"PROTOCOLO DE MANEJO DE PIE DIABÉTICO EN EL HGDC"

PROCESO: ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS – ESPECIALIDAD CLÍNICAS
SUBPROCESO: CIRUGIA VASCULAR

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Dr. Gabriel Buitrón	Médico Especialista Cirugía Vascular	Firmado electrónicamente por: GABRIEL ANDRES BUITRON PROANO
	Dra. Andrea Silva	Médico Especialista Cirugía Vascular	Firmado electrónicamente por: ANDREA JACQUELINE SILVA ROSERO
	Dr. Johnny Tapia	Médico Especialista en Cirugía Vascular	Firmado electrónicamente por: JOHNNY AMILCAR TAPIA GUDINO
	Dra. Carolina Herrera	Médico Especialista en Cirugía Vascular	Firmado electrónicamente por: CAROLINA ESTEFANIA HERRERA LEMA
	Lcda. Marisol Basantes	Responsable de la Gestión de Calidad	Firmado electrónicamente por: FANNY MARISOL BASANTES TOAPANTA
	Dra. Viviana Neira	Médico especialista	Firmado electrónicamente por: VIVIANA ELIZABETH NEIRA BRICENO
Revisado por:	Dr. Danny Flores	Responsable de la Gestión Clínico Quirúrgico	Firmado electrónicamente por: DANNY PATRICIO FLORES ALMEIDA

	Dr. Jorge Tigua	Coordinador Técnico de áreas quirúrgicas	Firmado electrónicamente por: JORGE EDUARDO TIGUA CHIPANTIZA
	Dra. Cinthya Gualotuña	Coordinadora de áreas clínicas	Firmado electrónicamente por: CINTHYA LIZETH GUALOTUNA ALCIVAR
Validado por:	Silvano Bertozzi	Director Asistencial	Firmado electrónicamente por: SILVANO EMANUELE BERTOZZI MOSQUERA
Aprobado por:	Dra. Andrea Prado	Gerente General	Firmado electrónicamente por: ANDREA STEFANIA PRADO CABRERA

CONTENIDO

1. INTRODUCCION....4
2. OBJETIVO....4
3. ALCANCE....4
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS....4
5. DIAGNÓSTICO:....5
6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO....5
7. TRATAMIENTO....7
8. BIBLIOGRAFÍA....10
9. CONTROL DE CAMBIOS....10
10. ANEXOS....11

1. INTRODUCCION

El abordaje y manejo de las complicaciones infecciosas de pacientes con Pie Diabético es multidisciplinario. (2, 3, 7)

Por tal motivo han existido múltiples encuentros entre las especialidades clínicas y quirúrgicas de nuestra institución, consensuando la necesidad de actualizar el protocolo de atención a pacientes con pie Diabético, destino de hospitalización inicial y estrategias de articulación del manejo multidisciplinario.

Por lo expuesto he aquí los procedimientos en el manejo interdisciplinario del paciente con Pie Diabético para el Hospital General Docente de Calderón (CIE-10: E10.5, E11.5 y E14.5), específicamente detallando algoritmos actualizados para abordaje inicial, procedimientos de Admisión y de Atención clínica intrahospitalaria.

2. OBJETIVO

- Proporcionar directrices claras con la respectiva evidencia científica, a médicos, para el manejo adecuado de pie diabético en el Hospital General Docente de Calderón

3. ALCANCE

El presente documento aborda el manejo del PD para promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar una determinada condición clínica o rehabilitar a pacientes con dicha condición. Siendo dirigido a Médicos especialistas de áreas clínicas – quirúrgicas

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Diabetes mellitus: desorden metabólico de múltiples etiologías, que se caracteriza por hiperglucemia crónica con alteraciones de los hidratos de carbono, metabolismo de las grasas y proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambas cosas a la vez. (11)

Neuropatía diabética: Neuropatía diabética: presencia de signos o síntomas de afectación nerviosa en una persona con (historia de) diabetes mellitus, después de excluir otras posibles causas.

