



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADEMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 2 "JUANA DE ASBAJE"

DELEGACION NORTE

CONOCIMIENTOS DEL MEDICO FAMILIAR

EN LOS SIGNOS DE ALARMA DEL PIE DIABETICO

TITULO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ALFREDO VAZQUEZ LOPEZ

MÉXICO D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL .

	PAGINA
I. TITULO	
II. MARCO TEORICO	1
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV. JUSTIFICACION	8
V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	9
V.1 Objetivo general	9
V.2 Objetivos Específicos	9
VI. HIPOTESIS	10
VII. METODOLOGIA	11
V.1 Tipo de estudio	11
V.2 Población, lugar y tiempo de estudio	11
V.3 Tipo y tamaño de la muestra	12
V.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	13
V-5 Información a recolectar	13
V.6 Método o procedimiento para captar la información	17
V.7Consideraciones éticas	18
VIII. RESULTADOS	20
VIII.1 Descripción de los resultados	21
VIII.2 Tablas y graficas	24
IX. DISCUSION	44
X. CONCLUSIONES	45
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
XII. ANEXOS	49

II.- MARCO TEORICO.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen alrededor de 140 millones de personas con Diabetes Mellitus (DM) en el mundo, y se estima que esa cifra se elevará a 300 millones en los próximos 25 años ⁽²⁵⁾. Los problemas del pie Diabético son muy comunes a través del mundo ocasionando graves consecuencias para el paciente, su familia y la sociedad ^(1, 11, 20, 23, 41.).

Se ha calculado que al menos 15% de los diabéticos padecerá durante su vida de ulceraciones en el pie; de igual forma, alrededor de 85% de los diabéticos que sufren amputaciones previamente ha padecido una úlcera. Los problemas del pie del diabético originan cerca de 60 mil amputaciones mayores al año en países como Estados Unidos de Norteamérica con un costo anual de 200 millones de dólares y con un promedio de hospitalización aproximado de 22 días ^(24, 28, 38).

En forma paradójica, al resolver el reto médico y tecnológico que significó el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones agudas de la diabetes y aumentar la longevidad del paciente, se incrementó el número y la frecuencia de las complicaciones crónicas, donde el pie del diabético es la triste bandera de la mutilación funcional y corporal del enfermo ^(5, 14, 21).

En México cada año se registran más de 180 mil casos nuevos de DM, siendo la causa de aproximadamente 36 mil defunciones anuales por complicaciones de esta enfermedad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) considerándose que diariamente mueren en promedio 40 derechohabientes por complicaciones de dicha enfermedad. La mitad de las amputaciones en pacientes diabéticos puede ser prevenida con una detección temprana y tratamiento oportuno de las manifestaciones clínicas ^(5, 10, 23).

El control metabólico, la educación del paciente y el buen cuidado de los pies podrían disminuir la morbimortalidad asociada con los problemas de los pies en dichos pacientes (1, 7, 10, 11, 12, 19).

La importancia epidemiológica contrasta con la atención preventiva que el paciente diabético debiera recibir en el cuidado de los pies, sin embargo menos del 20% es examinado de los pies de manera regular por el personal Médico (11, 12, 23,)

Es conveniente realizar siempre una exploración completa e intencionada de las extremidades inferiores, ya que esto se suma a los procesos de atención integral del paciente diabético, debiendo tomarse en cuenta que las alteraciones de las extremidades inferiores son manifestaciones secundarias a trastornos vasculares que también están ocurriendo en otros órganos lo cual nos permite realizar un diagnóstico oportuno del paciente. Si logramos diagnosticar o mejor aún prevenir las alteraciones vasculares de las extremidades inferiores con oportunidad, puede brindarle al paciente diabético una mejor calidad de vida (5, 8, 10, 17).

El pie es una maravilla biomecánica que consta de 29 articulaciones (9 mayores), 26 huesos y 42 músculos para realizar coordinada y armónicamente las funciones básicas de movimiento, soporte, marcha y equilibrio. La piel plantar posee un estrato córneo que responde normalmente a las demandas de fuerza, estrés, marcha, peso corporal y ejercicio. En las áreas de la piel con mayor presión por el calzado, aumenta su queratinización formando callosidades las cuales fácilmente se fragmentan y ulceran tanto en personas diabéticas de mediana edad como en adolescentes, además de incrementar la severidad de la neuropatía en el área afectada. (7, 15, 18, 19, 31,32, 33, 34, 39).

La DM es el motivo más frecuente de polineuropatía, alrededor de 50% de las personas diabéticas presentan alteraciones neuropáticas en los 25 años siguientes al diagnóstico. Es responsable de poco más de 90% de todas las amputaciones no traumáticas (9, 10, 24).

Bajo el término neuropatía diabética, se pueden aludir conceptos clínicos, bioquímicos y patológicos. El síndrome más común es la polineuropatía simétrica distal, que es una neuropatía sensorial y motora de distribución en “guante y calcetín” con manifestaciones sensoriales como adormecimiento y disestesias pero también con manifestaciones dolorosas (4, 12, 13, 40, 41).

El pie es particularmente vulnerable a daños circulatorios y neurológicos, y el menor trauma puede causar úlceras o infecciones. La enfermedad macrovascular de las extremidades inferiores es más común y progresa más rápidamente en presencia de DM, y tiene una distribución peritibial característica (6, 11, 15, 17).

De tal forma, el pie diabético es muy vulnerable a las heridas que son uno de los problemas más temidos por ser el inicio de ulceraciones con afectación importante de la calidad de vida (2, 7, 14, 35, 36, 38).

La enfermedad vascular periférica es una complicación crónica resultado de trastornos metabólicos que alteran la pared vascular con disminución del calibre intraluminal del vaso sanguíneo afectando principalmente los ojos, el riñón, las extremidades inferiores, así como neuropatía periférica y lesiones macrovasculares cerebrales y coronarias. En nuestro país se considera que el 50% de todas las amputaciones están asociadas con enfermedad vascular periféricas secundaria a DM. Las lesiones vasculares que afectan pequeñas vénulas y capilares (microangiopatía) así como arterias de mediano calibre (ateroesclerosis) deterioran

la circulación general, afectando principalmente piernas y pies favoreciendo la neuropatía diabética (16, 37, 41, 42).

La combinación de los factores descritos: Neuropatía, angiopatía debida a cambios en la microcirculación, junto con el alto riesgo de infección y las presiones intrínseca y extrínseca originadas por las malformaciones óseas en los pies, desencadenan la aparición del pie diabético. Según el sexo, edad y población, la prevalencia de úlceras varía de 2 a 6%, se ha calculado que al menos 15% de los diabéticos padecerá durante su vida de ulceraciones en el pie, de igual forma, alrededor de 85% de los diabéticos que sufren amputaciones previamente ha padecido una ulcera (2, 3, 4, 36, 37,38).

La ulcera neuropática o mal perforante plantar, secundaria a la polineuropatía que altera la sensibilidad protectora y la biomecánica del pie, predice frecuentemente a la amputación. La neuropatía y los procesos isquémicos son los principales determinantes del pie diabético pero a ellos suelen agregarse otros mecanismos y factores de riesgo. Desde hace algunos años se ha venido considerando el papel etiopatogénico de las infecciones micóticas superficiales, las cuales pueden ser completamente asintomáticas y pasar inadvertidas a menos que se busquen intencionadamente. La entidad más común es la micosis superficial no complicada que se localiza entre los dedos de los pies principalmente entre el 4° y 5°. La maceración de la piel produce soluciones de continuidad a través de las cuales pueden penetrar bacterias que dan lugar a infecciones de los tejidos blandos de tipo de la celulitis. Por las características anatómicas del pie la propagación de los procesos sépticos siguiendo el trayecto de las fascias es un proceso rápido y agresivo (7, 11, 20, 22, 37).

La Norma Oficial Mexicana nos refiere acerca del pie diabético, que la neuropatía periférica o la enfermedad vascular periférica, puede conducir a ulceración, infección y gangrena de los

miembros inferiores. Los factores de riesgo incluyen, principalmente, calzado inadecuado, deformidades del pie, incapacidad para el autocuidado, descuido, alcoholismo y tabaquismo. Las estrategias para prevenir el pie diabético son educación del paciente, control de la glucemia, inspección periódica, autocuidado de los pies y envío oportuno al especialista en caso de infección agregada^(3,4,13).

