

Φροντίδα διαβητικού ποδιού

Δούκας Δουκάς

Μια από τις πιο σοβαρές επιπλοκές του ΣΔ είναι το διαβητικό πόδι. Η επιπλοκή αυτή είναι υπεύθυνη για πολλές εισαγωγές σε νοσοκομεία ασθενών που πάσχουν από ΣΔ, προκαλεί μεγάλη σωματική και ψυχική ταλαιπωρία τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους, ενώ υποβαθμίζει την ποιότητα της ζωής των ασθενών. Τέλος, τα εθνικά συστήματα υγείας όλου του κόσμου επιβαρύνονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος με τεράστιο κόστος.

Διαβητικό πόδι είναι η κλινική κατάσταση των ατόμων με ΣΔ κατά την οποία παρατηρούνται δερματικές ή και οστικές βλάβες στα κάτω άκρα. Τέτοιες βλάβες σχετίζονται πρωτίστως με εμφάνιση ελκών, οίδημάτων εξαιτίας λοιμώξεων, παραμορφώσεων στα νύχια (ονυχογρύπωση, ονυχοείσφρυση) και σταδιακή παραμόρφωση στην αρχιτεκτονική του κάτω άκρου με ακραία περίπτωση την άρθρωση Charcot. Κύρια αιτία εμφάνισης των βλαβών αυτών θεωρείται η ύπαρξη περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας και περιφερικής αγγειοπάθειας διάφορου βαθμού στα κάτω άκρα.

Οι βλάβες αυτές δύναται να εμφανιστούν τόσο στα άτομα με ΣΔ τύπου 2 όσο και σε αυτά με ΣΔ τύπου 1. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 40-60% όλων των μη τραυματικών μεγάλων ακρωτηριασμών των κάτω άκρων γίνεται σε ασθενείς με ΣΔ. Ο σχετικός κίνδυνος για ακρωτηριασμό είναι 10-15 φορές συχνότερος στα άτομα αυτά, ενώ στις ΗΠΑ γίνονται περισσότεροι από 80.000 ακρωτηριασμοί κάθε χρόνο. Στο μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς τους ακρωτηριασμούς (85%) φαίνεται πως προϋπήρχε ένα έλκος το οποίο δεν είχε αντιμετωπιστεί κατάλληλα.

Η κύρια αιτία εμφάνισης αυτών των ελκών θεωρείται κυρίως η περιφερική διαβητική νευροπάθεια ή η περιφερική αγγειοπάθεια, αλλά τις περισσότερες φορές είναι ένας συνδυασμός και των δύο αυτών καταστάσεων.

Περιφερική αγγειοπάθεια ονομάζεται κάθε νόσος των αγγείων του κυκλοφορικού συστήματος, εκτός των στεφανιαίων αγγείων. Αν και ο όρος περιλαμβάνει όλα τα αγγεία, συνήθως αναφέρεται ως συνώνυμο της περιφερικής αρτηριοπάθειας, η οποία οφείλεται σε αθηρωμάτωση των αρτηριών και είναι η πιο συχνή πάθηση των περιφερικών αγγείων. Στους διαβητικούς ασθενείς η περιφερική αγγειοπάθεια αφορά κυρίως μικρές, μεσαίες αρτηρίες, καθώς και αρτηριόλια κάτω από το γόνατο με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η κυκλοφορία του αίματος στα κάτω άκρα. Τα θρεπτικά συστατικά του αίματος και το απαραίτητο οξυγόνο δεν φτάνουν στις κατάλληλες ποσότητες και δεν μπορεί να γίνει καλή θρέψη των ιστών. Αυτό κάνει το δέρμα στα πόδια πολύ λεπτό και εύθραυστο σε τραυματισμούς. Όταν δημιουργούνται εξελκώσεις, δεν επουλώνονται γρήγορα και έτσι κάποιο παραμελημένο τραύμα εύκολα μπορεί να μολυνθεί και να οδηγήσει ακόμη και σε γάγγραινα. Όταν τέτοιες δερματικές βλάβες εμφανι-