Úlcera de pie diabético: perdida de continuidad de la piel del pie que incluye la epidermis y parte de la dermis en el pie en una persona con diabetes mellitus.

Neuro-osteoartropatía (pie de charcot): destrucción no infecciosa del hueso y articulación/es asociadas con la neuropatía, la cual, en la fase aguda está asociada con signos de inflamación.

Enfermedad arterial obstructiva periférica: Enfermedad obstructiva vascular aterosclerótica con síntomas clínicos, signos o anormalidades en el examen vascular no-invasivo, que da como resultado la alteración o impedimento del aporte vascular en una a más extremidades.

Pie diabético: infección, ulceración o destrucción de los tejidos del pie asociados a neuropatía y/o a enfermedad arterial periférica de la extremidad inferior en una persona con (historia de) diabetes mellitus.

Infección: Estado patológico causado por la invasión y multiplicación de microrganismos en los tejidos del huésped acompañado de destrucción de tejido y/o respuesta inflamatoria del huésped.

Osteomielitis: Infección del hueso que afecta al hueso esponjoso.

Intervención de descarga: Cualquier intervención con la intención de aliviar el estrés mecánico (presión) de una zona específica del pie (incluye técnicas de cirugía de descarga, dispositivos de descarga, calzado y otras técnica de descarga). (12)

5. DIAGNÓSTICO:

- **Examen físico completo debe incluir:** la inspección de la piel, la evaluación de deformidades del pie, evaluación de pulsos en extremidades inferiores para identificar signos de EAP, pérdida de sensibilidad protectora, vibratoria y temperatura. (Anexo 1)
- **Infección de pie diabético:** el diagnóstico de infección de tejidos blandos en un PD, estará basado en la presencia de signos y síntomas de inflamación locales o sistémicos, Evaluar la gravedad de cualquier infección del PD usando IWGDF / IDSA y/ o la clasificación de San Elián. (anexo 2 Y 3)
- **Enfermedad arterial periférica:** Examinar los pies de todos los pacientes con diabetes, incluso en ausencia de heridas del pie. Realizar historia clínica vascular y la palpación de pulsos, evaluar signos relacionados con la EAP y realización del (ITB) (ANEXO 4) en la valoración del paciente diabético de 50 años o más quienes presentan factores de riesgo de aterosclerosis y mayores de 70 años o más con o sin factores de riesgo.
- **Presencia de neuropatía diabética:** alteración de la sensibilidad superficial y profunda
- Úlcera de pie diabético y clasificación de san Elián
- Signos de infección (eritema, edema y calor local)

6. MANEJO DE PRIORIDADES, CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

CRITERIOS DE INGRESO:

- Úlcera de pie diabético que compromete fascias, músculo y hueso (identificar con test de contacto óseo)
- Disminución de pulsos e isquemia crítica, utilizar escala de WIFI.
- Compromiso sistémico dado por presencia de SIRS; escala de IDASA/ IWGDF estadio II y III.
- Pacientes con diabetes e infección grave de pie (anexo 5)
- Pacientes con diabetes e infección moderada compleja o asociada a comorbilidades.
- Signos de una infección con posible amenaza inminente del miembro inferior que requiere de cirugía urgente:

    a. Progresión rápida de la infección
    b. Necrosis o gangrena extensas
    c. Evidencia de respuesta inflamatoria sistémica
    d. Crepitación a la palpación o presencia de gas en las técnicas de imagen
    e. Extensas equimosis o petequias
    f. Bullas especialmente hemorrágicas

g. Anestesia de instauración reciente en la herida
h. Dolor desproporcionado respecto a los signos clínicos
i. Perdida reciente de la función neurológica
j. Ausencia de mejoría de la infección a pesar del tratamiento adecuado

