

MÓDULO II

ESCALAS DE VALORACIÓN DE HERIDAS.

Existen distintas escalas o diagramas de valoración de las heridas. En este módulo se explicarán las más utilizadas según tipo de herida.

- Diagrama de valoración de heridas.
- Diagrama de valoración de pie diabético Wagner.
- Clasificación de LPP.
- TIME
- San Elián.
- ITB: índice tobillo brazo
- VACAB: Valoración de carga bacteriana en heridas y úlceras.
- Benaim: utilizado en Quemaduras.

1. ESCALA DE VALORACIÓN PIE DIABÉTICO O WAGNER.

Esta escala permite valorar y clasificar las heridas y/o lesiones en los pies en usuarios diabéticos. Se realiza una valoración de la herida en base a 10 parámetros y luego se va seleccionando la opción que corresponde a cada uno. Se suman todos los puntos y según el resultado en números se clasifica como Grado 0,1,2,3,4 o 5.

GRADO	PTJE	TIPO LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
GRADO 0		Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.
GRADO 1	10-14 pts.	Úlceras superficiales	Destrucción íntegra de la piel
GRADO 2	15 – 23 pts.	Úlceras profundas	Penetra la piel, grasa, ligamentos, infectada, pero sin llegar al hueso
GRADO 3	24 – 32 pts.	Úlcera más profunda (absceso) osteomielitis	Extensa y profunda, secreción con mal olor.
GRADO 4	33 – 41 pts.	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta
GRADO 5	42 – 50 pts	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

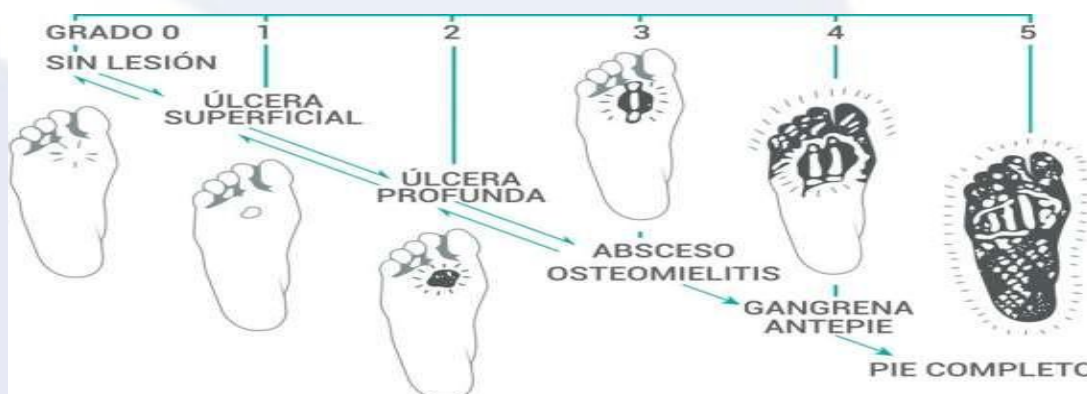


Diagrama de valoración de heridas pie diabético

GRADO	1	2	3	4	5
Aspecto	eritematoso	enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico grisáceo	Necrótico negruzco
Mayor extensión	0 - 1 cm	>1-3 cm	>3-6 cm	>6- 10 cm	>10 cm
Profundidad	0	>0-1 cm	>1-2 cm	>2-3 cm	>3 cm
Exudado cantidad	Ausente	Escaso	moderado	abundante	Muy abundante
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	purulento	Purulento gangrenoso
Tejido esfacelado/ necrótico	Ausente	<25%	25-50 %	>50-75%	>75 %
Tejido granulatorio	100%	99-75 %	<75-50 %	<50-25%	<25 %
Edema	Ausente	+	++	+++	++++
Dolor	0-1	2-3	4-6	7-8	9-10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada	Gangrena

A continuación, se detallarán cada uno de los parámetros a evaluar:

1) Aspecto.