στούν στο πέλμα των ασθενών, είναι επώδυνες και χαρακτηρίζονται από περιοχή με νέκρωση και ερυθρότητα. Συνήθως εμφανίζονται περιφερικά του πέλματος στο πλάι του 1^{ου} και 5^{ου} μεταταρσίου και σπανίως στη φτέρνα. Το πόδι στο οποίο εμφανίζονται είναι ψυχρό και οι σφύξεις της ραχιαίας και οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας δεν ψηλαφούνται. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ΠΑ από το γεγονός ότι παθαίνουν συχνά κράμπες όταν περπατούν (διαλείπουν αχλωτότητα), από το χρώμα των ποδιών που γίνεται ωχρο ή πολύ κόκκινο με διογκωμένες φλέβες, καθώς και από τα νύχια τους που συνήθως αλλάζουν χρώμα (κιτρινίζουν) και παχαιίνουν.

Περιφερική νευροπάθεια. Εκτός όμως από τα αγγεία ο αργύθμιστος σακχαρώδης διαβήτης στην πάροδο του χρόνου μπορεί να βλάψει και τα περιφερικά νεύρα. Πρώτα βλάπτονται τα αισθητικά νεύρα των κάτω άκρων και έτσι οι ασθενείς σταδιακά χάνουν την αίσθηση του ζεστού, του κρύου, της αφής, της δόνησης και του πόνου. Αυτό έχει ως συνέπεια να κάνει τους ασθενείς επιρρεπείς σε διάφορους τραυματισμούς τους οποίους δεν αντιλαμβάνονται. Τέτοιοι τραυματισμοί μπορεί να είναι ένα έγκαυμα κατά τη διάρκεια ποδόλουτρου, όταν προηγουμένως δεν είχε ελεγχθεί η θερμοκρασία του νερού, ένας μηχανικός τραυματισμός από αιχμηρό αντικείμενο κατά τη βόδιση με γυμνά πόδια ή πολύ συχνά οι τραυματισμοί λόγω πίεσης από στενά παπούτσια ή από ύπαρξη ξένων σωμάτων μέσα σ' αυτά όπως νομίσματα, μικρές πέτρες κ.τ.λ. Στη συνέχεια βλάπτονται και τα κινητικά νεύρα με συνέπεια την ατροφία των μυών των κάτω άκρων και εξαιτίας αυτής επέρχεται σταδιακή παραμόρφωσή τους. Αυτή σχετίζεται κυρίως με την κάμψη των δακτύλων (γαμψοδακτυλία), την προπέτεια των κεφαλών των μεταταρσίων, τη μετατόπιση του προστατευτικού λίπους από τα μετατάρσια προς τα εμπρός και κάτω από τα δάκτυλα και την άνωση ή την πτώση της ποδικής καμάρας. Άλλου είδους παραμορφώσεις μπορεί να είναι η βλαισότητα των μεγάλων δακτύλων, η εφίπτουση δακτύλων, η πληκτροδακτυλία κ.ά.

Οι παραμορφώσεις αυτές έχουν ως αποτέλεσμα σε κάποια σημεία το πόδι να δέχεται ιδιαίτερα αυξημένες πιέσεις κατά τη βόδιση. Στα σημεία αυτά δημιουργείται αντιδραστικά, σαν προστασία στο δέρμα, ένα στρώμα τυλώδους ιστού (κάλος), ο οποίος με την πάροδο του χρόνου σκληραίνει, πιέζει ακόμα περισσότερο τον υποδόριο ιστό και πολλές φορές προκαλεί εσωτερικό αιμάτωμα. Αρκετά συχνά υπάρχει και βλάβη από το αυτόνομο νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα τα κάτω άκρα των ασθενών με ΣΔ να μην ιδρώνουν και έτσι το δέρμα ξεραίνεται και χάνει την ελαστικότητά του. Εύκολα τότε στα σημεία των αυξημένων πιέσεων μπορεί να συμβεί ρήξη του δέρματος και να δημιουργηθεί ένα έλκος. Δυστυχώς τα έλκη αυτά δεν γίνονται γρήγο-