CRITERIOS DE EGRESO

- Clínicamente estable: SRIS resuelto. No evidencia de respuesta inflamatoria (infección)
- Realizada la cirugía urgente/urgente diferida
- Control componente isquémico en pie diabético isquémico (tratamiento clínico/ quirúrgico)
- Evolución favorable de Úlcera de pie diabético evidenciado durante hospitalización (no signos de infección, OM o isquemia) que
- continuaran con curaciones ambulatorias hasta su cicatrización.
- Glucemia controlada (control metabólico)
- Plan terapéutico definido
  a. A TB
  b. Determinación de la necesidad de descarga de paciente con úlcera de pie diabético
  c. Cita para control evolutivo
  d. Estratificación de riesgo de ulceración para determinar seguimiento por CE (Anexo 6)
  e. Instrucción sobre autocuidado de pie a pacientes
  f. Cuidados herida
  g. Capacidad para seguir dicho tratamiento. (13)

MANEJO DE PRIORIDADES

AUTOCUIDADO DE PIE EN PACIENTES

- No caminar descalzo, no caminar en calcetines, no caminar en zapatillas de suela delgada
- Debe usar zapatos tanto en interiores o exteriores
- Inspeccionar diariamente toda la superficie de ambos pies; lavar los pies diariamente (con un secado cuidadoso, particularmente entre los dedos)
- Uso de emolientes para lubricar la piel seca
- Cortar las uñas de los pies en línea recta
- Evitar el uso de agentes químicos, yesos o cualquier otra técnica para eliminar callos.
- No usar calzado inadecuado (zapatos en punta, tacones altos, alpargatas, zapatos de lona).
- No usar elementos que puedan dañar los pies: bolsas de agua caliente, almohadillas eléctricas.
- No usar productos sin indicación médica o podológica (callicidas u otros productos irritantes).
- Realizar un lavado y secado minucioso de pies a diario.
- Hidratación diaria
- Utilizar siempre medias adecuadas de materiales naturales (blancas, sin costuras sin elástico y de algodón)
- Utilizar calzado terapéutico con plantilla personalizada (planta antideslizante, punta ancha, de material termoestable, con caña, de cuero y licra, plantilla de plastazote personalizada) o a su falta utiliza calzado deportivo.

7. TRATAMIENTO

El manejo del Pie Diabético requiere un equipo multidisciplinario, para permitir el diagnostico e intervención temprana. La clasificación de IDSA ha sido validada prospectivamente para predecir la necesidad de hospitalización (0 para ninguna infección, 4 % para leve, 52 % para moderada y 89 % para infección severa) y para amputación de extremidad (3 % para sin infección, 3 % para leve, 46 % para moderada y 70 % para infección severa) 10, y nos permite decidir con la mejor opción terapéutica en relación a la categoría del proceso infeccioso. (4)

A continuación, adjuntamos varios esquemas de antibioticoterapia ajustado al grado de severidad de la infección. (2, 4, 7)

Tabla 5. Selección de un régimen antibiótico empírico para infecciones del PD

Severidad de la infección	Factores adicionales	Tratamiento	Duración
Leve	No complicado.	Amoxicilina/ácido clavulánico Ampicilina/ Sulbactam.	5-7 días.
	Alergia a los betalactámicos.	Doxiciclina Cotrimoxazol Clindamicina	5-7 días.
	Antibioticoterapia previa.	Levofloxacina.	5-7 días.
Moderada a severa	Alto riesgo de MRSA.	Cotrimoxazol, doxiciclina macrólidos.	5-7 días.
	No complicado.	Ciprofloxacina + Metronidazol Ceftriaxona + Clindamicina.	Hasta 14 días.
	Antibióticos recientes.	Piperacilina/taz + Vancomicina.	Hasta 14 días.
	Úlcera macerada o clima cálido.	Meropenem + Vancomicina.	Hasta 14 días.
	Isquemia, necrosis o gas.	Ceftriaxona + clindamicina o metronidazol.	Hasta 14 días.
	Factores de riesgo MRSA.	Vancomicina.	Hasta 14 días.
	Riesgo de gramnegativos.	Ertapenem.	Hasta 14 días.

