

Clasificación del riesgo y frecuencia de inspección del Pie Diabético

www.heridasenred.com

Ene, 2025. Marisa Paniagua Asensio, Carolina Hidalgo Dóniga, Ricardo Biarge Pacheco, Susana Merino Perera



Cómo citar este documento: Paniagua Asensio M, Hidalgo Doniga C, Biarge Pacheco R, Merino Perera S. Monografía: Clasificación del riesgo y Frecuencia de inspección del Pie Diabético. [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2025 [citado "añadir día mes año"]. Disponible en: <https://www.heridasenred.com/monografia-clasificacion-del-riesgo-y-frecuencia-de-inspeccion-del-pie-diabetico>

En la [entrada anterior](#) sobre el pie diabético (PD) ya mencionamos los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de úlceras en el pie de la persona con diabetes mellitus (DM). Por lo tanto, para poder establecer el riesgo de que el paciente pueda desarrollar una úlcera de PD (UPD) las exploraciones que realicemos deberán ir orientadas en valorar todos esos factores de riesgo.

Pero antes de comenzar se nos puede ocurrir una pregunta, ¿cuándo realizar la 1ª exploración del pie en el paciente diabético? y ¿cada cuánto hay que repetirla? En general, se considera que en personas con DM-2 la exploración debe realizarse al debut y en DM-1 tras 5 años del diagnóstico. La frecuencia con la que se ha de realizar la exploración a los pacientes debe ir en relación con el riesgo detectado, estableciéndose como mínimo una revisión anual. [\(1\)](#)

Para establecer el riesgo del pie del paciente con diabetes, a la hora de realizar la exploración básica, diferentes sociedades científicas (la American Diabetes Association (ADA), la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), o el International Working Group of Diabetic Foot (IWGDF)) entre otros, [\(2,3\)](#) proponen trabajar con una serie de ítems que quedarían divididos en 5 apartados:

1. Historial clínico

Anamnesis sobre el tipo de DM y su año de inicio, último valor de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), patologías relacionadas con la DM (cardiovascular, renal y oftalmológica), antecedentes de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) y neuropatías, úlceras o amputaciones previas, así como tratamiento farmacológico y hospitalizaciones previas.

2. Anamnesis sobre hábitos y autocuidados

Valorar la autonomía del paciente para realizar el autocuidado del pie, capacidad cognitiva, visual y articular; valoración social (recursos y soporte familiar).

Averiguar los conocimientos sobre educación diabetológica, así como el grado de implicación con su propio autocuidado, hábitos tóxicos, grado de higiene, y/o las dificultades que presenta para poder llevarlos a cabo, etc.

3. Inspección de pies y calzado

Valorar si el calzado es adecuado.

Exploración morfológica y articular del pie para identificar deformidades en los dedos y prominencias óseas (dedos en martillo, hallux valgus), neuroartropatía (pie de Charcot) y pie cavo o plano.

Alteraciones ungueales (eritema periungueal, hemorragia, onicomycosis, onicodistrofia, uña encarnada).

En colaboración con:

Smith+Nephew

www.heridasenred.com



Alteraciones dérmicas (hiperhidrosis, micosis, anhidrosis).

Existencia de hiperqueratosis.

4. Exploración neurológica

Establecer la presencia y grado de neuropatía mediante la exploración de la sensibilidad superficial: táctil (pincel), dolorosa (“pimprick”) y térmica (barra térmica)”. La sensibilidad profunda: sensibilidad a la presión (Monofilamento de Semmes-Weinstein) y sensibilidad vibratoria (diapasón de 128 Hz). Y la sensibilidad profunda inconsciente: Reflejo rotuliano o aquileo.

Podemos indagar sobre los síntomas y signos utilizando las escalas Neuropathy Symptom Score (NSS) y Neropathy Disability Score (NDS) respectivamente.

