

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. Rafael Lopes Lorenzoni

**PROCESSO Nº.:** 50026253820228130704

**CÂMARA/VARA:** 2ª vara cível

**COMARCA:** Unai

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** IJR

**IDADE:** 64 anos

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** M 86, E 11, H 36.0

**PEDIDO DA AÇÃO:** Internação hospitalar para introdução de tratamento antimicrobiano parenteral em pé diabético

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como opção de continuidade de terapêutica antimicrobiana parenteral, sob regime de internação hospitalar

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 74083

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0002859

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

A internação indicada pelo médico do paciente é de caráter emergencial e se enquadra nos procedimentos de emergência? **R.: Gentileza reportar-se as considerações abaixo.**

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de longa evolução, e histórico de complicações secundárias à diabetes, retinopatia diabética e “pé diabético”.

Consta em cópia de relatório médico datado de 09/09/2016, que o paciente esteve internado no período de 12/08/16 a 09/09/16, para tratamento de pé diabético. Em cópia de laudo médico datado de 15/08/2017, consta que em agosto/2016 o paciente foi submetido a amputação traumática do médio pé esquerdo, que evoluiu com intercorrência de infecção hospitalar no pós-cirúrgico, sendo logo em seguida submetido a nova cirurgia do terço proximal da tíbia esquerda.

Relatório médico datado de 12/05/2022, consta que o paciente apresentava quadro de febre há 06 dias, que fora há 04 dias submetido a procedimento cirúrgico de retirada de dedos em pé direito, e que ao quarto dia de uso de antibioticoterapia oral com ciprofloxacino + clindamicina, persistia sem melhora clínica. Consta ainda que o exame de tomografia realizado em 12/05/22, foi sugestivo de osteomielite.

O pé diabético é uma complicação crônica do diabetes. O pé diabético está entre as complicações mais graves do diabetes mellitus. Os problemas nos pés são responsáveis por mais internações hospitalares do que quaisquer outras complicações de longo prazo, observadas em pacientes com diabetes mellitus.

Infecção no pé de uma pessoa com diabetes representa uma séria ameaça ao pé e ao membro afetado e deve ser avaliada e tratada imediatamente. Se não for tratada adequadamente, a infecção pode se disseminar por contiguidade para os tecidos subjacentes, incluindo ossos (osteomielite).

*“Sintomas sistêmicos (por exemplo, febre, calafrios), leucocitose acentuada ou distúrbios metabólicos são incomuns em pacientes com infecção no pé diabético, mas sua presença denota uma infecção mais grave”.<sup>2</sup>*

*“O pé diabético é uma complicação frequente em pacientes que não possuem a doença controlada. Neuropatia sensorial, isquemia e infecção são os principais fatores patogênicos que estão associados à descompensação do diabetes. A infecção é, predominantemente, causada por vários microrganismos diferentes simultaneamente, variando desde infecções mais superficiais até infecções mais profundas, com presença ou ausência de necrose associada”.<sup>1</sup>*

*“É importante determinar a gravidade da infecção para avaliar prognóstico, necessidade de internação hospitalar, necessidade de intervenção cirúrgica e definir antibioticoterapia intravenosa ou por via oral”.<sup>1</sup>*

A escolha empírica do antimicrobiano deve estar fundamentada na

gravidade da infecção e na suspeita de germes multirresistentes envolvidos. Infecções leves podem ser tratadas ambulatorialmente com antibióticos por via oral que tenham ação contra bactérias colonizadoras de pele. Na impossibilidade de utilização de antibióticos por via oral, para casos moderados a grave, deve-se introduzir antibióticos intravenosos. A duração da terapia dependerá da gravidade da lesão.