Modificado de: Lipsky BA, Senneville É, Abbas ZG, Aragón-Sánchez J, Diggle M, Embil JM, et al. Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). Diabetes Metab Res Rev. 2020;36(S1):e3280.

Tabla 4. Guía de antibióticos de acuerdo al IDSA

Leve	Moderada	Severa
Staphylococcus aureus	SSA; Streptococcus spp; Enterobacteriaceae; Obligate anaerobes	Metchicilin-resistant S. aureus (MRSA) Pseudomonas aeruginosa
Amoxicilina-clavulánico (875-125 cada 8 horas) Ciprofloxacino (750 mg cada 12 horas) Clindamicina (300 mg cada 8 horas) Cotrimoxazol 800/160 mg (1DS cada 12 horas) Cefalexina (500 mg cada 6 horas)	Moxifloxacino (Qt) (400 mg cada 24 horas) Clindamicina (+) (300 mg cada 8 horas) Levofloxacino (+) (750 mg cada 24 horas)	Piperazilina - Tazobactam Imipenem-Cilastatin (500-1 g. cada 6-8 horas) Ertapenem (1 g. cada 24 horas)
	Cotrimoxazol (+) (1-2 DS cada 8 o 12 horas) Linezolid (+) (600 mg cada 12 horas)	Vancomicina (+) Linezolid (+) (600 mg cada 12 horas)

Modificada de: Lipsky BA, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. Clinical Infectious Diseases. 2012; June; 54(12): p. 132–173.

*Se recomienda uso de Guía Sanford para terapia antimicrobiana

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE PIE DIABETICO DE LA SOCIEDAD DE PIE DIABETICO 2020.

RECOMENDACIÓN #1

RECOMENDACIÓN :

a) El diagnóstico de infección de tejidos blandos en un PD, estará basado en la presencia de signos y síntomas de inflamación locales o sistémicos. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: BAJA.

b) Evaluar la gravedad de cualquier infección del PD usando IWGDF / IDSA y/ o la clasificación de San Elián. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: MODERADA.

RECOMENDACIÓN #2

RECOMENDACIÓN:

Considere hospitalizar a todas las personas con diabetes y una infección grave de pie y los que tienen una infección moderada compleja o asociada a comorbilidades. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: BAJA.

RECOMENDACIÓN #3

RECOMENDACIÓN:

En una persona con diabetes y una posible infección del pie; con un examen clínico dudoso o no interpretable, considere ordenar un biomarcador inflamatorio en sangre; como la PCR, VSG y PCT. Fuerza de recomendación (GRADE): DEBIL; Calidad de la evidencia: BAJA.

RECOMENDACIÓN # 4

RECOMENDACIÓN:

a) En una persona con diabetes y sospecha de OM del pie, se recomienda: combinar el "probe-to-bone" o contacto óseo positivo más los niveles de eritrosedimentación (o PCR y / o procalcitonina), y rayos X como estudios iniciales para diagnosticar la OM. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: MODERADA.

b) En una persona con diabetes y la sospecha de OM del pie, con rayos X simple sugerentes, hallazgos clínicos y de laboratorio compatibles, no se recomienda más estudios de imagen para establecer el diagnóstico. Si existe duda en el diagnóstico, considerar un estudio de imagen avanzado; como resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: MODERADA.

c) En una persona con diabetes y sospecha de OM del pie, en el que, hacer un diagnóstico definitivo o determinar el patógeno causante es necesario para seleccionar el tratamiento, se recomienda toma de muestra de hueso (por vía percutánea o quirúrgicamente) para cultivo de microorganismos clínicamente relevantes y para histopatología (si es posible). Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: BAJA.