ρα αντιληπτά από τους ασθενείς, οι οποίοι όταν επισκεφτούν τον γιατρό τους έχουν ήδη μολυνθεί και ίσως ήδη να απειλείται και η ακεραιότητα του μέλους. Όταν εμφανιστούν τέτοια έλκη, συνήθως είναι στρογγυλά, ανώδυνα, περιβάλλονται από τυλώδη ιστό και μπορεί να είναι αρκετά βαθιά, φθάνοντας μέχρι τα υποκείμενα οστά. Εμφανίζονται συνήθως στα πέλματα (αντίστοιχα προς τις κεφαλές των μεταταρσίων), ενώ πολύ συχνά συναντώνται και στη ραχιαία ή πελματιαία επιφάνεια των δακτύλων.

Η αντιμετώπιση τέτοιων ελκών γίνεται κυρίως στα ιατρεία διαβητικού ποδιού ή από εκπαιδευμένο διαβητολόγο αν δεν υπάρχει ποδιάτρος. Στα ειδικά ιατρεία ο ασθενής, ανάλογα με την κατάσταση του έλκους, θα δεχθεί τη φροντίδα από προσωπικό διάφορων κλινικών ειδικοτήτων που αποτελούν ομάδα και συνεργάζονται μεταξύ τους. Την ομάδα κυρίως απαρτίζουν ο διαβητολόγος, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής, ο ποδιάτρος, ο ορθοπεδικός, ο αγγειοχειρουργός κ.ά. Ο διαβητολόγος φέρει την κύρια ευθύνη για τον ασθενή και συντονίζει την ομάδα, ενώ ο εξειδικευμένος νοσηλευτής, απουσία ποδιάτρων από τα περισσότερα νοσοκομεία της Ελλάδος, παίζει καθοριστικό ρόλο στην ομάδα.

Τα στάδια για την αντιμετώπιση των ελκών είναι: η παρατήρηση και η κλινική εξέταση των κάτω άκρων, η αφαίρεση του τυλώδους ιστού που περιβάλλει το έλκος, ο καθαρισμός και η νεαροποίηση του έλκους, η αντιμετώπιση της συνυπάρχουσας λοίμωξης, η διαχείριση του εξιδρώματος του έλκους, καθώς και η αποφόρτιση του έλκους από τις δυνάμεις που ασκούνται πάνω του. Επίσης η εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους για τη φροντίδα του έλκους στο σπίτι θεωρείται πολύ σημαντική παράμετρος για τη γρηγορότερη επούλωση, καθώς και για την πρόληψη ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση νέου έλκους στο μέλλον.

Κατά την παρατήρηση του έλκους σημαντικά στοιχεία για την κατάστασή του μας δίνει ο χρωματικός κώδικας των ελκών. Σύμφωνα με αυτόν το μαύρο χρώμα είναι χαρακτηριστικό ισχαιμικού έλκους που καλύπτεται με νεκρωτικό ιστό, μελανόμορφη απόχρωση είναι ένδειξη αιματώματος ορατού κάτω από υγιές δέρμα, ενώ το κίτρινο χρώμα χαρακτηρίζει τον τυλώδη ιστό που πρέπει να αφαιρεθεί. Οι φάσεις της επούλωσης χαρακτηρίζονται από το κόκκινο χρώμα (φάση κοκκίωσης) και από το ροζ χρώμα (φάση επιθηλιοποίησης). Η έντονη ερυθρότητα δε που συνδυάζεται με πόνο και οίδημα δείχνει ότι η περιοχή εμπλέκεται με φλεγμονή.