**Tabela 1.** Sistema de classificação para definir a presença e a gravidade de uma infecção do pé em uma pessoa com diabetes

Classificação clínica da infecção, com definições	Classificação do IWGDF
<b>Não infectado</b>	
Sem sinais sistêmicos ou locais, ou sinais de infecção	1 (não infectado)
<b>Infectado</b>	
Pelo menos dois destes itens estão presentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inchaço ou endurecimento local</li> <li>▪ Eritema &gt;0,5 cm* ao redor da úlcera</li> <li>▪ Sensibilidade ou dor local</li> <li>▪ Calor local maior</li> <li>▪ Exsudato purulento</li> </ul> E sem outra(s) causa(s) de uma resposta inflamatória na pele (por exemplo, trauma, gota, neuro-osteopatia aguda de Charcot, fratura, trombose ou estase venosa)	
Infecção sem manifestações sistêmicas (veja abaixo) envolvendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ apenas a pele ou tecido subcutâneo (que não envolvam tecidos mais profundos) e</li> <li>▪ qualquer eritema presente não se estende a &gt;2 cm** ao redor da úlcera</li> </ul>	2 (infecção leve)
Infecção sem manifestações sistêmicas e envolvendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ eritema estendendo-se ≥2 cm* da margem da úlcera e/ou</li> <li>▪ tecido mais profundo sob a pele e tecidos subcutâneos (por exemplo, tendão, músculo, articulação, osso)</li> </ul>	3 (infecção moderada)
Qualquer infecção do pé com manifestações sistêmicas associadas (da síndrome da resposta inflamatória sistêmica [SRIS]), com ≥2 dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temperatura &gt;38 °C ou &lt;36 °C</li> <li>▪ Frequência cardíaca &gt;90 batimentos/minuto</li> <li>▪ Frequência respiratória &gt;20 respirações/minuto ou PaCO<sub>2</sub> &lt;4,3 kPa (32 mmHg)</li> <li>▪ Contagem de leucócitos &gt;12.000/mm<sup>3</sup> ou &lt;4.000/mm<sup>3</sup> ou &gt;10% de formas imaturas (banda)</li> </ul>	4 (infecção severa)
Infecção envolvendo osso (osteomielite)	Adicione "(O)" depois de 3 ou 4***

Nota: \* Infecção refere-se a qualquer parte do pé, não apenas de uma úlcera ou lesão. \*\* Em qualquer direção, desde a borda da úlcera. A presença de isquemia do pé clinicamente significativa torna o diagnóstico e o tratamento da infecção consideravelmente mais difíceis. \*\*\* Se a osteomielite for demonstrada na ausência de ≥2 sinais/sintomas de inflamação local ou sistêmica, classifique o pé como grau 3 (O) (se <2 critérios SRIS) ou grau 4 (O) (se ≥2 critérios SRIS) (ver texto).

Fonte: Diretriz do IWGDF sobre infecção, 2019.<sup>2</sup>

A hospitalização é um recurso caro e finito, e pode sujeitar o paciente a alguns inconvenientes e potenciais riscos nosocomiais. Porém, enquanto muitos pacientes com infecção de pé diabético não precisam ser

hospitalizados, alguns certamente deveriam ser. Entre as possíveis razões para hospitalizar uma pessoa com diabetes que apresenta uma infecção nos pés, pode-se citar: necessidade de reavaliação mais intensa para a progressão das condições locais e sistêmicas; necessidade de administração de antibioticoterapia parenteral e hidratação; necessidade de correção de distúrbios metabólicos, hidroeletrólíticos e cardiovasculares; necessidade de avaliação / interconsulta com especialidades (especialmente a cirurgia vascular), pacientes com comorbidades específicas (doença arterial periférica grave, insuficiência renal, imunocomprometimento), entre outras razões/fatores de risco.

A presença de infecção óssea (osteomielite) não requer necessariamente hospitalização. Pacientes com infecção leve e muitos com infecção moderada podem ser tratados em ambiente ambulatorial, e ter a infecção resolvida.