Eritematoso	Aspecto rosado brillante, frágil, sin pérdida de la integridad cutánea.	
--------------------	---	---

Enrojecido	Aspecto rojo, vascularizado y frágil con pérdida de la epidermis.	
Amarillo pálido	Tejido de color blanco o amarillo pálido, fácil de recortar, húmedo.	
Necrótico grisáceo	Presencia de tejido muerto, de color gris opaco, de consistencia semi blanda, con humedad escasa. A veces cuesta recortarlo.	
Necrótico negruzco	Tejido muerto, de color negro opaco, duro, seco, muy difícil de recortar.	

2. Mayor Extensión.

- Se debe medir de borde a borde de la úlcera en el eje de mayor extensión. Si la extensión es mayor a 10 cm se aplicará → máximo puntaje.
- Si existen 2 úlceras separadas por más de tres cm, se deben medir por separado.



3. Profundidad.

- En úlceras cavitadas puede haber compromiso muscular, de tendones u óseo en este caso se debe → asignar el máximo puntaje.
- Si la úlcera tiene tejido necrótico o esfacelado, se debe desbridar antes de evaluar la profundidad.
- Si no contamos con regla estéril, se puede medir con pinza y determinar un aproximado.



4. **Exudado cantidad:** ya que no se puede medir la cantidad, se determinará en base a lo manchado que se encentren los apósitos.

Ausente	el apósito primario está seco al retirarlo.	
Escaso	el apósito primario está 50% humedecido.	
Moderado	Moderado: el apósito primario está 100% humedecido.	

Abundante	el apósito primario está totalmente húmedo, traspasando el exudado al apósito secundario en un 50% a 75%.	
Muy Abundante	Tanto el apósito primario como el secundario están empapados, llegando a la maceración de los bordes de la úlcera	

5. Exudado calidad: se observará y evaluara la calidad o tipo de exudado que se encuentre en la herida, existen distintos tipos:

- ✓ **Sin exudado:** no existe presencia de líquido.
- ✓ **Seroso:** líquido claro transparente, amarillo claro o rosado.
- ✓ **Turbio:** líquido más espeso que el anterior, de color blanco.
- ✓ **Purulento:** líquido espeso cremoso de color amarillo
- ✓ **Purulento gangrenoso:** líquido espeso, cremoso, de color verdoso o café.

Existen otros tipos de exudados que pudieran encontrarse de las heridas, pero éstos no se encuentran detallados en la normativa de escala de valoración

- ✓ **Contenido Achocolatado:** resulta de mezcla de pus con sangre
- ✓ **Contenido Purulento ceniza:** habitualmente es de color ceniza y se encuentra en usuarios con lesiones pancreáticas
- ✓ **Bilioso:** en usuarios con fistula biliar.



6. Tejido esfacelado o necrótico.

- El tejido esfacelado es de color blanco o amarillento, húmedo y fácil de recortar.
- El tejido necrótico es de color negro, duro, difícil de retirar.
- Ambos tejidos se ubican sobre la úlcera y su cantidad se mide en porcentaje en relación al total de la herida, si tiene más del 75% de la úlcera, obtendrá el máximo de puntaje.



7. Tejido de granulación.

Este tejido conectivo, es de color rojizo, húmedo y frágil que presenta la úlcera en la fase proliferativa de la curación. El mayor puntaje se asigna a la úlcera con <25% de tejido granulatorio.



IMPORTANTE:

Al sumar los porcentajes de tejido granulatorio y esfacelado/necrótico debe dar 100%

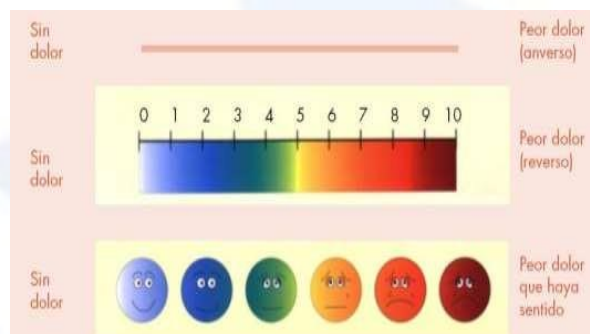
8. Edema.

- **Ausente:** no hay líquido subyacente alrededor de la úlcera.
- **Edema +:** al presionar alrededor de la úlcera, la piel se hunde levemente.
- **Edema ++:** el 50% del pie está edematoso.
- **Edema +++:** el 100% del pie está edematoso.
- **Edema ++++:** el pie está totalmente edematoso, afectando también la pierna.