En cuanto a la referencia al especialista o al segundo nivel de atención en caso de complicaciones graves, como cetoacidosis o coma hiperosmolar en más de una ocasión durante el último año, retinopatía preproliferativa o proliferativa, glaucoma o edema macular, cardiopatía isquémica, insuficiencia carotídea, insuficiencia arterial de miembros inferiores, lesiones isquémicas o neuropáticas de miembros inferiores, neuropatías diabéticas de difícil control o infecciones frecuentes ^(10,36,41).

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la Diabetes Mellitus representa uno de los problemas más importantes de Salud Pública con características de epidemia, actualmente se registran más de 180 mil casos nuevos y 36 mil defunciones. Cada vez se requiere establecer estrategias efectivas de intervención tanto para diagnosticarla más oportunamente y evitar llegar a sus consecuencias tardías, así como establecer, corregir y limitar sus complicaciones (3.4.12.15).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la DM se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de Medicina Familiar, y en el primer lugar en la consulta de Especialidades; es la causa de un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez. Fue la principal causa de mortalidad en población derechohabiente en edad productiva durante el año de 2003 con el 36.8 de una tasa de 100 mil y la principal causa de mortalidad en todas las edades con el 55.1%. El pie diabético es una de las principales complicaciones de la DM, siendo causante del 50 a 70% de las amputaciones en miembros inferiores con una mortalidad asociada al año de 3 al 7% y del 50% en los tres años siguientes. La recurrencia de amputación a cinco años es del 40% (21).

La Dra. Victoria Cueva Arana Especialista en Medicina Familiar del Estado de Guerrero y colaboradores, en su estudio sobre complicaciones del pie diabético y factores de riesgo asociados, llegó a la conclusión de que el 50% de los médicos encuestados desconoció los signos de alarma del pie diabético (1).

Lo que nos lleva a plantear la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el porcentaje de conocimiento que tiene el Medico Familiar sobre el pie diabético?

IV.- JUSTIFICACION

El pie diabético es una de las complicaciones más temidas de la DM de larga evolución, constituye una causa frecuente de amputación e invalidez, y representa un elevado costo económico y social.

Frente a este problema médico, social y económico, lo más valioso que un sistema de salud puede ofrecer es la prevención. La educación comienza desde la primera atención. El paciente y sus familiares, deben ser informados constantemente de la necesidad de mantener un buen cuidado de los pies. Los Médicos de primer contacto tienen un conocimiento bajo de este padecimiento, lo que lo convierte en otro factor de riesgo para la evolución a complicaciones del pie diabético.

Aspectos epidemiológicos:

- Un 8% a 10% de las personas con diabetes presentará en su vida lesiones del pie.
- Un 5% a 10% será amputado.
- Un 20% de las hospitalizaciones en pacientes diabéticos son por lesiones del pie.
- Un 50% de los amputados volverá a amputarse al cabo de 5 años.
- Las úlceras son responsables de aproximadamente el 85% de las amputaciones.
- El 50% de los amputados fallecerá dentro de los 3 años que siguen a la amputación.

V.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Objetivo General

Determinar el porcentaje de conocimientos que tiene el Medico Familiar sobre las complicaciones del pie diabético.

Objetivos Específicos

- Identificar las variables edad y sexo de los Médicos encuestados.
- Identificar el porcentaje de Médicos con formación de Medicina Familiar
- Identificar el porcentaje de Médicos Generales.
- Identificar el porcentaje de conocimiento que tienen los Médicos sobre el pie diabético, a través de una encuesta validada de 10 preguntas, que exploran Prevención, Etiología, Factores de riesgo, Signos de alarma, Envío oportuno a segundo nivel.

VI.- HIPOTESIS

No es necesario por el diseño del estudio

VII.- METODOLOGIA

- **Tipo de estudio**

Observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo, abierto.

- **Población, lugar y tiempo de estudio**

El estudio se realizará con Médicos Familiares de ambos turnos de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) N° 5, 13, 17 y 33 de la Delegación 1 NO del DF.

La UMF 5, localizada en Marina Nacional esquina Mariano Escobedo s/n Colonia Anáhuac, Delegación Miguel Hidalgo. Sus vías de red de transporte público sobre las avenidas mencionadas con un número de Médicos adscritos de 44 en ambos turnos.

El Hospital de Gineco-Obstetricia con Medicina Familiar N° 13, localizada en Avenida Reforma N° 6 esquina calle aztecas. Delegación Azcapotzalco. Sus vías de red de transporte público en avenida Reforma y avenida Aquiles Serdán con un número de Médicos adscritos de 32 en ambos turnos.

La UMF N° 17, localizada en Calzada de Legaria No. 354 esquina calle Ximilpa, Colonia Pensil, Delegación Miguel Hidalgo. Sus vías de red de transporte público sobre Calzada Legaria con número de médicos adscritos 40 en ambos turnos.

La UMF N° 33, localizada en Avenida de las Culturas esquina Renacimiento Colonia Rosario, Delegación Azcapotzalco. Sus vías de red de transporte público en Avenida de las Culturas y Avenida Parque Vía con número de médicos adscritos de 58 en ambos turnos.

Se realiza el estudio del 01 de septiembre del 2004 al 31 de octubre del 2005.

El instrumento de recolección de datos fue una encuesta estructurada que, además de los datos generales de los médicos encuestados, incluyó diez preguntas sobre etiología, fisiopatología, identificación de signos de alarma, prevención y criterios de envío a segundo nivel; cada pregunta es de opción múltiple y si el médico contestaba más de seis aciertos (60%) se consideró que sus conocimientos son regulares, mientras que fueron considerados

escasos al contestar menor de 5 aciertos (50%). El instrumento que se utilizó en el presente estudio fue validado inicialmente por un grupo nominal de expertos en investigación del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” y se publicó en la Revista Medica del IMSS de Noviembre del 2003; 41(2): 97-104 reforzando su validez posteriormente por medio de una prueba piloto realizada en la UMF 40 con 10 Médicos Familiares, sin necesidad de hacer cambios en la redacción del instrumento.

Una vez otorgada la autorización de los Jefes de Enseñanza y de Departamento Clínico de las UMF N° 5, 13, 17 y 33 de ambos turnos, durante el transcurso de la jornada de trabajo, se solicitó a cada uno de los MF su autorización para participar en el estudio a través de una hoja de consentimiento informado, proporcionando el cuestionario durante el inicio de su turno y recuperándolo al final de la jornada, revisando que se haya contestado el 90% de las preguntas. La recolección de datos se efectuó del 01 de junio al 31 de julio del 2005.

- **Tipo de muestra y tamaño de la muestra.**

El tipo de muestra es un muestreo no probabilístico, tipo censo, en donde todos los Medico Familiares de las UMF involucradas, un total de 156 Médicos, quienes tienen la misma probabilidad de ser elegidos para la realización del estudio.

Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Criterios de Inclusión:

- Médicos Familiares de base, 02 y 08
- Médicos Generales con categoría de Médico Familiar
- Sexo indistinto
- Ambos turnos

Criterios de Exclusión:

- Que no se encuentren el día que se aplique la encuesta.
- Que no acepten participar.

Criterios de Eliminación:

- Llenado incompleto de la cédula, en un 90%.
- **Información a recolectar**

VARIABLE INDEPENDIENTE

CONOCIMIENTOS DEL MEDICO FAMILIAR

Definición Conceptual

Destrezas, actitudes y habilidades que se logran adquirir para mantener y mejorar la salud.

Definición Operacional

Información que tiene el Medico Familiar sobre la etiopatogenia, fisiopatología, prevención, tratamiento y derivación adecuada de los pacientes con pie diabético.

VARIABLE DEPENDIENTE

PIE DIABETICO

Definición Conceptual

Pie diabético es una complicación de la DM, originada por control inadecuado de las cifras de glucosa elevadas, con afectación a la microcirculación, (neuropatía y angiopatía), junto con factores de riesgo, calzado inadecuado, deformidades del pie, incapacidad para el autocuidado, pobreza, la falta de higiene (descuido), alcoholismo y tabaquismo que potencian el impacto de las lesiones ulceraciones, gangrena y amputaciones.

Definición Operacional

Identificar la etiopatogenia, fisiopatología, prevención, tratamiento y derivación adecuada de los pacientes con pie diabético que desarrollen úlceras en los pies. Porcentaje de respuestas correctas obtenidas al final de una encuesta validada sobre el pie diabético.