**Tabela 2.** Características que sugerem uma infecção com gravidade maior do pé diabético e possíveis indicações para hospitalização

A – Resultados que sugerem uma infecção mais grave do pé diabético	
<b>Específico da úlcera</b>	
Úlcera	Penetra nos tecidos subcutâneos (por exemplo, fáscia, tendão, músculo, articulação ou osso)
Celulite	Extensa (>2 cm), distante da ulceração ou progredindo rapidamente (incluindo linfangite)
Sinais/sintomas locais	Inflamação ou endurecimento severos, crepitação, bolhas, descoloração, necrose ou gangrena, equimoses ou petéquias e nova anestesia ou dor localizada
<b>Geral</b>	
Apresentação	Início/agravamento ou progressão rápida
Sinais sistêmicos	Febre, calafrios, hipotensão, confusão e depleção de volume
Testes laboratoriais	Leucocitose, proteína C reativa ou taxa de sedimentação de eritrócitos elevados, hiperglicemia grave ou com piora, acidose, início de azotemia/ou com piora e anormalidades eletrolíticas
Características complicadoras	Presença de corpo estranho (implantado acidental ou cirurgicamente), úlcera por punção, abscesso profundo, insuficiência arterial ou venosa, linfedema, doença ou tratamento imunossupressor, lesão renal aguda
Falha no tratamento	Progressão apesar de antibioticoterapia e medidas de suporte aparentemente adequadas
<b>B – Alguns fatores sugestivos de necessidade de hospitalização</b>	
Infecção grave (ver achados que sugerem uma infecção mais grave do pé diabético acima)	
Instabilidade metabólica ou hemodinâmica	
Terapia intravenosa necessária (e não disponível/apropriada para um paciente ambulatorial)	
Testes diagnósticos necessários que não são disponíveis para pacientes ambulatoriais	
Isquemia do pé presente	
Procedimentos cirúrgicos (maiores) necessários	
Falha no manuseio ambulatorial do paciente	
Paciente incapaz ou desmotivado a cumprir o tratamento ambulatorial	
Necessidade de trocas de curativos mais complexas do que os pacientes/cuidadores podem fazer	
Necessidade de observação cuidadosa e contínua	

O Conselho Federal de Medicina, considerando a necessidade de estabelecer normas mínimas para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro, trouxe através da Resolução CFM nº 1451/1995 em seu artigo 1º a conceituação de assistência de urgência/emergência.

**Parágrafo Primeiro** - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

**Parágrafo Segundo** - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

As infecções do pé diabético tendem a progredir, os microrganismos podem se disseminar contiguamente até o tecido subcutâneo, incluindo fáscia, tendões, músculos, articulações e ossos. Sintomas sistêmicos (por exemplo, febre, calafrios), leucocitose acentuada ou distúrbios metabólicos são incomuns em pacientes com infecção de pé diabético, mas sua presença denota uma infecção mais grave, potencialmente com risco para os membros (ou mesmo com risco de vida).

A necessidade de troca da via de administração e/ou de antimicrobiano é feita individualmente, a depender da análise dos sinais locais e sistêmicos de infecção, e fatores individuais. Não se trata de procedimento no conceito restrito de emergência/urgência, mas sim da necessidade de introdução de antibioticoterapia parenteral endovenosa substituta a oral, considerando que a via oral se mostrou ineficaz.

Conforme os elementos técnicos apresentados, trata-se de paciente com diagnóstico de pé diabético, com quadro de febre persistente há 6 dias, que fora submetido a procedimento cirúrgico para retirada de dedos (não especificados), que ao quarto dia de uso da antibioticoterapia oral, persistia sem melhora clínica. A indicação de substituição por antibioticoterapia endovenosa sob regime de internação hospitalar, está em conformidade com as diretrizes técnicas atuais.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

1) Consenso no Tratamento e Prevenção do Pé Diabético.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2021/03/consenso-pe-diabetico-24112020.pdf

2) Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético. 2019.

3) Manual do Pé Diabético, Ministério da Saúde. 2016.

4) Urgência e Emergência: os conceitos frente as normas administrativas e legais e suas implicações na clínica médica. Saúde, Ética & Justiça. 2017;22(2):81-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v22i2p81-94>

**V – DATA:**

26/05/2022

NATJUS – TJMG