9. Dolor.

- Puede ser generado por inflamación, presión sobre la úlcera (por vendajes demasiado apretados o sobrepeso con la ropa de cama), cambios en la cobertura, exposición atmosférica, o complicaciones en la úlcera.
- En usuarios consciente se realiza a través de la Escala Visual Análoga (EVA).
- En usuarios inconscientes y con úlceras mayor o igual al grado 3 se aplica el puntaje máximo.
- Pacientes con paraparesia: usar escala pictórica (caritas).



- En usuarios que no se pueda aplicar escala EVA ni ENA, se aplicara la siguiente escala:

Puntaje	Significado
0 - 1	0 = duerme bien sin analgésico
	1 = se despierta, pero se vuelve a dormir sin analgésico
2 - 3	2 = duerme con analgésico básico* solo en la noche
	3 = duerme con analgésico básico por horario
4 - 6	4-5 = no duerme con analgésico básico solo en la noche
	6 = no duerme con analgésico básico por horario
7 - 8	7 = duerme con analgésico potente** solo en la noche
	8 = duerme con analgésico potente por horario
9 - 10	9 = no duerme con analgésico potente solo en la noche
	10 = no duerme con analgésico potente por horario

10. Piel circundante.

Piel sana	Piel indemne.	
Piel descamada	Exfoliación de células, color plateado, blanco o tostado que indica sequedad de la piel, grietas y fisuras,	
Piel eritematosa	Piel enrojecida, irritada. Si se acompaña de calor local puede ser signo de infección.	
Piel macerada	Al estar en contacto con el medio húmedo. La piel se observa blanca, húmeda, con epidermis que se elimina espontáneamente.	
Piel gangrenada	Piel inflamada, con calor local, enrojecido y a veces de color oscuro (morado o café), frágil y dolorosa, que puede presentar crépitos a la palpación.	

2.- ESCALA DE VALORACIÓN DE HERIDAS.

Esta escala se aplicará en otros tipos de heridas que no posean escala de valoración propia, se evalúan los mismo 10 parámetros, los grados van de 1 a 4. Se aplica de la misma manera que la Escala Wagner.

GRADO	1	2	3	4
Aspecto	eritematoso	enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico
Mayor extensión	0 - 1 cm	>1-3 cm	>3-6 cm	>6 cm
Profundidad	0	<1 cm	>1-3 cm	>3 cm
Exudado cantidad	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	purulento
Tejido esfacelado/ necrótico	Ausente	<25%	25-50 %	>50%
Tejido granulatorio	100-75%	<75-50 %	<50-25 %	<25%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0-1	2-3	4-6	7-10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada

Resultados:

- **Herida tipo 1:** 10—15 puntos
- **Herida tipo 2:** 16 a 21 puntos.
- **Tipo 3:** 22 a 27 puntos
- **Tipo 4:** 28 a 40 puntos

Ejemplos de heridas:

- 1.- Herida post aseó quirúrgico por loxocelismo cutáneo.
- 2.- herida abrasiva accidente automovilístico.
- 3.- Absceso en espalda.



3.- ESCALA DE VALORACIÓN DE LPP

Escala de valoración que se aplica para clasificar las lesiones por presión. En la actualidad se agregaron 2 nuevos conceptos: lesiones inclasificables y de tejidos profundos.

Estadio I	Piel intacta con área localizada de eritema que no palidece, que puede tener un aspecto distinto en pieles de pigmentación oscura.	
Estadio II	Pérdida de espesor parcial de la piel con dermis expuesta. El lecho de la herida es viable, de color rosado o rojizo, este húmedo y también puede presentarse intacto o con una ampolla estallada llena de fluido.	
Estadio III	Pérdida de espesor total de la piel, la adiposidad es visible en la ulceración y es frecuente observar tejido de granulación y epibolia (bordes de la herida plegados). Es posible que presente esfacelo o necrosis	
Estadio IV	Piel de espesor total y pérdida de tejido con fascia, músculo, tendón, ligamento cartílago o hueso expuestos o directamente palpables en la ulceración.	
Lesión inclasificable	Pérdida total de espesor de la piel o de los tejidos de profundidad desconocida, no se puede confirmar la extensión del daño tisular de la herida por estar ocultos por el esfacelo o la escara, si se retira este tejido queda lesión estadio III o IV, No se debe quitar la escara cuando sea estable.	
Lesión de tejidos profundos	Decoloración persistente que no palidece de color rojizo, pardo o violáceo o separación epidérmica que revela un lecho de la herida de color oscuro o una ampolla llena de sangre. Produce por una y por fuerzas de cizalla en los puntos de contacto hueso-músculo.	