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo cronológico de vida de un ser humano	Grupos de edad por decenios para su medición	Cualitativa Continua de Razón	30 a 39 a. 40 a 49 a. 50 a 59 a. 60 y más
Sexo	Características orgánicas que diferencian al macho de la hembra	Hombre Mujer	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer
Estudios del Médico	Conocimientos universitarios adquiridos en pregrado y postgrado	Licenciatura Especialidad de Medicina Familiar	Cualitativa Nominal	Médico General Medico Familiar
Nivel de Conocimientos del Médico	Destrezas actitudes y habilidades que se logran adquirir para mantener y mejorar la salud.	Cantidad de respuestas correctas	Categoría	Bueno 9-10 Regular 6-8 Malo 0-5
Prevención de las complicaciones del pie diabético	Aplicación de las medidas idóneas, tanto individuales como colectivas para evitar la aparición del pie diabético	Asociar el alto riesgo para desarrollar este problema Obesidad Tabaquismo Hipertensión Hiperlipidemia	Cualitativa Nominal	Dicotómica Respuesta Correcta Incorrecta
Etiología del Pie diabético	Causas que desembocan en el origen de una enfermedad	Complicaciones microvasculares	Cualitativa Nominal	Dicotómica Respuesta Correcta Incorrecta

Factores de riesgo para desarrollar pie diabético	Atributo o exposición de una población o persona que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento	Niveles de glicemia fuera de los límites normales Uso de calzado inadecuado Deformidades del pie Descuido e incapacidad para el autocuidado Alcoholismo y tabaquismo	Cualitativa Nominal	Dicotómica Respuesta Correcta Incorrecta
Signos de alarma del pie diabético	Clasificación de las lesiones de los pies de pacientes diabéticos, que obligan al médico a pensar en complicaciones que desembocarán en la pérdida de la extremidad afectada.	Grado 0. Pie en riesgo, sin úlcera evidente, con callo grueso, cabezas de metatarsianos prominentes, pie en garra con cualquier deformidad ósea. Grado 1. Úlcera superficial no infectada. Grado 2. Úlcera más profunda, a menudo infiltrada, sin participación ósea. Grado 3. Úlcera profunda, formación de abscesos, con participación ósea. Grado 4. Gangrena localizada (dedos del pie o parte anterior del pie). Grado 5. Gangrena en todo el pie.	Cualitativa Nominal	Dicotómica Respuesta Correcta Incorrecta
Envío oportuno a segundo nivel	Indicación de valoración oportuna por los especialistas en hospital	Reconocer los signos necesarios para derivar al paciente a segundo nivel.	Cualitativa Nominal	Dicotómica Respuesta Correcta Incorrecta

▪ **Método o procedimiento para captar la información**

Se analizaron los datos recopilados a través de varios métodos estadísticos según las variables escogidas para este estudio, se capturo la información diario en EXEL para computar los datos de estadística básica como media, mediana, moda, frecuencias y porcentajes, se utilizó el programa estadístico “Statistical Package for the Social Science” (SPSS, por sus siglas en inglés).

▪ **Recursos humanos, físicos y financieros.**

Humanos:

Investigador principal.

Asesor metodológico.

Médicos familiares de las UMF 5, 13,17 y 33.

Físicos:

Uso de biblioteca.

Utilización de computadoras y servicio de internet.

Financieros:

Material de papelería	\$500.00
Copias fotostáticas	\$300.00
Engargolados	\$200.00
Servicio de internet	\$1500.00
Trabajo de campo	\$500.00
Total	\$3000.00

VIII.- RESULTADOS

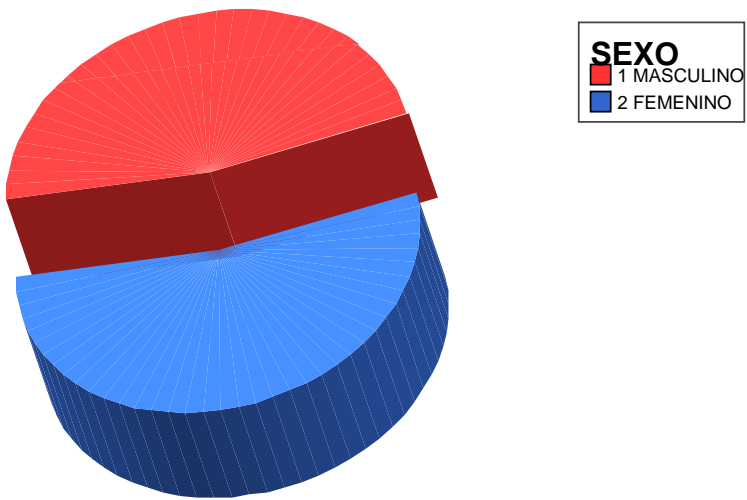
La OMS reporta que hay alrededor de 140 millones de diabéticos en el mundo, y que dicha cifra se elevará en 300 millones en los próximos 25 años. En México se registran 180 mil casos nuevos y 36 mil defunciones anuales por esta enfermedad. Una complicación frecuente es el PIE DIABETICO, la cual ocupa el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar del IMSS, por lo cual el presente estudio pretende representar el porcentaje de conocimientos que acerca del pie diabético tienen los médicos familiares encuestados en cuanto a su etiología, fisiopatología, medidas de prevención, signos de alarma y el envío oportuno a segundo nivel, ya que su manejo adecuado es esencial para obtener resultados eficaces y eficientes en cuanto a prevención y tratamiento.

El estudio .reporto que en la muestra de 156 médicos, el 35% se encontraban en el grupo de edad comprendido entre los 30 y 39 años, 40% entre 40 y 49 años y el 25% en el grupo de 50 o más años. Respecto al género el 53% de la muestra fue del sexo femenino y 47% masculino. El 50% fueron Médicos Familiares y 50% médicos generales. La UMF 33 presentó el mayor porcentaje de médicos familiares con especialidad (73%), mientras que UMF 5 el mayor porcentaje de médicos generales (45%).

Los resultados del presente trabajo, llevado a cabo por medio de una encuesta aplicada a 156 Médicos de las Unidades de Medicina Familiar números 5, 13, 7 y 33 , nos ponen en evidencia los hechos siguientes:

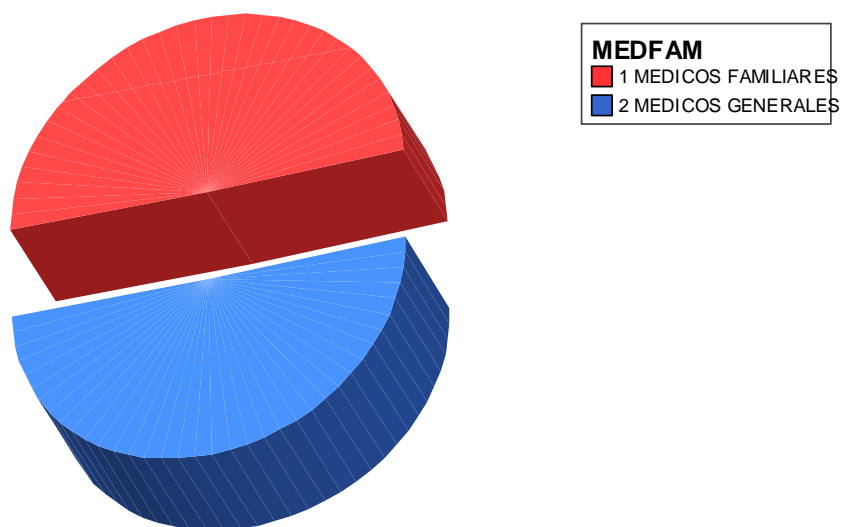
GRAFICA SOBRE EL GENERO EN TOTAL

Masculino: 46.8%. Femenino: 53.2%.



GRAFICA SOBRE MEDICOS FAMILIARES Y GENERAL.

Médicos familiares: 49.4%. Médicos generales 50.6%.