RECOMENDACIÓN #5

RECOMENDACIÓN:

a) Seleccione agentes antibióticos para tratar la OM del PD que hayan demostrado eficacia en estudios clínicos. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: BAJA.

b) Considerando la microbiología de cada centro de salud. Trate la OM del PD con antibióticos durante no más de 6 semanas. Si la infección no mejora clínicamente en las primeras 2-4 semanas, reconsidere la necesidad de recolectar una muestra de hueso para cultivo, resección quirúrgica o selección de un régimen antibiótico alternativo. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Calidad de la evidencia: MODERADO.

c) Si no hay infección de tejidos blandos y todo el hueso infectado ha sido extirpado quirúrgicamente trate la OM del pie diabético con antibióticos durante 5 a 7 días. Fuerza de recomendación (GRADE): DÉBIL; Calidad de la evidencia: BAJA.

d) Para los casos de OM inicialmente tratada de forma parenteral, después de 5-7 días puede pasar a terapia oral; siempre y cuando los patógenos probables o probados son susceptibles a un agente oral disponible y el paciente no tenga una condición clínica que contraindique su cambio. Fuerza de recomendación (GRADE): DÉBIL; Calidad de la evidencia: MODERADO

RECOMENDACIÓN #6

RECOMENDACIÓN:

En un centro de mayor complejidad donde se disponga de cirujanos vasculares utilice el sistema de clasificación WiFi (W-Herida / I-Isquemia / F-pie / I-infección), como un medio para estratificar el riesgo de amputación y beneficio revascularización en un paciente con una herida del pie y EAP. Fuerza de recomendación (GRADE): FUERTE; Nivel de evidencia: MODERADA.

