UBS**

**1) Classificação de risco de ulceração - Tabela 1 <sup>1</sup>**

Risco	Definição	Recomendação de tratamento	Seguimento
<b>0</b>	Sem PSP Sem DAP Sem deformidades	Educação Calçados apropriados	Anual <b>(Na UBS)</b>
<b>1</b>	PSP ± deformidades	Prescrição de calçados Cirurgia profilática	A cada 3 a 6 meses <b>(Na UBS e NASF)</b>
<b>2</b>	DAP ± PSP	Prescrição de calçados Consulta com vascular	A cada 2 a 3 meses <b>(Na UBS e APD).</b>
<b>3</b>	Histórico de úlcera Amputação	Prescrição de calçado Controle com vascular se DAP presente	A cada 1 a 2 meses <b>(Na UBS e APD)</b>

Fonte: ADA-AACC, 2008 - Adaptada

**PSP:** perda da sensibilidade protetora: insensibilidade ao monofilamento 10g e um dos testes sensitivo-motores alterado: diapasão 128Hz (sensibilidade vibratória), palito ou pino (sensibilidade dolorosa) e martelo (reflexo de Aquileu).

**DAP:** doença arterial periférica.

**2) Características das úlceras <sup>2,3</sup>**

**- Úlcera Neuropática**

Localização: região dorsal e plantar dos dedos e principalmente a região plantar do hálux, cabeças do metatarsos, calcanhar ou médio pé.

Forma arredondada ou elíptica, borda com hiperqueratose, profunda, podendo tocar o osso, leito pálido e dor ausente.

Pele: aquecida, rósea, seca, rachadura/fissura e calos. Pulsos presentes.

**- Úlcera Arterial**

Localização: dedos, dorso do pé, borda lateral externa do pé, lateral da perna ou área do trauma.

Forma irregular, leito pálido, necrose úmida ou seca, dor presente, intensa e persistente, dor alivia com as pernas pendentes, compromete tendão, aponeurose ou músculo.

Pele: fria, pálida, pelos rarefeitos ou ausentes e sem calo. Pulsos diminuídos ou ausentes.

**- Úlcera neuroisquêmica**

Geralmente, é uma úlcera desencadeada por um trauma em pé insensível cuja evolução torna-se mais complicada devido à insuficiência arterial associada. Há predominância de características de úlcera neuropática e presença de necrose seca. Pele fria, com cianose e/ou eritrocianose.

**- Úlcera microangiopática ou hipertensiva ou de Martorell**

Localização: lateral externa do terço médio/distal da perna, dorso do pé, maléolo interno.

Aparência necrótica-isquêmica superficial, inicia com trauma e evolui com mancha avermelhada, azul ou roxa, posteriormente com bolha e finalmente com placa necrótica, dor intensa, contínua e de difícil controle. Pulsos presentes.

**3) Classificação da infecção e condutas. <sup>4</sup>**

O sistema de classificação adotado foi desenvolvido pela Sociedade Americana de Doenças Infecciosas (*Infectious Diseases Society of America- IDSA*) e pelo Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (*International Working Group on the Diabetic Foot –IWGD*) e define a presença e a gravidade de uma infecção do pé em uma pessoa com diabetes. Essa classificação é aceita e recomendada pelas Diretrizes Brasileiras e Pan-americanas de Tratamento de Infecções em Úlceras Neuropáticas para uso rotineiro na avaliação clínica.