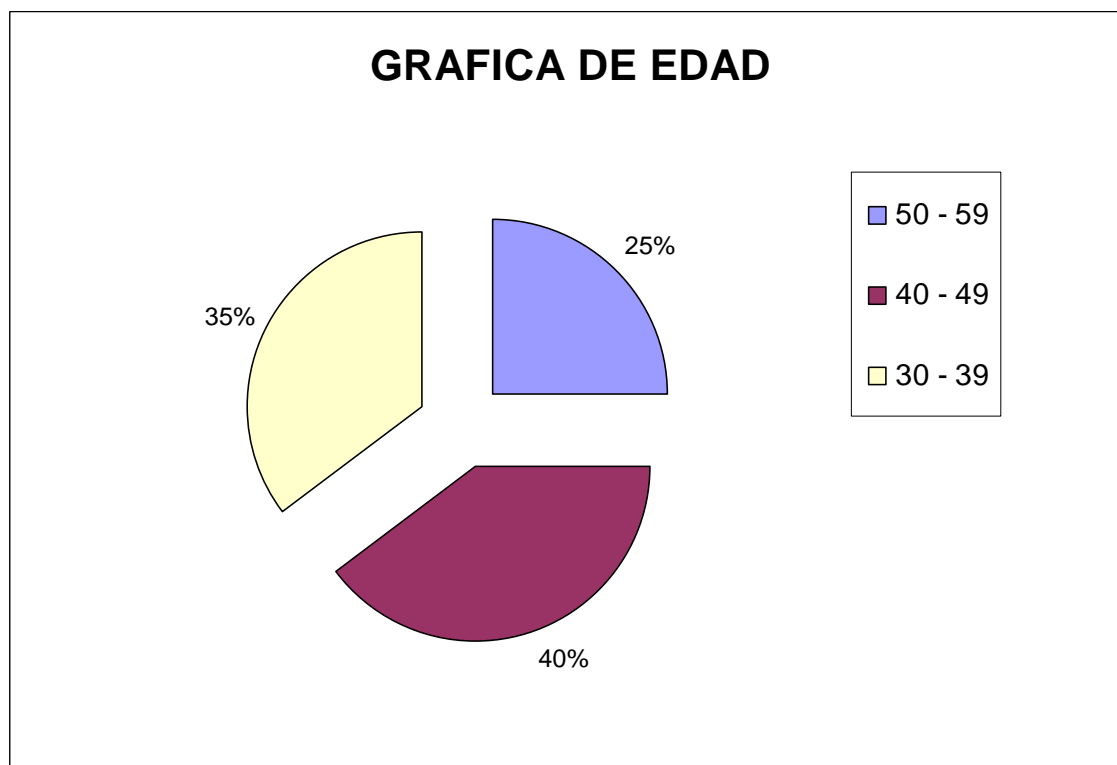


GRAFICA SOBRE RANGOS DE EDAD.

30 A 39 AÑOS EL 35%

40 A 49 AÑOS EL 40%

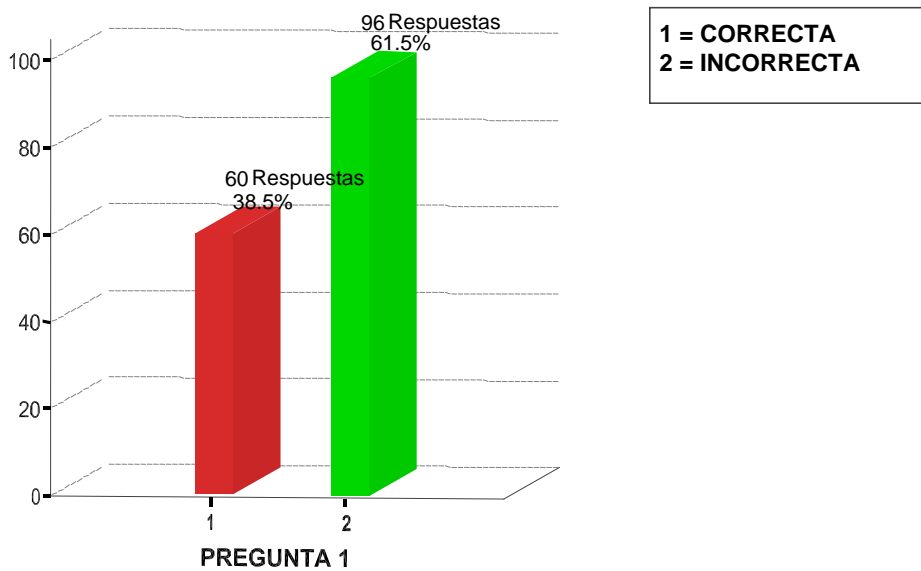
50 Y MÁS EL 25%



**GRAFICAS DE ACERTIVIDAD POR PREGUNTA DE INVESTIGACION CON
PORCENTAJES TOTALES.**

Pregunta número1. ¿ El dato más frecuente en pacientes diabéticos con lesiones del pie es?.

Pregunta para evaluar conocimientos sobre medidas de prevención del pie diabético: Se obtuvieron 60 respuestas correctas (38.5%) y 96 incorrectas (61.5%). Se considera que representa un nivel de conocimientos escaso.



Grafica I. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 1.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.(1)

Tabla 1. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 11 respuestas correctas y 36

incorrectas

Respuestas correctas	11	23.4 %
Respuestas incorrectas	36	76.5 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 2. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 9 preguntas correctas y 28 incorrectas.

Respuestas correctas	9	24.3 %
Respuestas incorrectas	28	75.7 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 3. El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 17 respuestas correctas, 16 incorrectas.

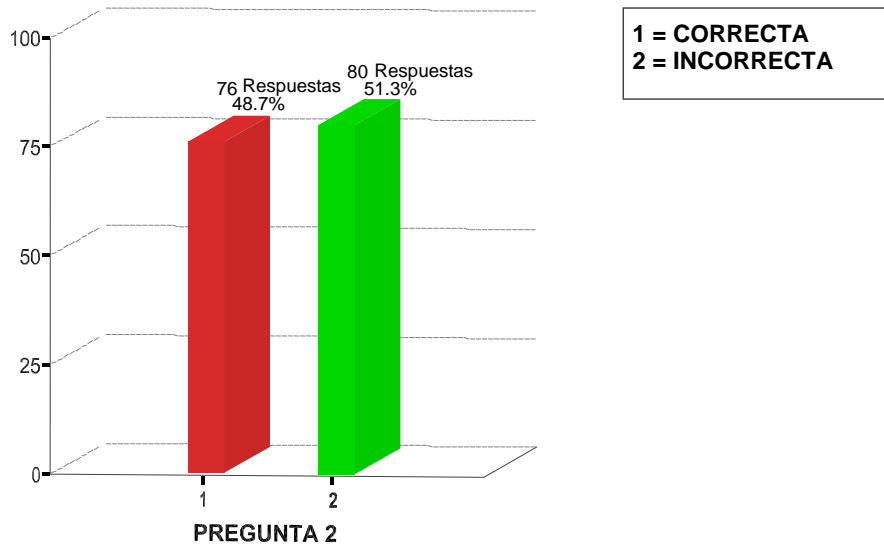
Respuestas correctas	17	51.5 %
Respuestas incorrectas	16	48.5 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 4. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 23 respuestas correctas, 16 incorrectas.

Respuestas correctas	23	59.0 %
Respuestas incorrectas	16	41.0 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 2 ¿El dato mas frecuente en pacientes diabéticos en peligro de presentar úlceras en los pies es?

Pregunta para evaluar conocimientos sobre signos de alarma de PD. Se obtuvieron 76 respuestas correctas (48.7%) y 80 incorrectas (51.3%). Se considera que representa un nivel de conocimientos escaso.



Grafica II. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 2.

Fuente.- Resultados obtenidos con el cuestionario de Cuevas AV y cols.⁽¹⁾.

Tabla 5. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 17 respuestas correctas, 30 incorrectas.

Respuestas correctas	17	36.2 %
Respuestas incorrectas	30	63.8 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 6. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 9 respuestas correctas, 28 incorrectas.

Respuestas correctas	9	24.3 %
Respuestas incorrectas	28	75.7 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 7. El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 14 respuestas correctas y 19 incorrectas.

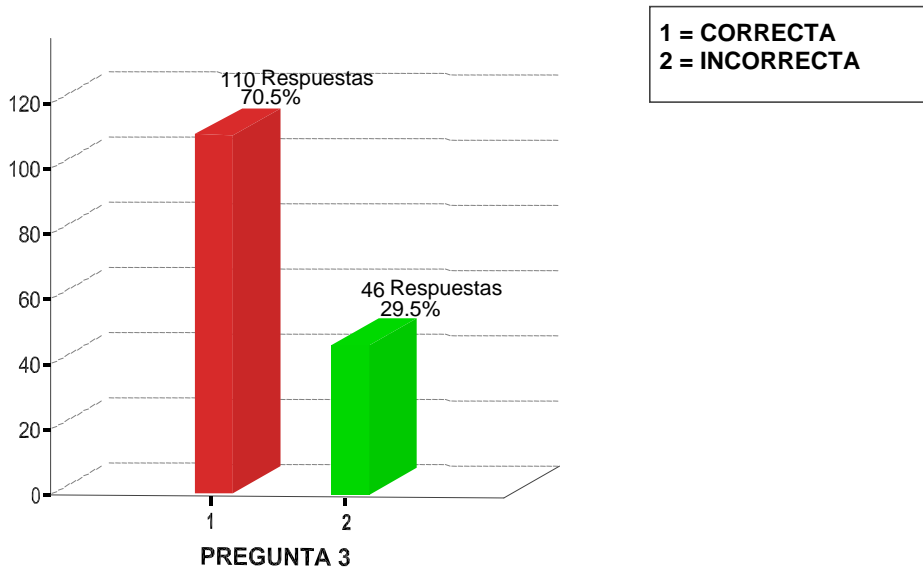
Respuestas correctas	14	42.4 %
Respuestas incorrectas	19	57.6 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 8. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 23 respuestas correctas, 16 incorrectas.