8. BIBLIOGRAFÍA

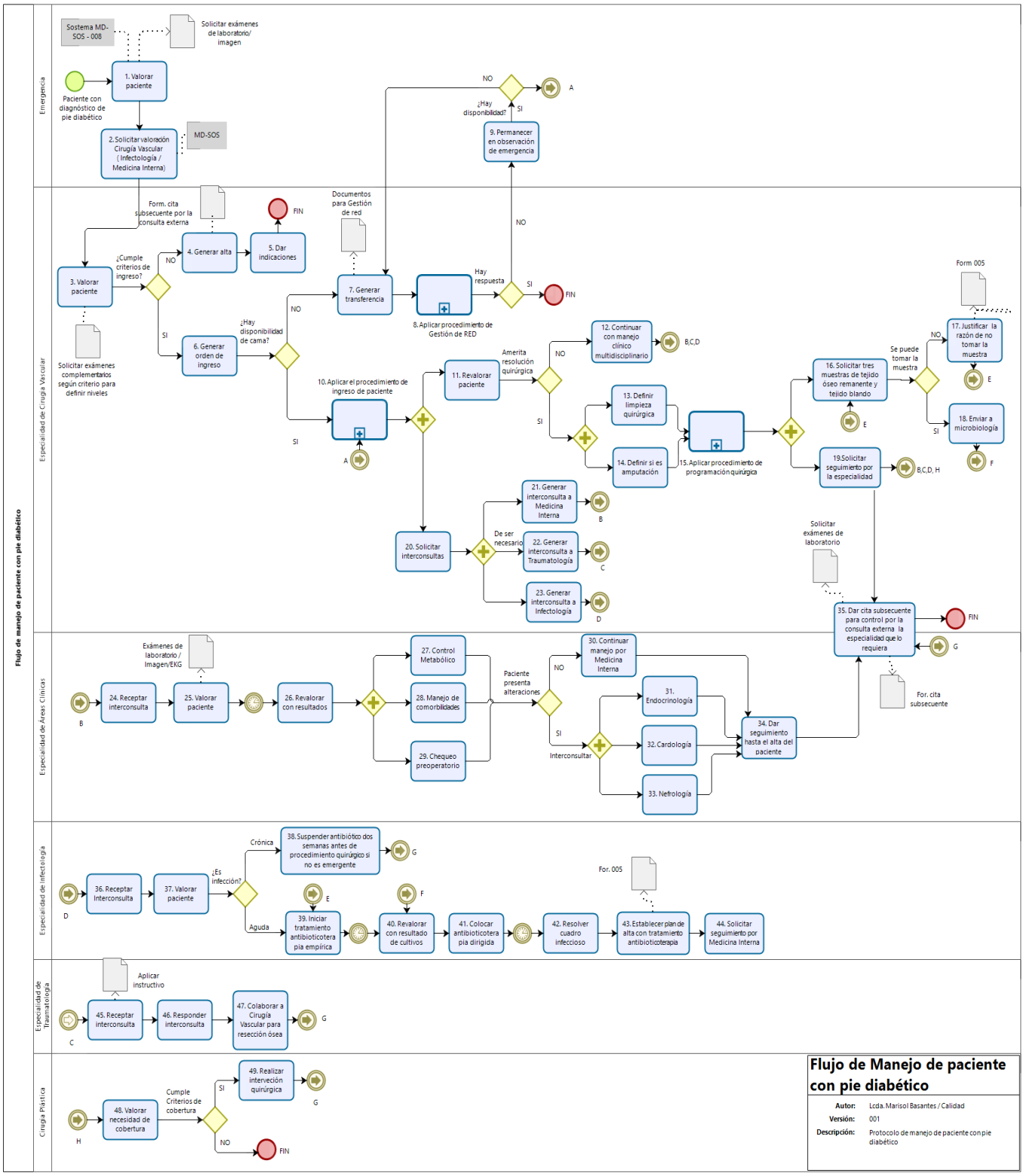
1. Lipsky BA et al. IWGDF Guideline on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes. 2019.
2. Ruiz, Carrera, Herrera et al. Guía de manejo de pie diabético, Sociedad Ecuatoriana de pie diabético, Quito 2020.
3. Hingorani A, LaMuraglia G. The management of diabetic foot: A clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. Journal Vascular Surgery. 2016
4. Benalcázar et al, Manual de emergencias vasculares, Capitulo SierraNorte, 2019.
5. Tesfaye, Selvarajah. Advances in the epidemiology, pathogenesis and management of diabetic peripheral neuropathy. Diabetes/Metabolism research and reviews. 2012.
6. Molina et al. Valor pronóstico de la clasificación WIfI en pacientes con pie diabético. Angiologia. 2016.
7. IWGDF. Guias del IWGDF para la prevención y manejo del pie diabético, 2019.
8. Martinez De Jesus F, Guerrero Torres G, Ochoa Herrera P, Anaya Prado R, Munoz Prado J, Jimenez Godinez R, et al. Diagnóstico, clasificación y tratamiento de las infecciones en el pie diabetico. Cir Gen. 2012
9. Colombiana FD. Guias Colombianas Para La Prevencion Diagnóstico y Tratamiento Del Pie Diabetico. Un Manejo Integral. 2019.
10. Londero LS, Lindholt JS, Thomsen MD, Hoegh A. Pulse palpation is an effective method for population-based screening to exclude peripheral arterial disease. J Vasc Surg. 2016
11. Menéndez Fernández M, Riesgo Álvarez S, Carballo Vigil-Escalera X. El pie diabético: etiología y tratamiento. NPunto [Internet]. 2020;3:70–90. Available from: https://www.npunto.es/revista/29/enfermeria-y-diabetes-el-pie-diabetico-etiologia-y-tratamiento
12. Van Netten JJ, Bus SA, Apelqvist J, Lipsky BA, Hinchliffe RJ, Game F, et al. IWGDF Definitions and criteria for diabetic foot disease. 2017;
13. De Alcalá Martínez Gómez D. CRITERIOS DE INGRESO DE LAS INFECCIONES DEL PIE DIABETICO. In: XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Murcia, España; 2012.

9. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
12/11/2021	N/A	N/A	001

10. ANEXOS

10.1. Flujo de atención de manejo de pie diabético. Ver Link:
https://drive.google.com/file/d/1Xxyx0IAEFAFHBIzldKaOargMIrZH1Otw/view?usp=sharing



10.2. Evaluación del pie (examen clínico)

Presencia de una úlcera de espesor total Factores de riesgo de ulceración del pie.	Sí / No
Neuropatía periférica (una o más de las siguientes pruebas).	
- Sensación protectora (monofilamento) indetectable.	Sí / No
- Vibración (diapasón de 128 Hz) indetectable.	Sí / No
- Toque ligero (prueba táctil) indetectable.	Sí / No
Pulsos de pie.	
- Arteria tibial posterior ausente.	Sí / No
- Arteria pedia ausente .	Sí / No
Otro.	
- Deformidad del pie o prominencias óseas excesivas	Sí / No
- Movilidad articular limitada.	Sí / No
- Signos de presión anormal, como callos.	Sí / No
- Decoloración rojiza.	Sí / No
- Mala higiene de los pies.	Sí / No
- Calzado inapropiado.	Sí / No
- Úlcera previa.	Sí / No
- Amputación de extremidades inferiores.	Sí / No

10.3. Clasificación de San Elian para gravedad de la herida.

FACTORES		
Anatómicos Localización inicial (1-3). 1. Falángica/digital. 2. Metatarsal. 3. Tarsal.	Agravantes Isquemia (1-3) 0. No. 1. Leve. 2. Moderada. 3. Grave.	Afección tisular Profundidad (1-3). 1. Superficial. 2. Parcial. 3. Total.
Aspecto topográfico (1-3)	**Infección (1-3)**	**Área (1-3)**
1. Dorsal o plantar. 2. Lateral o medial. 3. Dos o más.	0. No. 1. Leve. 2. Moderada 3. Grave	1. Pequeña < 10. 2. Mediana 10 - 40. 3. Grande > 40.
No. de zonas afectadas (1-3)	**Edema (1-3)**	**Fase de cicatrización (1-3)**
Una Dos Todo el pie (heridas múltiples).	0. No. 1. Localizado a la zona. 2. Unilateral ascendente. 3. Bilateral secundario a enfermedad sistémica.	1. Epitelización. 2. Granulación. 3. Inflamación Puntaje total (6-30)___
	Neuropatía (1-3)	
0. No. 1. Inicial. 2. Avanzada. 3.NOAD-Charcot.		
I Leve ≤ 10	Bueno para cicatrización exitosa y evitar amputación	
II Moderado 11 – 20	Amenaza de pérdida parcial del pie. Pronóstico relacionado a una terapéutica correcta* con buena respuesta biológica del paciente.	
III Grave 21 – 30	Amenaza para la extremidad y la vida. Resultados independientes del uso de terapéuticas correctas,* por una mala respuesta biológica del paciente	

10.4. Sistema de clasificación para definir la presencia y la gravedad de una infección del pie en una persona con diabetes según International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN	CLASIFICACIÓN IWGDF
No infectada. No hay síntomas o signos de infección sistémica o local.	1 (No infectada)
Infectada* Al menos dos de los siguientes: Edema local o induración. Eritema > 0,5 cm alrededor de la herida. Sensibilidad local o dolor. Aumento de la temperatura local. Secreción purulenta. Y sin otra causa (s) de una respuesta inflamatoria local (trauma, gota, neuro-osteoartropatía de Charcot, fractura, trombosis o estasis venosa).	
Infección sin manifestaciones sistémicas: Sólo la piel o el tejido subcutáneo (ningún tejido profundo) Cualquier eritema presente, pero no > 2 cm ** alrededor de la herida.	2 (Infección leve)
Infección sin manifestaciones sistémicas: Eritema ≥2 cm desde el margen de la herida, y / o Afectación de tejidos más profundos (tendón, músculo, articulaciones, huesos,).	3 (Infección moderada)
Cualquier infección del pie con manifestaciones sistémicas: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), manifestada por ≥2 de los siguientes: Temperatura > 38 ° C o <36 ° C. Frecuencia cardíaca > 90 latidos / minuto Frecuencia respiratoria > 20 respiraciones / minuto o PaCO2 < 4,3 kPa (32 mmHg) Recuento de leucocitos > 12.000 / mm3 o <4.000 / mm3 o > 10% formas inmaduras.	4 (Infección severa)
Infección que involucre al hueso (OM).	Añadir "(O)" después de 3 o 4 ***
Nota: * La infección se refiere a cualquier parte del pie, no sólo de una herida o una úlcera; **En cualquier dirección, desde el borde de la herida; *** Si la osteomielitis se demuestra en la ausencia de ≥2 signos / síntomas de inflamación local o sistémica, clasificar al pie, ya sea como de grado 3 (O) (si <2 SIRS criterios) o de grado 4 (O) (si los criterios de SIRS ≥2	