Πριν ξεκινήσει οποιαδήποτε διεργασία για την περιποίηση του έλκους πρέπει να γίνει κλινική εκτίμηση του κάτω άκρου για διαπίστωση περιφερικής νευροπάθειας και περιφερικής αγγειοπάθειας. Η εκτίμηση γίνεται συνήθως από τον διαβητολόγο, αλλά και ο εξειδικευμένος νοσηλευτής μπορεί να κάνει

μα καλή εκτίμηση της κατάστασης. Η χρήση μονοϊνιδίου 10 g είναι ένας απλός και εύκολος τρόπος για διαπίστωση της περιφερικής νευροπάθειας. Τα ινίδια αυτά όταν εφαρμοστούν με πίεση 10 g σε συγκεκριμένα σημεία του πέλματος και των δακτύλων λυγίζουν. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να αντιληφθεί αυτή την πίεση, τότε η νευροπάθεια είναι πολύ προχωρημένη. Η δε εκτίμηση της ΠΑ μπορεί να γίνει με τη μέτρηση της θερμοκρασίας του άκρου με ειδικά Laser θερμομέτρα ή την ψηλάφηση της ραχιαίας και οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας. Για πιο ακριβή αποτελέσματα γίνεται εκτίμηση του κνημοβραχιόνιου δείκτη με τη χρησιμοποίηση ενός πιεσόμετρου και ενός μικρού Doppler. Η κλινική εκτίμηση του έλκους έχει μεγάλη σημασία, ώστε κατά την αντιμετώπισή του να αποφευχθούν χειρισμοί που αντί για βελτίωση ενδέχεται να φέρουν χειρότερα αποτελέσματα.

Η φροντίδα του νευροπαθητικού έλκους ξεκινά με την αφαίρεση του τυλώδους ιστού που το καλύπτει. Γίνεται με νυστέρι και προϋποθέτει μεγάλη εμπειρία. Η αφαίρεση του κάλου θα αναδείξει την πραγματική διάσταση του έλκους. Παράλληλα θα βοηθήσει στην αποστράγγιση του έλκους από τις εκκρίσεις, ενώ ο αφαιρεθείς τύλος δεν θα είναι πλέον εμπόδιο στην ανάπτυξη νέου επιθηλίου. Οι ασθενείς μετά την αφαίρεση του τύλου αναφέρουν αίσθημα ανακούφισης, καθώς οι πιέσεις που ασκούσαν σ' αυτό μειώνονται αρκετά. Η νεαροποίηση του έλκους, δηλαδή η απομάκρυνση κάθε μη βιώσιμου τμήματος από την περιοχή του έλκους (π.χ. τένοντα ή ακόμα και τμήματος οστού), θα βοηθήσει στη γρηγορότερη επούλωσή του, καθώς δεν θα αποτελεί υπόστρωμα για ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών. Για τον καθαρισμό του έλκους προτείνεται ο φυσιολογικός ορός που μπορεί να απομακρύνει το 50% των μικροοργανισμών. Σε περίπτωση που το έλκος εμπλέκεται με λοίμωξη μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντισηπτικό, όπως η ιωδιούχος ποβιδόνη, με την προϋπόθεση ότι μετά από πάροδο ολίγων λεπτών το έλκος θα ξεπλυθεί καλά πάλι με φυσιολογικό ορό. Παρατεταμένη χρήση του ιωδιούχου αντισηπτικού πρέπει να αποφεύγεται διότι είναι πολύ τοξικό για το ευαίσθητο δέρμα των ασθενών με διαβήτη και επιβραδύνει την επούλωση.

Όταν το έλκος περιπλέκεται με λοίμωξη, χαρακτηρίζεται από αλλαγή του χρώματος της κοίτης του έλκους, από ροδαλή και κοκκιώδη σε κιτρινωπή και φαιά. Μπορεί να υπάρχει οίδημα της περιοχής, εκροή πύου από το έλκος, ερυθρότητα γύρω από αυτό και πόνος κατά την πίεση, ενώ ανάλογα με το μικρόβιο που προκαλεί τη λοίμωξη ενδέχεται να υπάρχει και έντονη δυσοσμία. Δεν είναι λίγες οι φορές που από τα όρια του έλκους μπορεί να προβάλλει τένοντας ή οστό. Ένα βαθύ έλκος πρέπει πάντα να διερευνάται με αποστειρωμένη μήλη. Σε περίπτωση ψηλάφησης οστού τίθεται σχεδόν πάντα διά-