5. Exploración Vascular

Detectar la presencia de EAP mediante palpación de pulsos (pedios, tibiales, poplíteos y femorales), índice tobillo brazo (ITB) o índice dedo brazo (IDB), maniobras de provocación (maniobra de Samuels, prueba de llenado capilar) y la inspección del pie valorando los signos clínicos típicos de la EAP (piel fina y brillante, uñas de los pies engrosadas y estriadas, y pérdida de vello), así como presencia de claudicación intermitente, para lo que podemos emplear el cuestionario de claudicación de Edimburgo. (4)

Los datos recogidos con la exploración completa nos orientarán sobre el nivel de riesgo del paciente. Las diferentes guías internacionales y documentos de consenso proponen clasificar el pie de riesgo en 4 categorías. (5)

Clasificación del riesgo y frecuencia de inspección:

RIESGO	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA DE INSPECCIÓN	ACTUACIONES (en función del riesgo)
BAJO	No neuropatía. No EAP. No deformidad en el pie.	Anual .	Exploración completa del pie (inspección y evaluación de neuropatía). Palpación de pulsos (pedios, tibial posterior, poplíteo y femoral). Educación para la salud en DM y autocuidado del pie. Control metabólico óptimo. Prevención de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV): tabaco, sedentarismo, obesidad, presión arterial, alimentación y colesterol.

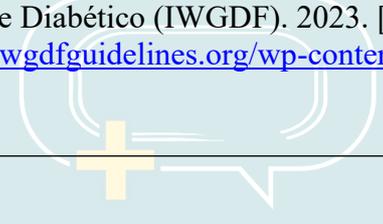


MODERADO	Neuropatía o EAP o deformidades en el pie.	Cada 3-6 meses.	<p>Mismas actuaciones que en caso de riesgo bajo y además:</p> <p>En caso de ausencia de pulsos y/o presencia de clínica de arteriopatía determinar ITB/IDB.</p> <p>Tratamiento de los FRCV: tabaco, sedentarismo, obesidad, presión arterial, alimentación y colesterol si los hubiera.</p>
ALTO	<p>Neuropatía y EAP. Neuropatía y deformidades en el pie. EAP y deformidades en el pie. Neuropatía o EAP junto con: Úlcera previa O amputación de miembro inferior O Enfermedad Renal Terminal</p>	Cada 1-3 meses.	<p>Mismas actuaciones que en caso de riesgo moderado y además:</p> <p>Educación de alto riesgo en DM.</p>
PIE DIABÉTICO	Úlcera activa.	Individualizada. Derivación si precisa a la unidad de pie diabético, cirugía vascular o traumatología.	<p>Valorar la cicatrización de la lesión mediante escala RESVECH 2.0.</p> <p>Determinar ITB/IDB en ausencia de pulsos y/o presencia de clínica vascular.</p> <p>Educación para la salud en DM, autocuidado del pie y educación de alto riesgo en DM.</p> <p>Cura tópica según TIMERS: adecuar el tratamiento local de la lesión según sea PD neuropático, neuroisquémico o isquémico.</p> <p>Alivio de presión (descargas) y/o calzado terapéutico.</p>



BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera M. Pie diabético. Bvsaludorg [Internet]. 2021 [Citado el 14 de diciembre de 2024];330–0. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1363273>
2. Perez Martinez I, Mohamed Villanueva E, Montoro Robles MI, Moh Ai-Lai Y, Martín Espinosa MT, Caparrós Cervantes AM. Guía para la prevención y cuidado del pie del paciente diabético [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2019. [Citado el 14 de diciembre de 2024]. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
3. Gómez Martín B, Cobos Moreno P. Podología preventiva. Conceptos básicos y autoevaluación. Universidad de Extremadura, Servicio de Publicaciones; 2023.
4. Lázaro Martínez JL, Álvarez Rodríguez L, Arizmendi Perez M, Cecilia Matilla A, Martínez Alcaraz R, Pla Sanchez F, et al. Guía Nacional del tratamiento Proactivo del pie diabético. Wound Hygiene. 2024.
5. Armstrong DG, Tan TW, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers: A Review. JAMA. 2023 Jul 3;330(1):62–75.
6. Guías para la prevención y el manejo de la enfermedad del pie relacionada con la diabetes. Grupo Internacional de Trabajo de Pie Diabético (IWGDF). 2023. [Internet]. [Citado 14 de diciembre de 2024}. Disponible en: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2024/06/Guia-Espanol-IWGDF-2023-final.pdf>



HERIDAS en red