4.- TIME

La Asociación Europea de Manejo de Heridas, en el 2003, describió esta estrategia, llamada TIME, que resume 4 aspectos claves, en el proceso de curación de una herida, centrado en el lecho de la herida.

Esta escala de valoración es poco utilizada en los Centros de salud públicos del país. Permite priorizar las necesidades de la herida para reactivar el proceso de cicatrización. No es lineal, en cada herida va cambiando.

Es una estrategia integral y continua del cuidado de heridas, ofrece ventajas para la reducción del costo económico del tratamiento de éstas.



Se debe evaluar cada uno de estos 4 conceptos: tejido, Infección, exudado y bordes epiteliales. Al observar estos 4 puntos en la herida, se escribe lo que observamos y nuestro plan de cuidados específico, ya sea para mejorar o mantener lo observado.

	Ejemplo de actividades
T	✓ Control del tejido presente en la herida, ✓ Desbridar la úlcera. ✓ Eliminar los tejidos necróticos no viables. ✓ Visualizar los tejidos subyacentes, aliviar la presión y estimular la curación. ✓ Uso de antisépticos.
I	✓ Controlar la inflamación e infección. ✓ Aplicar escala VACAB. ✓ Reducción de carga microbiana con la desinfección. ✓ Posición adecuada de la zona lesionada, compresión. ✓ Uso de antibióticos, toma de cultivo, etc.
M	✓ Control de la humedad: gestión del exudado (proporcionar o reducir la humedad presente en la herida), mantener un ambiente húmedo fisiológico. ✓ Evaluar el fondo de la herida. ✓ Seleccionar el apósito para la herida acorde al tipo de tejido que optimice la gestión del exudado.
E	✓ Control de bordes y piel perilesional. ✓ Proteger los bordes y piel perilesional de la maceración o desecación.



Ejemplo:



	CARACTERISTICAS OBSERVADAS	ACCIONES A REALIZAR
T	Se observa: exposición de tendones, tejido esfacelado, coloración rojiza, tejido granulatorio. profunda	Desbridamiento del tejido esfacelado. Protección con hidrogel y tull los tendones.
I	Sin presencia de edema, sin evidencias de color, leve eritema en piel circundante lateral.	Uso de desinfectantes en la curación. Mantener en posición elevada la extremidad.
M	Bordes de la herida macerados especialmente en zona interdigital.	Uso de alginato u otro apósito que disminuya el exudado. Uso de gasa interdigital.
E	Bordes definidos en herida, macerados en zona lateral,	Retiro de costras sueltas en bordes. Uso de alginato en borde.

5.- VACAB: ESCALA DE Valoración de carga bacteriana en heridas y úlceras (INH)

- Escala creada por el Instituto Nacional de heridas (INH).
- Permite identificar qué tipo de carga bacteriana presenta la herida, esto permite optimizar el manejo y detectar de manera certera la infección y no tratar con tratamiento sistémicos antibióticos a úlceras que no lo requieran.
- Dependiendo de la clasificación en que se encuentre la herida evaluada, será el apósito que se elegirá.

TABLA 8: VALORACIÓN DE CARGA BACTERIANA, HERIDAS Y ÚLCERAS, (VACAB) FINH

	Epitelización	Colonización Baja	Colonización Crítica	Infección
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido Esfacelado más Necrótico	Piel cicatrizada	0%	≥1% - 100%	≥25% -100%
Piel circundante	Sana, Pigmentada, Descamada	Sana, Pigmentada, Descamada o Macerada	Sana, Pigmentada, Descamada o Macerada	Eritematosa
Calor local	NO	NO	NO	Sí

IMPORTANTE:

- Si la herida presenta tejido esfacelado o necrótico ya está COLONIZADA.
- Toda herida abierta se considera con colonización crítica y ya se está formado biofilm. (por lo tanto, se debería usar desinfectante)
- Con 1 solo criterio en infección, ya se considera INFECTADA (excepto si es tejido esfacelado o necrótico). Cualquiera de los otros 3 por sí solo se considera infección.
- En una UPD la piel puede presentar más de una característica, como por ejemplo 30% de piel macerada y 70% de piel sana, en este caso la atención estará dirigida a resolver el problema más complejo que será la maceración.