Tabela 02 – Classificação IDSA/PEDIS Adaptada

Manifestações clínicas da infecção	Gravidade da infecção: IDSA	PEDIS	Opções terapêuticas e condutas
Ausência de sinais ou sintomas de infecção.	<b>Não infectada</b>	<b>1</b>	O paciente deverá ser encaminhado para APD.
Infecção presente, definida pela presença de $\geq 2$ dos seguintes itens: inchaço ou induração no local, eritema, calor, sensibilidade ou dor local e secreção purulenta (espessa, opaca, branca ou sanguinolenta). Eritema/celulite $> 0,5$ cm e $< 2$ cm. Infecção limitada à pele ou ao subcutâneo. Ausência de complicações locais. Ausência de comprometimento sistêmico. Excluir outras causas de inflamação da pele: trauma, gota, Charcot agudo, fratura, trombose ou estase venosa.	<b>Leve</b>	<b>2</b>	- Cefalexina 500 mg 6/6 h, 7 a 14 dias ou - Amoxicilina 500mg/ Ac. Clavulânico 125 mg 8/8 h, 7 a 14 dias ou - Sulfametoxazol/Trimetoprim 400/80 2 (dois) cp 12/12 h, 7 a 14 dias ou - Clindamicina 300 mg 8/8 h, 7 a 14 dias ou - Doxiciclino 100mg 12/12h, 7 a 14 dias.  O paciente deverá ser encaminhado para APD, informando a terapêutica instituída.
Infecção presente (como definida acima). Eritema/Celulite $> 2$ cm OU infecção mais profunda que pele e subcutâneo, comprometendo fáscia, músculos, tendões, articulações e ossos. Abscessos, linfangite, gangrena. Ausência de comprometimento sistêmico.	<b>Moderada</b>	<b>3</b>	<b>SEM suspeita de OSTEOMIELITE</b> (Osso não exposto na ferida ou osso não tocado à sondagem) e <b>SEM sinais flogísticos intensos</b> : - Amoxicilina 500/Ac. Clavulânico 125 8/8 h, 14 a 21 dias ou -Ciprofloxacino 500mg 12/12h + Clindamicina 300 mg 8/8 h, 14 a 21 dias.  O paciente deverá ser encaminhado para APD, informando a terapêutica instituída.
			<b>COM suspeita de OSTEOMIELITE</b> (Osso exposto ou tocado à sondagem através da ferida) e <b>SEM sinais flogísticos intensos</b> : Pedir radiografia da região da ferida, especificando que é URGENTE e <b>sem</b> laudo, para não atrasar a entrega do RX e encaminhar para o paciente para APD, especificando na guia de referência que há suspeita de osteomielite.
			<b>COM sinais flogísticos intensos</b> . O paciente deverá ser encaminhado para Unidade de Urgência.
Infecção presente (como definido acima) MAIS sinais de síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS), manifestada por $\geq 2$ dos seguintes: - Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$ - FC $> 90$ bpm - FR $> 20$ irpm ou PaCO <sub>2</sub> $< 32$ mmHg - Global de Leucócitos $> 12.000$ ou $< 4.000$ ou desvio à esquerda. - Comprometimento sistêmico pode se manifestar através de outros achados clínicos: hipotensão, confusão, vômitos ou evidência de distúrbio metabólicos como acidose, hiperglicemia grave ou uremia de início recente.	<b>Grave*</b>	<b>4</b>	O paciente deverá ser encaminhado para Unidade de Urgência.

\*Presença de isquemia aumenta a gravidade de qualquer infecção e a presença de isquemia crítica sempre torna a infecção grave.

#### **4) Lembretes**

- Paciente sem PSP, pulsos amplos e simétricos (sem DAP) ou deformidade deverá ser avaliado anualmente pela equipe da UBS.

***Corresponde a categoria 0 da classificação de risco de ulceração.***

- Paciente com insensibilidade ao teste de monofilamento de 10g deverá ser encaminhado para o NASF para esclarecimento de perda de sensibilidade protetora (PSP) e se confirmado, manter o controle periódico no NASF (3 a 6 meses).

***Corresponde a categoria 1 da classificação de risco de ulceração.***

- Paciente com deformidade (dedo em garra, proeminência de metatarso, pé cavo, pé plano e deformidades osteoarticulares) deverá ser encaminhado para o NASF para definição de calçado e/ou palmilha e acompanhamento periódico.

***Corresponde a categoria 1 da classificação de risco de ulceração.***

- As queixas neuropáticas (queimação, dormência ou formigamento, fadiga, câimbras ou dor em facada ou pontada, nos pés ou nas pernas, que piora à noite e alivia com o movimento) devem ser pesquisadas e tratadas, conforme Protocolo de Diabetes mellitus.

- As lesões não ulcerativas (fissuras, rachaduras, calos, micose interdigital e de unhas) devem prevenidas, verificadas e tratadas.

#### Referências

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico Precoce do pé diabético. 2015; 179-191
2. Rosa, EG. Úlceras de Pé em Diabéticos. In: Borges, EL. Feridas. Úlceras dos Membros Inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011; 121-164
3. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas. Belo Horizonte, MG. 2011; 22-23
4. IDSA Guideline for Diabetic Foot Infection CID 2012; 54