Respuestas correctas	23	59.0 %
Respuestas incorrectas	16	41.0 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 3. ¿En el examen clínico del pie se tomará en cuenta?

Pregunta para evaluar conocimientos sobre signos de alarma del PD. Se obtuvieron 110 respuestas correctas (70.5%) y 46 incorrectas (29.5%). Se considera que representa un nivel de conocimientos regular.



Grafica III. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 3.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.(1).

Tabla 9. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 33 respuestas correctas, 14 incorrectas.

Respuestas correctas	33	70.2 %
Respuestas incorrectas	14	29.8 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 10. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 26 respuestas correctas, 11 incorrectas.

Respuestas correctas	26	70.3 %
Respuestas incorrectas	11	29.7 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 11, El grupo de médicos de la UMF 17 presentó, 20 respuestas correctas, 13 incorrectas.

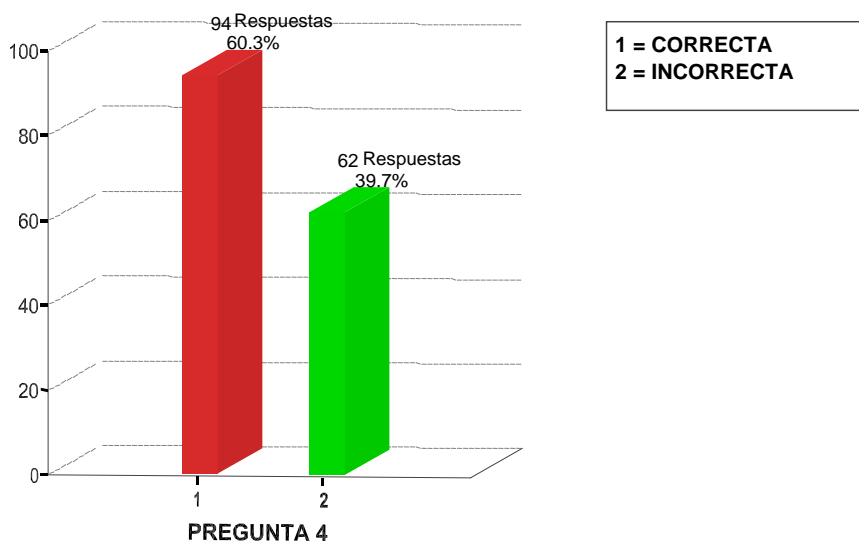
Respuestas correctas	20	60.6 %
Respuestas incorrectas	13	39.4 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 12. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 31 respuestas correctas, 8 incorrectas.

Respuestas correctas	31	79.5 %
Respuestas incorrectas	8	20.5 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 4. Son consejos de tipo general para el cuidado de los pies en el paciente diabético, ¿ excepto ?

Pregunta para evaluar conocimientos sobre medidas de prevención del PD. Se obtuvieron 94 respuestas correctas (60.3%) y 46 incorrectas (39.7%). Se considera que representa un nivel de conocimientos regular.



Grafica IV. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 4.
Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.(1).

Tabla 13. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó. 28 respuestas correctas, 19 incorrectas.

Respuestas correctas	28	59.6 %
Respuestas incorrectas	19	40.4 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 14. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó: 22 respuestas correctas, 15 incorrectas.

Respuestas correctas	22	59.5 %
Respuestas incorrectas	15	40.5 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 15. El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 20 respuestas correctas, 13 incorrectas.

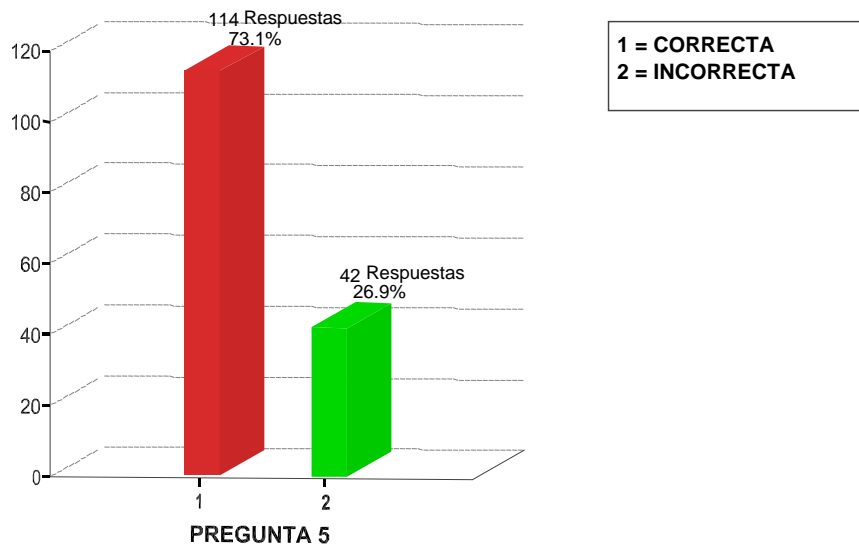
Respuestas correctas	20	60.6 %
Respuestas incorrectas	13	39.4 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 16. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 24 respuestas correctas, 15 incorrectas.

Respuestas correctas	24	61.5 %
Respuestas incorrectas	15	38.5 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 5. ¿Según el sistema propuesto por Wagner, una lesión grado I es ?.

Pregunta para evaluar conocimientos sobre lesiones del PD tomando en cuenta la clasificación propuesta por Wagner. Se obtuvieron 114 respuestas correctas (73.1%) y 42 incorrectas (26.9%). Se considera que representan un nivel de conocimientos regular.



Grafica V. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 5.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.⁽¹⁾.

Tabla 17. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 33 respuestas correctas, 14 incorrectas.

Respuestas correctas	33	70.2 %
Respuestas incorrectas	14	29.8 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 18. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 25 respuestas correctas, 12 incorrectas.

Respuestas correctas	25	67.6 %
Respuestas incorrectas	12	32.4 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 19, El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 25 respuestas correctas, 8 incorrectas.

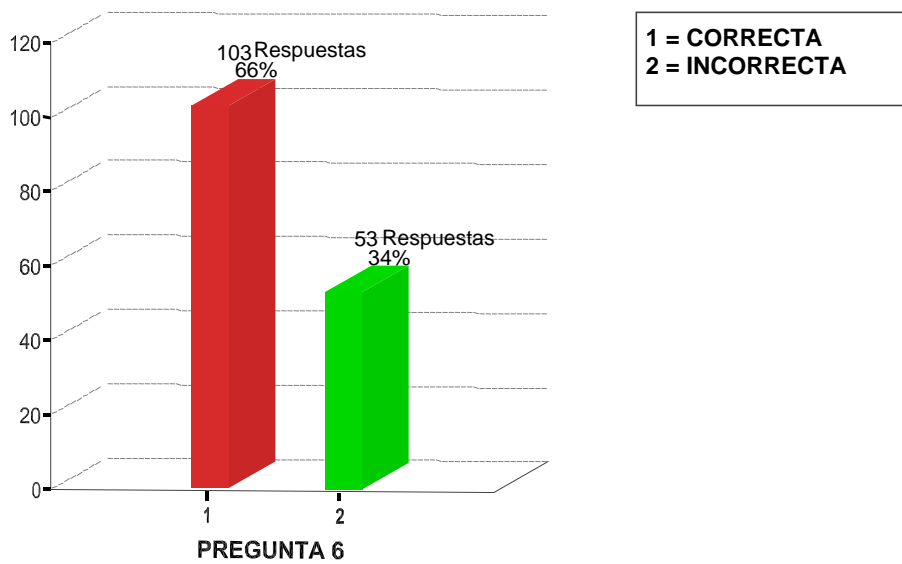
Respuestas correctas	25	75.8 %
Respuestas incorrectas	8	24.2 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 20, El grupo de médicos de la UMF33 presentó 31 respuestas correctas, 8 incorrectas.

Respuestas correctas	31	79.5 %
Respuestas incorrectas	8	20.5 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 6 . ¿El tratamiento general para infección en el pie diabético se inicia con?