Clasificación escala VACAB.

- **Colonización baja:** Los microbios transitorios logran crecer y multiplicarse, pero en cantidades bajas. Clínicamente la lesión presenta 100% de tejido granulatorio y el exudado es seroso. El exudado frecuentemente es bajo, pero también se puede encontrar exudado moderado a abundante, en especial en UPD con pie edematoso.
- **Colonización crítica:** Las especies microbianas transitorias logran crecer y multiplicarse, pero en cantidades más altas que en el anterior, pero producen daños al huésped, sin llegar a la infección. Clínicamente se tiene una lesión con tejido esfacelado o necrótico, sin presentar los signos clásicos de infección. El exudado es turbio y siempre presentará del 1% al 100% de tejido esfacelado y/o necrótico. El retraso en la cicatrización y aumento de dolor reflejan una posible progresión hacia la infección manifiesta.
- **Infección:** Las especies microbianas transitorias logran crecer y multiplicarse en cantidades más altas que en la colonización crítica, con daños al huésped. Clínicamente se tiene una lesión con 25% a 100% de tejido esfacelado o necrótico, con dolor, edema, calor local, exudado purulento y eritema perilesional.

6.- CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS BENAİM

Existen varias clasificaciones de las quemaduras, en Chile la más utilizada es la creada por el Dr. Fortunato Benaım (1950), las clasifica según la profundidad que posea la quemadura. Esta clasificación determinará la evolución clínica y el espesor real de la lesión durante el primer momento de atención.

Existen otros tipos de escalas:

- **Benaım:** Clasifica las quemaduras en tipo A, AB, B.
- **Converse- Smith:** primer, segundo (superficial y profundo) y tercer grado.
- **ABA:** epidérmica, dérmica superficial, dérmica profunda, espesor total.

Tabla 1: Profundidad de las quemaduras, según distintas clasificaciones.

Clasificación			Nivel histológico	Pronóstico
Benaım	Converse-Smith	ABA		
TIPO A	Primer grado	Epidérmica	Epidermis	No necesita injerto. Debería curar espontáneamente en 7 días sin secuelas.
TIPO AB-A	Segundo grado superficial	Dérmica superficial	Epidermis y dermis papilar	Debería epidermizar espontáneamente en 15 días con secuelas estéticas. Si se complica puede profundizarse.
TIPO AB-B	Segundo grado profundo	Dérmica profunda	Epidermis y dermis papilar y reticular sin afectar fanéreos profundos	Habitualmente termina en injerto con secuelas estética y/o funcional. Puede requerir escarectomía tangencial.
TIPO B	Tercer grado	Espesor total	Epidermis, dermis e hipodermis (tejido celular subcutáneo), pudiendo llegar inclusive hasta el plano óseo	Requiere escarectomía precoz, e injerto o colgajos.

Fuente: Consenso de expertos 2007

Profundidad de las quemaduras según F. Benaım.

	TIPO A	TIPO AB	TIPO B
Aspecto clínico	Flictenas color rojo. Turgor normal	=	Sin flictenas, color blanco, grisáceo, sin Turgor
Dolor	Intenso	=	Indoloro
Evolución.	Regeneración	=	Escara
Curación por	Epitelización espontánea.	=	Cicatrización por injerto
Resultado estético	Excelente	=	Deficiente

Quemaduras graves.

- Dificultan la respiración.
- Cubren más de una parte del cuerpo.
- Zona especial: cabeza, cuello, manos, pies o genitales, pliegues.
- Edad límite: niño o un anciano.
- Tercer grado, independientemente de su extensión y localización.
- Sustancias químicas, explosiones o electricidad.
- **Pueden ser mortales; por lo tanto, necesitan atención médica lo antes posible.**

Quemaduras tipo A.

