

10 RESUMO DAS RECOMENDACIÓNS DA EVIDENCIA

EVIDENCIA [E] / RECOMENDACIÓN [R] / BOA PRÁCTICA [BP]	NIVEL / GRAO
[BP] Determinación do ITB en ambos os membros inferiores en todo paciente con factores de risco cardiovascular e risco cardiovascular baixo-intermedio sen clínica de claudicación intermitente, para determinar a presenza de enfermidade arterial periférica (EAP), asintomática.	A (Gula de consenso enfermidade arterial de extremidades inferiores, 2012) ¹¹ .
[BP] Reavaliar de forma periódica, polo menos cada tres anos a determinación do ITB en ambos os membros inferiores en todo paciente con factores de risco cardiovascular e risco cardiovascular baixo-intermedio sen clínica de claudicación intermitente.	B (Gula de consenso enfermidade arterial de extremidades inferiores, 2012) ¹¹ .
[BP] En pacientes con factores de risco cardiovascular e risco cardiovascular baixo-intermedio sen clínica de claudicación intermitente, en caso dun ITB > 1,4 recoméndase remitir o paciente para a realización dun test máis específico.	B (Gula de consenso enfermidade arterial de extremidades inferiores, 2012) ¹¹ .
[E] O cribado dentro dun programa estruturado de atención ao pé reduce de forma non significativa as úlceras e amputacións menores e de forma significativa as amputacións maiores aos dous anos; en pacientes con úlceras reduce o progreso a amputacións.	1+ (GPC diabetes tipo 2, 2008) ³ .
[E] Os programas que inclúen cribado, estratificación do risco e medidas preventivas e de tratamento en función do risco conseguiron reducir a incidencia de amputacións.	2+ (GPC diabetes tipo 2, 2008) ³ .
[R] En pacientes diabéticos recoméndanse os programas estruturados de cribado, estratificación do risco, e prevención e tratamento do pé de risco.	A (GPC diabetes tipo 2, 2008) ³ .
[R] O cribado do pé diabético debe comprender: inspección do pé e dos tecidos brandos, valoración do calzado, exploración músculo esquelética, valoración de síntomas de enfermidade arterial periférica completada coa determinación do índice nocello-brazo nalgúns casos, e valoración da sensibilidade mediante o monofilamento ou, alternativamente, o diapasón.	B (GPC diabetes tipo 2, 2008) ³ .

[R]	Recoméndase unha revisión anual nos pacientes de baixo risco, cada tres-seis meses nos de risco moderado e cada un-tres meses nos de alto risco.	D (GPC diabetes tipo 2, 2008) ⁹ .
[R]	Recoméndase proporcionar educación sobre os cuidados do pé diabético, dentro dun programa educativo estruturado con múltiples compoñentes, co obxectivo de mellorar o coñecemento, fomentar o autocuidado e reducir o risco de complicacións	B (GPC diabetes tipo 2, 2008) ⁹ .
[E]	O calzado terapéutico e o material ortopédico poden reducir a incidencia de úlceras en pacientes de risco, con úlceras previas ou con deformidades importantes do pé.	1+ 1 2+ (GPC diabetes tipo 2, 2008) ⁹ .
[R]	Os pacientes con úlcera previa sen deformidades importantes poden utilizar calzado habitual (ben axustado, de calidade), mentres que os pacientes con deformidades nos pés poden beneficiarse de calzado terapéutico.	B (GPC diabetes tipo 2, 2008) ⁹ .
[E]	O control glicémico intensivo é eficaz para reducir as complicacións microvasculares, cunha tendencia para reducir as amputacións.	1+ (GPC diabetes tipo 2, 2008) ⁹ .
[R]	Recoméndase maior vixilancia en pacientes maiores (> 70 anos), con diabetes de longa evolución, pacientes domiciliarios con problemas de visión, fumadores, con problemas sociais ou que vivan sós.	D (GPC diabetes tipo 2, 2008) ⁹ .
[E]	Fumar é un preditor de amputación de pé diabético.	2+ 1 3 (GPC diabetes tipo 2, 2008) ⁹ .
[BP]	O control intensivo da diabetes, incluíndo a glicemia, o control da agregación de plaquetas, o tratamento da hipertensión e dislipemia diminúe as complicacións vasculares en MMII.	A (SCS, 2012) ¹ .
[E]	Hai que identificar e optimizar os factores sistémicos, locais e extrínsecos que poden contribuir a cicatrización. Modificar os factores e cofactores sistémicos que poden interferir na cicatrización ou influir nela.	IV (GPC RNAO, 2005) ⁹ .
[E]	O pé debe ser descargado xa que a presión impide a cicatrización e contribúe a extensión a planos máis profundos. Hai que garantir a redistribución da presión neste tipo de pacientes.	Ila (GPC RNAO, 2005) ⁹ .

[R]	As férulas de contacto total son os dispositivos de elección para diminuír a presión plantar en diabéticos con úlceras do pé non infectadas e non isquémicas.	A (GPC diabetes tipo 2, 2008) ² .
[R]	As férulas de fibra de vidro fixas son unha alternativa as férulas de contacto total, xa que requiren menos tempo e persoal técnico.	B (GPC diabetes tipo 2, 2008) ² .
[E]	As feridas con maior potencial para cicatrizar a un ritmo óptimo requiren coidados locais que inclúan desbridamento, control da infección e equilibrio da humidade.	Ia \ III (GPC RNAO, 2005) ³ .
[BP]	Todo pé diabético debe ser examinado para valorar a presenza de infección.	D (SCS, 2012) ¹ .