



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

TITULO:

**CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABETICO EN EL AUTOCUIDADO
PARA LA PREVENCION DEL PIE DIABETICO DE LA UMF 20.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. MIGUEL ANGEL ROBLES RODRÍGUEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. CARLOS JUÁREZ VALDÉS

DIRECTORA METODOLOGICA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

GENERACIÓN:

2020 – 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DE UMF20

DIRECTOR DE TESIS:



DR. CARLOS JUÁREZ VALDÉS

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DE UMF20

DIRECTORA METODOLÓGICA:



DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO. 20 IMSS.



CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DE UMF20

Vo. Bo.



DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA
PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DE UMF20

Vo. Bo.



DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF No.20



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Lunes, 02 de agosto de 2021

M.E. CARLOS JUAREZ VALDES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DE UMF 20.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-044

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. Miguel Alfredo Zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

AGRADEZCO A ÉL PORQUE ME HA ACOMPAÑADO EN ESTE LARGO CAMINO, POR DARMÉ FORTALEZA EN LOS MOMENTOS DE DEBILIDAD Y BRINDARME EL DON DEL ENTENDIMIENTO.

A MI FAMILIA

POR ENSEÑARME EL SENTIDO DE RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO, POR ENSEÑARME A AMAR A MIS PRÓJIMOS Y HACERME ENTENDER QUE EL SACERDOCIO DE LA MEDICINA SE PRACTICA CON EL CORAZÓN.

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

POR BRINDARME ENSEÑANZA DURANTE ESTOS AÑOS, POR AFINAR MIS CONOCIMIENTOS MÉDICOS Y DARMÉ LA OPORTUNIDAD DE CONOCER A EXCELENTES SERES HUMANOS, QUIENES FORMAN AL PERSONAL DE SALUD.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	12
MARCO TEORICO	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
OBJETIVOS	25
HIPÓTESIS	26
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	27
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	50

RESUMEN

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DE UMF20

Juárez-Valdés Carlos¹, Robles-Rodríguez Miguel Angel²

1. Residente de Medicina Familiar. UMF20, IMSS.
2. Médico Familiar. UMF20,IMSS.

Antecedentes: El autocuidado los pies en los pacientes diabéticos ha demostrado que es prioritario para reducir la aparición de pie diabético independientemente de la gravedad de la enfermedad. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento del paciente diabético en el autocuidado para la prevención del pie diabético de UMF 20. **Material y Métodos:** Estudio analítico en 162 pacientes que acudieron a revisión de control de diabetes en la UMF 20 del IMSS, en agosto 2021, ambos sexos, ≥ 18 años. Previo consentimiento informado se aplicó un cuestionario expofeso para evaluar conocimiento de autocuidado de los pies. Estadística descriptiva y Pearson significancia $p \leq 0.05$. **Resultados:** Sexo femenino predominó un 65.4% y masculino 34.6%, el 38.9 con sobrepeso y obesidad grado 1 30.9%, comorbilidades asociadas fue hipertensión 40%, nefropatía 1.2% y dislipidemias 1.2%, sedentarismo 65.4%, nivel de auto cuidado regular con 26.3 % con predominio del sexo femenino en un 58%, con estado civil casado en un 41%, el 59.3% utiliza el tipo de calzado adecuado cerrado y en punta ancha, el 64.8% tiene la revisión de pies diariamente, el corte de uñas recto es el 61.7% lo realiza correctamente, el aseo de pies se realiza diariamente 86.4%. **Conclusiones:** en nuestra práctica diaria debemos tener en mente la educación y prevención del autocuidado del pie del paciente diabético ya que nuestra población y las comorbilidades en el autocuidado, nos da la pauta para realizar prevención en el manejo de patologías primarias.

Palabras claves: conocimiento, pie diabético, autocuidado, diabetes.

Summary:

KNOWLEDGE OF THE DIABETIC PATIENT IN THE SELF-CARE FOR THE PREVENTION OF THE DIABETIC FOOT OF UMF20

1. Second year resident of Family Medicine. UMF20, IMSS.

2. Family Physician. UMF20, IMSS.

Background: Self-care of the feet in diabetic patients has shown that it is a priority to reduce the appearance of diabetic foot regardless of the severity of the disease.

Objective: To determine the level of knowledge of the diabetic patient in self-care for the prevention of the diabetic foot of UMF 20. **Material and Methods:** Analytical study in 162 patients who attended a diabetes control review at UMF 20 of the IMSS, in August 2021, both sexes, ≥ 18 years. Prior informed consent, a questionnaire was applied expressly to assess knowledge of self-care of the feet. Descriptive statistics and Pearson significance $p \leq 0.05$. **Results:** Female sex prevailed 65.4% and male 34.6%, 38.9 with overweight and obesity grade 1 30.9%, associated comorbidities were hypertension 40%, nephropathy 1.2% and dyslipidemia 1.2%, sedentary lifestyle 65.4%, level of regular self-care with 26.3 % with predominance of the female sex in 58%, with marital status married in 41%, 59.3% use the appropriate type of closed and wide-toe footwear, 64.8% have daily foot checks, straight nail cut 61.7% do it correctly, 86.4% do foot cleaning daily.