- Epidermis, parte de la dermis o ambas.
- Reproducción de células epidérmicas suficientes para reemplazarlas entre 7 a 10 días.
- Causada por exposición al sol, exposición instantánea a otra forma de calor.

Se dividen en 2:

- **Eritematosas:** hay vasodilatación, eritema irritación de las terminaciones nerviosas que produce: escozor, prurito y a veces dolor.
- **Flictenulares:** aparecen flictenas por la salida de plasma a través de los vasos capilares superficiales.



Quemadura intermedia o AB.

- Plexo vascular superficial esta trombosado, la epidermis y el cuerpo papilar totalmente destruidos, no hay posibilidad de regeneración epitelial.
- La zona afectada presenta color rosado blanquecino, sin flictenas, poco dolor por quemadura de terminaciones nerviosas.
- El proceso de cicatrización se realiza en un plazo de 3 a 4 semanas y resultado final → cicatriz plana.



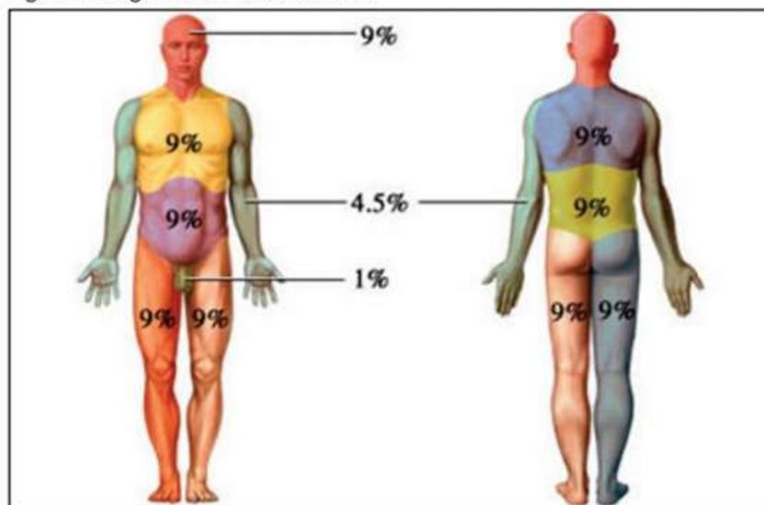
Quemadura profunda o B.

- Destrucción total de la piel, indolora, piel acartonada, dura sin turgor, tiene color blanco, gris, marmóreo, coagulación de los vasos superficiales.
 - Destrucción completa de epidermis, dermis generando una escara: castaño negruzco.
- Afectan vasos sanguíneos, tendones, nervios, músculos y pueden llegar a lesionar el hueso.
 - Contacto prolongado con elementos calientes, cáusticos o por electricidad.

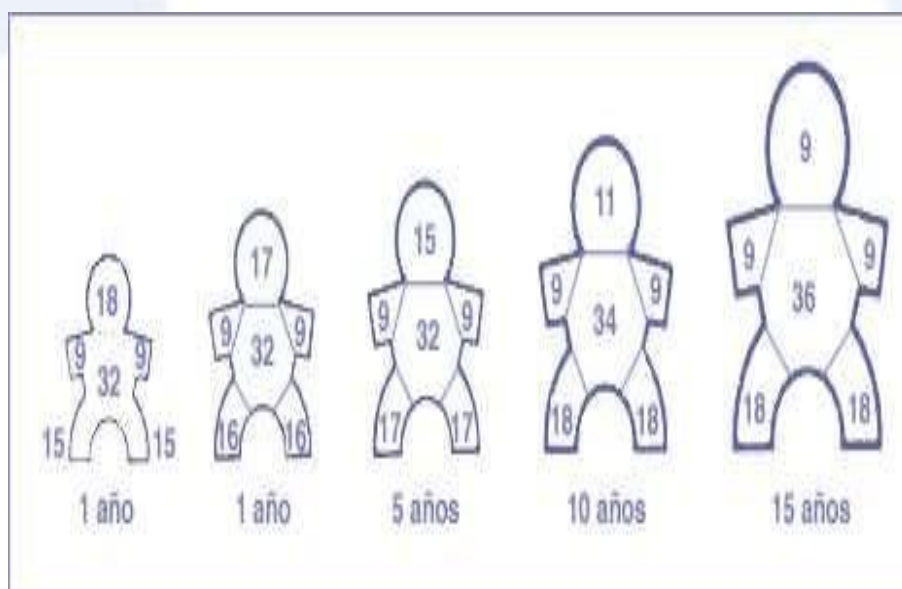


Porcentajes de las quemaduras.