Pregunta para evaluar conocimientos sobre tratamiento del PD. Se obtuvieron 103 respuestas correctas (66%) y 53 incorrectas (34%). Se considera que representa un nivel de conocimientos regular.



Grafica VI. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 6.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.⁽¹⁾.

Tabla 21. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 32 respuestas correctas, 15 incorrectas.

Respuestas correctas	33	70.2 %
Respuestas incorrectas	14	29.8 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 22. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 24 respuestas correctas, 13 incorrectas.

Respuestas correctas	24	64.9 %
Respuestas incorrectas	13	35.1 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 23. El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 20 respuestas correctas, 13 incorrectas.

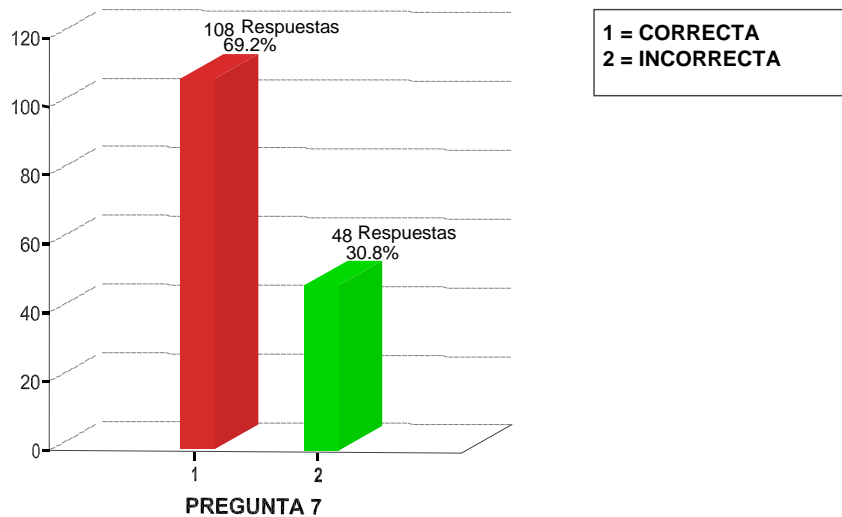
Respuestas correctas	20	60.6 %
Respuestas incorrectas	13	39.4 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 24. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 27 respuestas correctas, 12 incorrectas.

Respuestas correctas	27	69.2 %
Respuestas incorrectas	12	30.8 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 7. La diabetes de ambos tipos puede resultar en complicaciones de daño a los tejidos, el siguiente grupo se le denomina daño microvascular, ¿excepto?.

Pregunta para evaluar conocimientos sobre la fisiopatología del PD. Se obtuvieron 108 respuestas correctas (69.2 %) y 48 incorrectas (30.8%). Se considera que representa un nivel de conocimientos regular.



Grafica VII. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 6.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.(1).

Tabla 25. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 28 respuestas correctas, 19 incorrectas.

Respuestas correctas	28	59.6 %
Respuestas incorrectas	19	40.4 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 26. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 26 respuestas correctas, 11 incorrectas.

Respuestas correctas	26	70.3 %
Respuestas incorrectas	11	29.7 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 27. El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 21 respuestas correctas, 12 incorrectas.

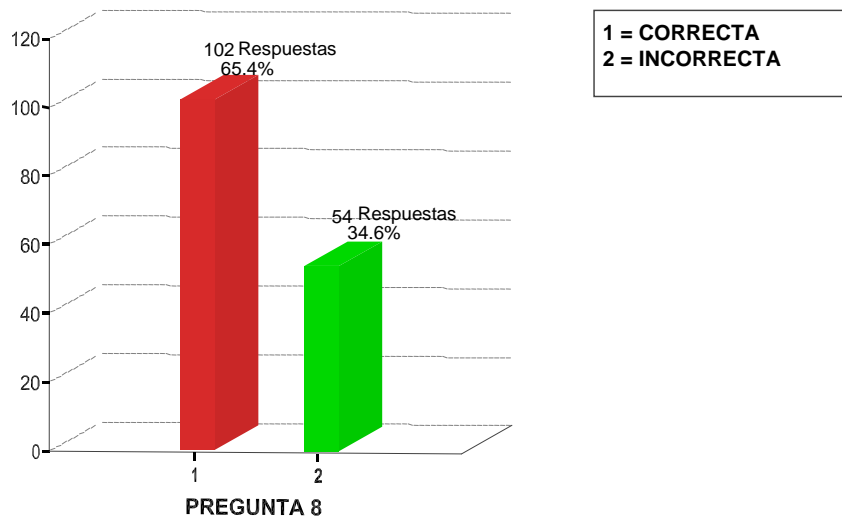
Respuestas correctas	21	63.6 %
Respuestas incorrectas	12	36.4 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 28. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 33 respuestas correctas, 6 incorrectas.

Respuestas correctas	33	84.6 %
Respuestas incorrectas	6	15.4 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 8. ¿Que considera es la piedra angular para el control de la diabetes y así disminuir o retardar sus complicaciones?.

Pregunta para evaluar conocimientos sobre prevención del PD. Se obtuvieron 102 respuestas correctas (65.4%) y 64 incorrectas (34.6%). Se considera que representa un nivel de conocimientos regular.



Grafica VIII. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 8.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.⁽¹⁾.

Tabla 29. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 30 respuestas correctas, 17 incorrectas.

Respuestas correctas	30	63.8 %
Respuestas incorrectas	17	36.2 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 30. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 23 respuestas correctas, 14 incorrectas.

Respuestas correctas	23	62.2 %
Respuestas incorrectas	14	37.8 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 31. El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 23 respuestas correctas, 10 incorrectas.

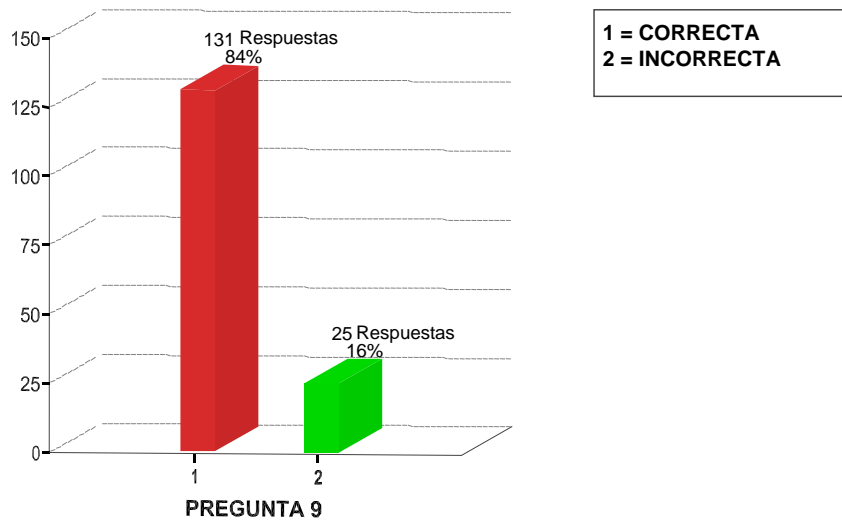
Respuestas correctas	23	69.7 %
Respuestas incorrectas	10	30.3 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 32. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 26 respuestas correctas, 13 incorrectas.

Respuestas correctas	26	66.7 %
Respuestas incorrectas	13	33.3 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 9. ¿Se asocia con elevado riesgo para desarrollar problemas de pie diabético?.

Pregunta para evaluar conocimientos sobre medidas de prevención del PD. Se obtuvieron 131 respuestas correctas (84%) y 25 incorrectas (16%). Se considera que representa un nivel de conocimientos regular.



Grafica IX. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 9.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols.⁽¹⁾.

Tabla 33. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 38 respuestas correctas, 9 incorrectas.

Respuestas correctas	38	80.9 %
Respuestas incorrectas	9	19.1 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 34. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 31 respuestas correctas, 6 incorrectas.

Respuestas correctas	31	83.8 %
Respuestas incorrectas	6	16.2 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 35. El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 26 respuestas correctas, 7 incorrectas.