γνωση οστεομυελίτιδας, η οποία πρέπει να αποδειχθεί και ακτινοδιαγνωστικά. Για την ανεύρεση του μικροβίου που προκαλεί τη λοίμωξη γίνεται λήψη καλλιέργειας με τους κάτωθι τρόπους: α) με βαμβάκοφορο στειλεό, β) με απόξεση από τον πυθμένα του έλκους και γ) με λήψη βιοψιών για καλλιέργεια, από το βάθος του έλκους. Οι πιο αξιόπιστες μέθοδοι είναι οι δύο τελευταίες. Το υλικό των καλλιεργειών που συλλέγεται με αυτούς τους τρόπους (β και γ) τοποθετείται σε στείρο ποτήρι χωρίς θρεπτικό υλικό και αμέσως οδηγείται στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Ωστόσο, η λήψη καλλιέργειας με βαμβάκοφορο στειλεό (α) είναι η πιο εύκολη μέθοδος και μπορεί να γίνει από τον καθένα. Είναι δε πολύ αξιόπιστη μέθοδος σε περίπτωση που το έλκος είναι νέο, έχει πυώδεις εκκρίσεις και δεν είχαν χρησιμοποιηθεί προηγουμένως αντιβιοτικά. Η λήψη πρέπει να γίνεται από το βάθος του έλκους και όχι από την επιφάνεια, γιατί στη δεύτερη περίπτωση θα αποκαλυφθούν βακτηρίδια που αποικίζουν το δέρμα, παρά οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που προκαλούν τη λοίμωξη. Η λήψη της καλλιέργειας προϋποθέτει προηγουμένως την πλύση της επιφάνειας του έλκους με φυσιολογικό ορό, καθώς και ότι όλες οι ενέργειες λήψης θα γίνονται με άσηπτες τεχνικές.

Το επόμενο στάδιο φροντίδας του έλκους είναι η διαχείριση του εξιδρώματος, δηλαδή η διαδικασία κατά την οποία με επιλογή υλικών και τεχνικών εξασφαλίζεται η αναγκαία ποσότητα υγρασίας στην επιφάνεια του έλκους, ώστε να προαχθούν α) τα φυσικά φαινόμενα αυτοκαθαρισμού, β) οι φάσεις επούλωσης του έλκους και γ) η μη ανάπτυξη μικροοργανισμών. Αυτή η διαδικασία γίνεται με επιλογή κατάλληλου επιθέματος ανάλογα με την κατάσταση του έλκους. Στο εμπόριο σήμερα υπάρχει μεγάλη ποικιλία επιθέματων. Η τελική επιλογή του επιθέματος γίνεται στον εκάστοτε ειδικό που επιμελείται το έλκος και στην πείρα που έχει αποκτήσει από τη φροντίδα των εκάστοτε περιπτώσεών του. Τα βασικά κριτήρια επιλογής των επιθέματων είναι η απομάκρυνση των εκκρίσεων που πλεονάζουν, η προστασία από επιμόλυνση ή επανατραυματισμό, η ανταλλαγή των αερίων, η παροχή ισορροπημένου υγρού περιβάλλοντος, η μείωση πόνου και η αντιμικροβιακή δράση. Προϋπόθεση για τη χρησιμοποίησή τους είναι κυρίως να γίνουν αποδεκτά από τον ασθενή και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του.