Figura 1: Regla de los 9 de Wallace



Cabeza y cuello: 9%
Tórax: 9%
Abdomen: 9%
Espalda completa: 18%
Extremidad superior: 9% c/u
Extremidad inferior: 18% c/u
Genitales: 1%



**Regla
palma de la
mano 1%**

7.- ESCALA SAN ELIÁN.

Esta escala se utiliza al ingreso de todo paciente a APS con el diagrama de Valoración de Carga Bacteriana, Heridas y Úlceras, de la Fundación Instituto Nacional de Heridas (FINH).

Permite decidir nivel de atención donde se derivará para la realización de las intervenciones y evaluar la evolución o pronóstico que tendrá.

Aplicar al inicio (severidad y derivación), cada 7 días si está infectada o cada 15 a 30 días si no lo está.

Permite medir el efecto terapéutico de las intervenciones y realizar ajustes de ser necesario, así como también detectar la persistencia de la úlcera.

ESCALA DE SAN ELIÁN PARA DETERMINAR SEVERIDAD Y CLASIFICACIÓN DE LA HERIDA EN PIE DIABÉTICO		
1 punto	2 puntos	3 puntos
1. Localización de la herida primaria		
☐ Falanges 	☐ Metatarsal 	☐ Tarsal 
2. Localización topográfica		
☐ Dorsal o plantar	☐ Lateral o medial	☐ Dos o más
3. Número de zonas afectadas (ver 1)		
☐ Una	☐ Dos	☐ Tres
4. Isquemia (0 puntos: Sin isquemia, sin signos ni síntomas, pulsos pedio y/o tibial posterior (TP) palpables, o ITB 0.90-1.2)		
☐ Pulsos palpables, levemente disminuidos o ITB 0.89-0.7* o IDB 0.74-0.6**	☐ Pulsos débiles, poco palpables o ITB 0.69-0.5* o IDB 0.59-0.3**	☐ Sin pulsos palpables o ITB <0.5* o IDB <0.3**
5. Infección (0 puntos: sin signos de infección)		
☐ Eritema <2 cm, descarga purulenta, caliente, doloroso	☐ Eritema >2 cm, infección en músculo, tendón, articulaciones o hueso	☐ SIRS***, hiperglicemia o hipoglicemia secundaria
6. Edema (0 puntos: sin edema)		
☐ Alrededor de la herida	☐ Un pie o una pierna	☐ Bilateral, secundaria a comorbilidades
7. Neuropatía (0 puntos: sin neuropatía)		
☐ Sensibilidad protectora disminuida a monofilamento o diapason de 128 Hz	☐ Sensibilidad protectora ausente a monofilamento o diapason de 128 Hz	☐ Pie de Charcot o Neurosteoartropatía diabética
8. Área		
☐ Pequeña (<10 cm ²)	☐ Mediana (10-40 cm ²)	☐ Grande (>40 cm ²)
9. Profundidad		
☐ Superficial (piel)	☐ Tendones, fascia, músculos	☐ Articular, huesos
10. Etapa de Cicatrización		
☐ Epitelización	☐ Granulotoria	☐ Inflamatoria
Suma de los puntos		
☐	☐	☐
TOTAL PUNTAJE =		

Se debe ir marcando la alternativa a cada uno de los 10 puntos que se evalúan, según el puntaje total obtenido se determina el grado de severidad. Pronóstico de este usuario y el nivel de atención donde se derivará.