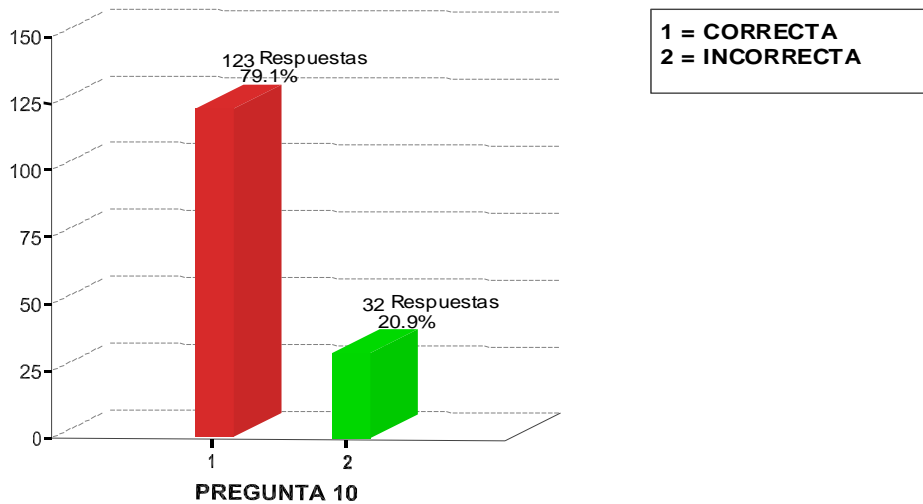
Respuestas correctas	26	78.8 %
Respuestas incorrectas	7	21.2 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 36. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 36 respuestas correctas, 3 incorrectas.

Respuestas correctas	36	92.3 %
Respuestas incorrectas	3	7.7 %
Totales	39	100.0 %

Pregunta número 10. El pie del diabético que desarrolla complicaciones, ¿requiere de?

Pregunta para evaluar criterios de envío a valoración por parte de especialidad en caso de que el PD presente complicaciones. Se obtuvieron 123 respuestas correctas (79.1 %) y 32 incorrectas (20.9%). Considerándose que representa un nivel de conocimientos regular.



Grafica X. Porcentaje de respuestas a la pregunta número 10.

Fuente.- Resultados obtenidos con la guía del cuestionario de Cuevas AV y cols. (1).

Tabla 37. El grupo de médicos de la UMF 5 presentó 35 respuestas correctas, 12 incorrectas.

Respuestas correctas	35	74.5 %
Respuestas incorrectas	12	25.5 %
Totales	47	100.0 %

Tabla 38. El grupo de médicos de la UMF 13 presentó 32 respuestas correctas, 5 incorrectas.

Respuestas correctas	32	86.5 %
Respuestas incorrectas	5	13.5 %
Totales	37	100.0 %

Tabla 39, El grupo de médicos de la UMF 17 presentó 28 respuestas correctas, 5 incorrectas.

Respuestas correctas	28	84.8 %
Respuestas incorrectas	5	15.2 %
Totales	33	100.0 %

Tabla 40. El grupo de médicos de la UMF 33 presentó 28 respuestas correctas, 11 incorrectas.

Respuestas correctas	28	71 .8 %
Respuestas incorrectas	11	28.2 %
Totales	39	100.0 %

IX DISCUSION

El objetivo principal del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento que tienen los médicos Familiares de las UMF 5, 13, 17 Y 33 sobre el manejo del Pie Diabético (PD) en cuanto a etiología, fisiopatología, prevención, signos de alarma y envío oportuno a segundo nivel de atención, para lo cual se utilizó como instrumento de evaluación un cuestionario que consta de 10 preguntas de opción múltiple el cual previamente fue elaborado por la Dra. Victoria Cuevas y colaboradores⁽¹⁾ quienes lo aplicaron a Médicos Familiares en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero” y en las unidades de medicina familiar 2, 9 y 26 de Acapulco Guerrero, en donde se concluyó que el 50% de los Médicos encuestados desconocieron los signos de alarma del P.D.

En la encuesta aplicada en las UMF 5, 13, 17 y 33 de la Ciudad de México, se encontró en general un porcentaje de 67% de aciertos lo cual ubica a esta muestra en un nivel de conocimientos regular. El grupo de Médicos perteneciente a la UMF 33 con mayor cantidad de Médicos Familiares (66%) obtuvo mayor porcentaje de respuestas correctas (72%), mientras que la UMF 5 con mayor cantidad de Médicos Generales (60%), obtuvo menor porcentaje de respuestas correctas (62%).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir que la UMF 33 que cuenta con mayor índice de Médicos Especialistas en Medicina Familiar (66%) , fue la que obtuvo mayor cantidad de respuestas correctas, en comparación con la UMF 5 que tiene menor cantidad de médicos especialistas (40%), siendo esta la UMF que presentó menor cantidad de respuestas correctas.

X.- CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio, nos llevan a plantear las siguientes conclusiones:

1. Que hay mayor conocimiento en los médicos que cuentan con especialidad de Medicina Familiar.
2. Que hay menor conocimiento en los médicos sin especialidad.
3. Las UMF con médicos de mayor edad tuvieron menor porcentaje de conocimiento en esta encuesta.
4. La UMF n° 33 que es sede de residentes presentó mayor porcentaje de conocimientos.
5. El género de los médicos encuestados no afectó el nivel de conocimientos.
6. A mayor antigüedad de los médicos encuestados, hubo menor cantidad de conocimiento.
7. Respecto a la clasificación del pie diabético propuesto por Wagner, se constató que el 73% de los médicos encuestados la conocen y utilizan.

BIBLIOGRAFIA.

1. Cuevas AV. Complicaciones del pie Diabetico, factores de riesgo asociados. Rev.Med. IMSS 2003. 41(2): 97-104.
2. William J Jeffcoate and Keith G Harding D b. Diabetes foot ulcers. The Lancet 2003. 361: 1545-1551.
3. Fryberg RG. Diabetic foot ulcers; pathogenesis and management. Am Fam Physician 2002. 6: 1656-1661.
4. John M Giurini DPM. Diabetic foot complications, Diagnosis and Treatment. The International Journal of lower Extremity Wonds. Vol. 4, No3, 171-182. 2005.
5. Andrew JM Boulton AB , Loretta Vileikyle. The global burden of diabetic foot disease The Lancet 2005: 366: 1719-1724.
6. Stefan Zimny , Helmut Schatz MD. Evangelisches Krankenhaus Bethesda The Role of Limited Joint Morbidity in Diabetic patients with and At-Risk Foot. Diabetes Care 27: 942-946, 2004 by the American Diabetes Association.
7. Anthony C Duffin, PHD, Robert Kidd. High Plantar Pressure and Callus in Diabetic Adolescents Incidence and Treatment. Journal of the American Podiatric Medical A.
8. Carrington J Getter L, Brown RS 2001. Diabetic neuropathy masquerading as Glossodynia. Journal of the American Dental Association, 232: 1549-1551.
9. Tuomilehto J, Lindstrom j, Eriksson JG. Diabetes Prevention Study Group, 2001. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects With Impaired Glucose Tolerance , NEJM 344:1342-1350.
10. Perkins BA, Greene DA, Bril V, 2001. Glicemic Control is Related to the Morphological Severity of Diabetic Sensorimotor Polineuropathy. Diabetes Care, 24: 748-752.
11. The International Journal of Lower Extremity Wounds, Vol 4, No 3, 171-182. 2005. Diabetic Foot Complications: Diagnosis and Management.
12. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with Diabetes. Jama 2005; 293: 217-228.
13. Boulton AJM. Mngement of diabetic peripheral neuropathy. Clinical Diabetes 2005. 23: 9-15.
14. Peter R Cavanagh AB. Benjamin A Lipsky. Treatment for diabetic foot ulcers. The Lancet 2005. 1725-1735.
15. Williams J Jeffcoate and Keith G Harding . Diabetes Foot Ulcers . The Lancet 2003. 361: 1545-1551.
16. Andrew JM, Bulton AB, Loretta Vileikyte. The global burden of diabetic foot disease. The Lancet 2005; 366: 1719-1724.
17. John M Giurinni DMP. Division of podiatry, Beth Usraek Deaconess Medical Center . Diabetic Foot Complications: Diagnosis and Management. The International Journal of Lower Extremity Wounds, Vol 4 , No 3 171-182. 2005.
18. Anthony C Duffin PHD Robert Kidd, University of Western Sydney, New South Wales Australia. High Plantar Plessure and Callus in Diabetic Adolescents Incidence and Treatment. Journal of The American Podiatric Medical Association. Volumen 93 Number 3: 214-220. 2003.