Ωστόσο, όσο καλά και να αντιμετωπιστεί ένα έλκος, όσο καλό επίθεμα και να χρησιμοποιηθεί, το έλκος δεν πρόκειται να επουλωθεί σύντομα αν δεν αποφορτιστεί από τις δυνάμεις που ασκούνται σε αυτό. Προτείνεται λοιπόν ο κλινοστατισμός και, αν αυτό δεν είναι εφικτό, κυρίως λόγω εργασίας του ασθενούς, η χρησιμοποίηση πατερίτσας για το μέλος που πάσχει και οπωσδήποτε συνιστάται η αγορά ειδικών ορθοπεδικών υποδημάτων με χρήση ορθοτι-

κών. Σε ειδικές περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητο για την αποφόρτιση του μέλους που πάσχει να χρησιμοποιηθεί προκατασκευασμένος νάρθηκας τύπου aircast ή να κατασκευαστεί γύψος πλήρους επαφής.

Η φροντίδα του έλκους ολοκληρώνεται με την εκπαίδευση των ασθενών, αλλά και των συγγενών τους στο πώς να περιποιούνται το έλκος στο σπίτι, αλλά και στο τι πρέπει προληπτικά να προσέχουν, ώστε να αποφευχθεί η επανεμφάνιση του έλκους ή η δημιουργία νέου. Από μελέτες έχει φανεί ότι τα περισσότερα έλκη οφείλονται σε πίεση από στενά παπούτσια (80%), ενώ σε μικρότερο ποσοστό (20%) σε μηχανικούς, χημικούς ή θερμικούς τραυματισμούς. Η σωστή φροντίδα λοιπόν για τα κάτω άκρα ξεκινά από την επιλογή του κατάλληλου υποδήματος. Η αγορά τους θα πρέπει να γίνεται απογευματινές ώρες, τότε που τα πόδια είναι περισσότερο πρησμένα και ταλαιπωρημένα και είναι σημαντικό να δοκιμάζονται και τα δύο υποδήματα. Καλό είναι να ζητείται η γνώμη ενός εξειδικευμένου πωλητή σχετικά με την καταλληλότητα του μεγέθους του υποδήματος. Το εσωτερικό του υποδήματος πρέπει να ψηλαφείται με τα δάκτυλα για ύπαρξη προβολής πτυχών από ραφές ή άλλες κακοτεχνίες που στην καθημερινή χρήση ενδέχεται να τραυματίσουν τα πόδια. Γενικά τα στενά και πολύ μοδάτα υποδήματα με μυτερά άκρα και ψηλά τακούνια πρέπει να αποφεύγονται, γιατί εκτός από τραυματισμούς προκαλούν παραμορφώσεις κυρίως στα δάκτυλα (εφίπτευση δακτύλων, πληκτροδακτυλία κ.ά.), ενώ λόγω μεγάλων πιέσεων στις κεφαλές των μεταταρσίων εμφανίζεται σταδιακά μεγάλη μάζα τυλώδους ιστού. Σε διαβητικούς ασθενείς χωρίς εμφάνιση σημείων κινδύνου προτείνονται άνετα φαρδιά παπούτσια, π.χ., ένα ζευγάρι αθλητικά παπούτσια με ανατομικό πέλμα. Αντίθετα σε ασθενείς που έχουν σημεία κινδύνου για εμφάνιση έλκους (διαπιστωμένη εμφάνιση ΔΠΝ ή ΔΠΑ, μάζες τυλώδους ιστού, έντονη παραμόρφωση) ή είχαν στο παρελθόν έλκος που έχει επούλωθεί, τότε επιβάλλεται η αγορά ειδικών υποδημάτων για ΣΔ με κατάλληλο ορθοτικό πέλμα που κατασκευάζεται εξειδικευμένα για κάθε ασθενή μετά από πελματογράφημα. Ένα ακόμη σημείο προσοχής είναι ο καθημερινός έλεγχος του εσωτερικού του υποδήματος πριν τη χρήση για ύπαρξη ξένων σωμάτων. Πολλές φορές έχει βρεθεί ότι ένα έλκος δημιουργήθηκε από ένα μικρό πετραδάκι ή κάποιο αιχμηρό αντικείμενο που τυχαία βρέθηκε στο υπόδημα.