Puntaje total	Grado de severidad	Pronóstico	Nivel de Atención
≤10	I (Leve)	Buen pronóstico de cicatrización exitosa. Bajo riesgo de amputación de extremidad inferior. Posibilidad de curación 90%	Manejo en APS.
11-20	II (Moderado)	Amenaza parcial, resultado proporcional al esfuerzo terapéutico. Posibilidad de curación 70% (<30 % de riesgo de amputación).	Manejo en APS. Nivel secundario si presenta hueso expuesto con signos de infección de tejidos subyacentes a la úlcera.
21-30	III (Severo)	Amenaza a la extremidad y la vida, resultado no proporcional al esfuerzo terapéutico. Posibilidad de curación 30% (>70% de riesgo de amputación)	Derivación inmediata al nivel terciario, servicio de cirugía o SU

Ítems a evaluar:

1.- localización de la herida primaria: se le consulta al paciente donde comenzó originalmente la lesión, puede ser:

- Falanges: dedos del pie.
- Metatarsal: de los dedos hasta la mitad del pie.
- Tarsal: en la zona de talón.

2.- Localización topográfica: segmento del pie donde se encuentra actualmente la lesión (al aplicar la escala).

- Dorsal o plantar.
- Lateral o Medial: a nivel de la cabeza del 5° metatarsiano o a nivel de la cabeza de 1° metatarsiano.
- Dos o más zonas

3.- Numero de zonas afectadas: el numero de zonas que están afectadas por la úlcera de pie diabético, pueden ser 1, 2 o 3. Las lesiones que se encuentran a 3 o menos de 3 cm se consideran como 1 sola.

4.- Isquemia: se evalúa midiendo el ITB (índice tobillo brazo) o con la palpación de pulsos en caso de no contar con equipo para medir ITB. Si el paciente No tiene síntomas de isquemia se asignan 0 puntos (tiene pulsos tibial y pedio de intensidad normal).

5.- Infección: se clasifica en 3 categorías leve, moderada o grave. Si no posee signos de infección se asigna puntaje 0.e

- Leve: Eritema < 2 cm, inflamación, dolor local, induración, calor, secreción purulenta de la úlcera y que afecta solamente al tejido subcutáneo.
- Moderada: Eritema ≥ de 2 cm, con exposición de músculo, tendón, articulación o hueso, abscesos.
- Grave: Signos anteriores más compromiso sistémico del paciente, puede presentar hiperglicemia o hipoglicemia secundaria y/o respuesta inflamatoria sistémica.

6.- Edema: se evaluará según la localización del edema, si no tiene edema se aplicara puntaje 0.

- Leve: Alrededor de la herida.

- Moderado: Se encuentra afectado el pie por completo o la pierna que presenta la úlcera. En el caso de que se vea afectado >50% de un solo pie, es considerado como un pie completo por lo cual tendrá 2 puntos.
- Grave: Ambas extremidades (bilateral) secundaria a comorbilidades.

7.- Neuropatía: se evaluará con el resultado del diapasón o monofilamento, si no tiene alteración se aplicará puntaje 0.

- Inicial o leve: Sensibilidad protectora disminuida con diapasón 128 Hz o 2 de 3 puntos con monofilamento de 10 g (Aquí se evalúan sólo 3 puntos del monofilamento ya que corresponde a un sistema abreviado).
- Avanzada o moderada: Sensibilidad protectora ausente con diapasón 128 Hz 2 de 3, o al monofilamento 10 g.
- Grave Presencia pie de Charcot neuro-osteoartropatía diabética.

8.- Área de la herida: se mide en cm² (medir largo por ancho)

- Pequeña: Menor de 10 cm² (equivale al área de 2 monedas de 500 pesos).
- Mediana: Entre 10 a 40 cm² (equivalente entre el área anterior y el área de una tarjeta de crédito).
- Grande: Mayor a 40 cm² (mayor al área de una tarjeta de crédito).

9.- Profundidad: se evalúa según las capas de la piel afectadas.

- Superficial: Puede afectar a la epidermis, dermis, o hipodermis (tejido subcutáneo).
- Parcial: Si además de piel completa afecta músculo, fascias o tendones.
- Total: Si además de piel completa, tendones, fascia y músculos se afecta hueso y articulaciones.

10.- Etapa de cicatrización: son las características propias que posee la herida al momento de aplicar la escala.

- Leve: Fase de Epitelización.
- Moderada: Fase Granulación.
- Grave: Fase Inflamatoria.

Referencias bibliográficas.

Guía clínica de curación avanzada de las úlceras de pie diabético. MINSAL

Orientación técnica Pie Diabético, 2018. MINSAL