19. Bruce A Perkins MD, Douglas A Green MD. Toronto General Hospital, University Health Network, Toronto Canada. Glycemic Control is Related to the Morphological Severity of Diabetic Sensorimotor Polyneuropathy . *Diabetes Care*, 24: 748-752.2001.
20. Lawrence A Lavery DPM, David G Armstrong DPM. Evaluating the prevalence and Incidence of foot Pathology in Mexican an non-Hispanic whites from a diabetes diseases management cohorte. *Diabetes Care*. 26: 1435-1438, 2003. The American Diabetes Ass.
21. Yuki Izumi DPM, Kathleen Satterfield DPM. Risk of Reamputation in Diabetic Patients Stratified by Limb and Level of Amputation a 10 year observation. *Diabetes Care*, 29: 566-570, 2006.
22. Nalini Singh MD, David G Armstrong DPM. Preventing Foot Ulcers in Patients with Diabetes . *JAMA*, 2005. 293: 217-228.
23. El IMSS en cifras . Mortalidad en la población derechohabiente. División Técnica de Información Estadística en Salud . *Rev. Med. IMSS* 2004; 42(4): 353-354.
24. David G Armstrong DPM , MSC PHD. Variability in Activity May Precede Diabetic Foot Ulceration. *Diabetes Care* 27: 1980-1984. 2004- The American Diabetes Ass.
25. CHM Van Schie MSC Phd. A Review of the Biomechanics of the Diabetic Foot The International Journal of Lower Extremity wounds. Vol.4 No 3, 160-170 (2005).
26. Christer S Andreassen Johannes Jakobsen. Muscle Weakness A Progressive Late Late Complication in Diabetic Distal Symmetric Polineurophaty. *Diabetes care* 55: 806-812, 2006 .American Diabetes Association.
27. Edgar J G Peters MD and Lawrence A Lavery DPM. Effectiveness of the Diabetic Foot Risk Classification Sistem of the International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes Care* 24: 1442-1447. 2001. The American Diabetes Association.
28. Monica Maria Ortegon MD, William Ken Redekop PHD. Cost. Effectiveness of Prevention and Treatment of the Diabetic Foot. A Markov analisis. *Diabetes Care* 27: 901-907, 2004. American Diabetes Association.
29. David G Armstrong DPM, Lawrence A Lavery DPM, Diabetes Reseach Group, Baltimore Skin Temperatures as a One-time Screening Tool do not Predict Future Diabetic Foot Complications. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. Volume 93 Number 6: 443-447, 2003.
30. David G Armstrong DPM, Lawrence A Lavery DPM. Activity Patterns of Patients with Diabetic Foot Ulceration. Patients with active ulceration may not adhere to a standard Pressure off-.loading regimen. *Diabetes Care* 26: 2595-2597, 2003. The American Diabetes Association.
31. David G Armstrong DPM, Mark A Rosales DPM. Efficacy of fifth Metatarsal Head Resection for Treatment of Chronic Diabetic Foot Ulceration. *Jorunal of the American Podiatric Medical Association*. Volume 95, Number 4: 353-356. 2005.
32. Daniel J Macfarlane DPM , Jeffrey L Jensen DPM. Factors in Diabetes Footwear Compliance. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. Volumen 93 Number 6: 485-491 2003.
33. Anthony C Duffin PHD, Robert Kidd PHD. High Plantar Pressure and Callus in Diabetic Adolescents, Incidence y Treatment. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. Volume 93 Number 3: 214-220, 2003.
34. Antonella Caselli MD, Hau Pham DPM. The Forefoot-to-Rearfoot plantar Pressure Ratio Is Increased in Severe Diabetic Neurophaty and Can Predict Foot Ulceration.. *Diabetes Care* 25: 1066-1071, 2002. The American Diabetes Association

35. PeterR Cavanagh AB, Benjamin A Lipsky C. Treatment for Diabetic foot ulcers. *The Lancet* 2005; 366: 1725-1735.
36. Robert L Greenman A; Svetlana Panasyuk C. Early changes in the skin microcirculation and muscle metabolism of the diabetic foot. *The Lancet* 2005; 366: 1711-1724.
37. Andrew JM Boulton AB, Loretta Vileikyle AB. The global burden of diabetic foot disease *The Lancet* 2005; 366: 1719-1724.
38. Stefan Zimmy MD, Helmut Schatz MD. The Role of Limited Joint Morbidity in Diabetic patients with an At-Risk Foot. *Diabetes Care* 27: 942-946, 2004. The American Diabetes Association.
39. Anthony C Duffin PHD, RobertKidd PHD. High Plantar Pressure and Callus in Diabetic Adolescents Incidence and Treatment. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. Volume 93 Number 3: 214-220, 2003.
40. Hardman J Limbird LE, Gilman AG, eds. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10 ed, New York; McGraw-Hill, 2001.
41. KasperDL, Braunwald E, Fauci AS, HauserSL, Longo DL, Jameson J, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 2005.
42. Wagner FW. **The dysvascular foot, a system for diagnostics and treatment** *Foot Ankle*. 1981, 2: 64-122.

XII.- ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 "JUANA DE ASBAJE"
DELEGACION NORTE DEL DF

CUESTIONARIO

MF () MG ()
Edad _____
Sexo _____

NO DEJE PREGUNTA SIN CONTESTAR.

- 1.- El dato más frecuente en pacientes diabéticos con lesiones del pie es:
 - a) Presencia de neuropatía y enfermedad vascular.
 - b) Aparición de ulcera e infección.
 - c) Desequilibrio entre los músculos flexores y extensores del pie.
 - d) Todos los anteriores.
 - e) Ninguno de los anteriores.

- 2.- El dato más frecuente en pacientes diabéticos en peligro de presentar úlceras en el pie es:
 - a) Neuropatía diabética.
 - b) Enfermedad vascular periférica.
 - c) Deformidad del pie.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguno de los anteriores.

- 3.- En el examen clínico del pie se tomara en cuenta:
 - a) Ausencia de reflejos tendinosos.
 - b) Sensación de pinchazo de alfiler.
 - c) Sudación reducida.
 - d) Palidez.
 - e) Todas las anteriores.

- 4.- son consejos de tipo general para el cuidado de los pies en paciente diabético, excepto:
 - a) Medir exactamente los pies antes de comprar zapatos.
 - b) Cambiar de zapatos con frecuencia.
 - c) Evitar temperaturas extremas.
 - d) Revisar a diario los zapatos.
 - e) Utilizar agentes químicos (queratolíticos) para tratamiento de callosidades.

- 5.- Según el sistema propuesto por Wagner, una lesión grado 1 es:
 - a) Pie sin lesiones abiertas.
 - b) Úlcera profunda infectada.
 - c) Gangrena localizada.
 - d) Gangrena en todo el pie.
 - e) Úlcera superficial, sin infección clínica.

6.- El tratamiento general para infección en el pie diabético se inicia con:

- a) Riguroso control de la glucosa sanguínea.
- b) Tratamiento con antibióticos.
- c) Debridación de la úlcera.
- d) Elevación del pie.
- e) Reposo en cama.

7.- La diabetes de ambos tipos puede resultar en complicaciones de daño a los tejidos. Al siguiente grupo se le denomina microvascular excepto:

- a) Retinopatía.
- b) Nefropatía.
- c) Neuropatía.
- d) Enfermedad vascular cerebral.
- e) Todos los anteriores.

8.- Que considera es la piedra angular para el control de la diabetes y así disminuir o retardar sus complicaciones :

- a) Tratamiento con hipoglucemiantes.
- b) Tratamiento con insulina.
- c) Ejercicio.
- d) Dieta.
- e) Educación y revisión periódica.

9.- Se asocia con elevado riesgo para desarrollar problemas de pie diabético:

- a) Obesidad.
- b) Tabaquismo.
- c) Hipertensión.
- d) Hiperlipidemia.
- e) Todos los anteriores.

10.- El pie del diabético que desarrolla complicaciones, requiere de:

- a) Tratamiento especializado.
- b) Uso de antibióticos por vía parenteral.
- c) Control metabólico.
- d) Vigilancia de la toxicidad de fármacos.
- e) Realización de estudios invasivos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DELEGACION 1 NORTE

CONOCIMIENTOS SOBRE PIE DIABETICO.

CARTA DE ACEPTACIÓN.

México D.F. a ____ de _____ 2005

Por medio de este documento se le invita a participar en un proyecto de investigación dirigido a Médicos Familiares sobre el tema Pié Diabético, en el cual se responderá a 10 preguntas de un cuestionario.

La información proporcionada será estrictamente confidencial.

Por este conducto, yo _____ Médico Familiar de la UMF número _____ declaro que se me ha invitado a participar en la investigación que se realizará en esta Unidad explicándome ampliamente el motivo del estudio, así como la manera en que participaré.

Por lo tanto acepto participar en el estudio sobre el tema Pié Diabético, registrado ante el comité local de investigación con el número _____

Nombre y firma del Médico

Nombre del investigador, matrícula y firma

Testigo nombre y firma

Testigo nombre y firma