Όσον αφορά τις κάλτσες καλό είναι να προτιμώνται οι βαμβακερές χωρίς εσωτερικές πτυχές και προεξέχουσες ραφές. Το λάστιχο συγκράτησης να μην είναι πολύ σφικτό και να μην περιορίζει την κυκλοφορία του αίματος, ενώ συνιστώνται τα ανοιχτά χρώματα, ώστε σε περίπτωση τραυματισμού μη αντιληπτού από τον ασθενή (λόγω της ΠΝ) να μπο-

ρεί να διαπιστωθεί από το χρώμα του αίματος στην κάλτσα. Για λόγους δε υγιεινής καλό είναι να αλλάζονται κάλτσες καθημερινά.

Οι ασθενείς με διαβήτη πρέπει να είναι περισσότερο σχολαστικοί στην περιποίηση των ποδιών τους. Κάθε βράδυ ένα χλιαρό ποδόλουτρο μετά την κούραση της μέρας είναι πολύ ανακουφιστικό για τα πόδια. Η θερμοκρασία του νερού να ελέγχεται αρχικά με τον αγκώνα ή ένα θερμόμετρο προκειμένου να αποφευχθεί ένα έγκαυμα, ενώ μετά το πλύσιμο τα πόδια να στεγνώνονται καλά κυρίως στις περιοχές ανάμεσα στα δάκτυλα, διότι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην υγρασία και εγκυμονούν κινδύνους για μυκητιάσεις. Σε περιοχές του πέλματος που εμφανίζουν έντονη ξηρότητα και σχάσεις του δέρματος καλό είναι να χρησιμοποιούνται μαλακτικές αλοιφές, κυρίως αυτές που στη σύστασή τους περιέχουν ουρία σε αναλογία τουλάχιστον 15%.

Γενικά οι ασθενείς με διαβήτη πρέπει να αποφεύγουν τους τραυματισμούς. Σε διαπίστωση κάποιου κάλου αντί να τον αφαιρέσουν μόνοι τους χρησιμοποιώντας κάποιο νυστεράκι ή κερατολυτική ουσία του εμπορίου, να αναζητήσουν τη βοήθεια ενός ειδικού. Το περπάτημα επίσης με γυμνά πόδια πρέπει να αποφεύγεται τόσο στην παραλία τους καλοκαιρινούς μήνες, αλλά ακόμα και μέσα στο σπίτι. Ο κίνδυνος μηχανικού τραυματισμού από αιχμηρό αντικείμενο πάντα ελλοχεύει.

Όσον αφορά τα νύχια, η κοπή τους να γίνεται σε ίσια γραμμή παράλληλα με την άκρη του δέρματος και όχι πολύ βαθιά. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί λόγω ηλικίας ή άλλου προβλήματος υγείας να επιμεληθεί τη φροντίδα των ποδιών του, η συγκεκριμένη ενέργεια να γίνεται από τους συγγενείς ή φίλους που έχουν εκπαιδευτεί.

Όλοι οι ασθενείς με διαβήτη θα πρέπει να ελέγχουν τακτικά τα πόδια τους, ιδιαίτερα μετά από άσκηση ή έντονο περπάτημα. Αν διαπιστώσουν σκίσιμο του δέρματος, αλλαγή του χρώματος σε κάποιο σημείο, εμφάνιση φουσκάλας, πρήξιμο ή εμφάνιση κάλου πρέπει να συμβουλευτούν τον ιατρό τους και χωρίς καθυστέρηση να μεταβούν σε κάποιο διαβητολογικό ιατρείο διαβητικού ποδιού, προκειμένου να λάβουν τη φροντίδα που απαιτείται για τα πόδια τους, ώστε να αποφευχθούν χειρότερες καταστάσεις.

Γενικά οι διαβητικοί ασθενείς διατρέχουν περισσότερους κινδύνους στα πόδια τους από ό,τι οι μη διαβητικοί ασθενείς. Ωστόσο, εκείνοι που φροντίζουν παράλληλα με την καλή ρύθμιση του σακχάρου και τα πόδια τους, δεν κινδυνεύουν να αναπτύξουν επιπλοκές στα πόδια τους περισσότερο από εκείνους που δεν πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.