10.5. Características que sugieren infección del PD y posibles indicaciones para la hospitalización.

A - Sugieren infección grave del PD.	
HERIDA	
Herida	Compromiso del tejido celular subcutáneo y tejidos profundos (fascia, tendón, músculo, articulación o hueso).
Celulitis	Amplia (> 2 cm) o rápidamente progresiva (incluye linfangitis).
Signos/síntomas locales	Severa inflamación o induración, crepitación, ampollas, decoloración, necrosis o gangrena, equimosis o petequias y nueva anestesia o dolor localizado.
GENERAL	
Presentación	Aparición aguda / empeoramiento o rápidamente progresiva.
Signos sistémicos	Fiebre, escalofríos, hipotensión, confusión y la depleción de volumen.
Laboratorio	Leucocitosis, acidosis, nuevo / empeoramiento de azoemia, PCR o VSG, grave o empeoramiento de la hiperglucemia y alteraciones de electrolitos.
Características	Presencia de cuerpo extraño implantado accidentalmente o quirúrgicamente, punción de la herida, absceso profundo, insuficiencia arterial o venosa, linfedema, enfermedad o tratamiento inmunosupresor, lesión renal aguda.
Fracaso del tratamiento	Progresión a pesar de antibióticos aparentemente apropiados y terapia de apoyo.
B - Factores que sugieren hospitalización	
Infecciones graves.	
Descompensación metabólica o inestabilidad hemodinámica.	
Necesidad de terapia intravenosa (no disponible / no apropiada como paciente externo).	
Los exámenes de diagnóstico necesarios que no están disponibles en forma ambulatoria.	
Isquemia del pie presente.	
Requerimiento de procedimientos quirúrgicos.	
La falla del tratamiento ambulatorio.	
El paciente no puede o no quiere cumplir con el tratamiento ambulatorio.	
La necesidad de cambios de apósitos más complejos de los que puede manejar el paciente y/o sus cuidadores.	
La necesidad de una observación cuidadosa, continua.	

10.6. Interpretación del Índice Tobillo Brazo.

No compresible	ITB > 1.40
Normal	ITB 1.00-1.40
Limítrofe	ITB 0.91-0.99
Anormal	ITB ≤ 0.90
EAP LEVE	ITB 0.71 – 0.90
EAP MODERADA	ITB 0.41 – 0.70
EAP SEVERA /CLTI	ITB ≤ 0.40

10.7. Sistema de estratificación de riesgo IWGDF 2019 y su frecuencia de Screening en PD correspondiente.

Categoria	Riesgo de úlcera	Características	Frecuencia
0	Muy baja.	No PSP* y no EAP**	1 vez al año
1	Baja.	PSP ó EAP	1 vez cada 6-12 meses
2	Moderada.	PSP + EAP PSP + deformidad en pie ó EAP + deformidad pie	1 vez cada 3-6 meses
3	Alta.	PSP + EAP, y 1 ó más de los siguientes: • Historia de úlcera en pie • Amputación de extremidad inferior • Enfermedad renal crónica	1 vez cada 1-3 meses
* Pérdida de sensibilidad protectora (PSP).			
** Enfermedad arterial periférica (EAP).			