Conclusions: in our daily practice we must keep in mind the education and prevention of self-care of the diabetic patient's foot, since our population and the comorbidities in self-care, give us the guideline to carry out prevention in the management of primary pathologies.

Keywords: knowledge, diabetic foot, self-care, diabetes.

**CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL
AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE
DIABÉTICO DE LA UMF 20**

INTRODUCCIÓN

La educación del paciente diabético es un factor fundamental para que la diabetes mellitus (DM2), aun en su condición de enfermedad crónica, no llegue a alcanzar mayores complicaciones. Por lo tanto, abordaremos el nivel de conocimiento en el auto cuidado del pie diabético.

La prevalencia estimada en úlceras en pie diabético es de 1.5 – 10%, con una incidencia de 2.2 – 5.9%. La DM tiene impacto funcional, económico y elevada morbimortalidad, pudiendo ser evitado hasta en 75% de casos con modificación sus factores de riesgo; en la literatura mundial, la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular en el pie diabético es referida pocas veces de manera individual, por lo cual el autoconocimiento del paciente es una herramienta para disminuir las complicaciones secundarias.

El objetivo de la educación diabetológica (ED) es informar lo mejor posible al paciente y a su familia sobre su enfermedad, para concienciarlo sobre la importancia de los autocuidados y evitar así la aparición de las consecuencias de las mismas. Los últimos estudios muestran que la ED se relaciona con el aumento en la adquisición de conocimientos y habilidades, con el aumento y fiabilidad del autoanálisis y con la mejora de la alimentación.

En nuestro centro hospitalario podremos aumentar la ED y demostrar que mejoran el control de DM depende de los pacientes, la educación es una piedra angular y vital para la integración del diabético en la sociedad y se puede prevenir o reducir el riesgo de complicaciones por ulceraciones e infecciones con una adecuada estrategia en las medidas preventivas evitando complicaciones como el pie diabético.

El saber el nivel de conocimiento en el autocuidado del pie en pacientes con DM nos dará la pauta para reforzar, fomentar la prevención y concientizar al paciente y mejorar su calidad de vida.

MARCO TEORICO

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica de alta prevalencia con un alto costo social y un gran impacto sanitario determinado por el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas, que producen una disminución de la calidad de vida de los pacientes con diabetes. ^(1,2)

La DM se concibe como una enfermedad endocrina y metabólica determinada genéticamente y distinguida por un déficit parcial o total de la secreción de insulina, hormona segregada por las células beta del páncreas. El individuo que la soporta presenta alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, unido a una relativa o total deficiencia en la secreción de insulina y con niveles alternos de resistencia. Por lo tanto, provoca varias consecuencias en el organismo, entre las que se destaca la tendencia a mantener los niveles alternos de resistencia. Dicha deficiencia mantiene niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados (hiperglucemia). Por lo tanto, todo trastorno que provoca elevación de la glucosa plasmática tras el ayuno se le denomina diabetes mellitus. ⁽³⁾

Es por esto por lo que la enfermedad, al llegar a su desarrollo, se identifica por hiperglucemia en ayunas y, en la generalidad de los pacientes con extensa evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en esencia renales y oculares, así también macroangiopatía con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía. ^(4,5)

La diabetes tipo 2, resulta una afección habitual y un notable problema de salud para el planeta. De los 7200 millones de habitantes en el mundo, 381,8 millones presentan diabetes, de los cuales entre 85% y 95% corresponde a diabéticos tipo 2 en los países desarrollados, número que se supera en países de ingresos medios y bajos. Se cree también que cerca del 40% de los individuos con esta enfermedad que son 5.8 millones se encuentran en América Central y América del sur de los cuales no conocen su condición o no ha sido diagnosticado. Cerca de la mitad de

los adultos con diabetes tipo 2 están en edades comprendidas entre 40 y 59 años. Este grupo de edad seguirá representado el mayor número de individuos con diabetes en los próximos años. ⁽⁶⁾

De tal forma que la naturaleza crónica metabólica permite que pueda afectar a diversos tejidos y órganos donde se incluye el sistema musculo esquelético en donde los elevados niveles de glucosa pueden trastornar los componentes del tejido conectivo al provocar daño crónico a este sistema.

Además, la diabetes está asociada a múltiples complicaciones como la retinopatía, la osteoporosis, la nefropatía y el retraso en la cicatrización de las heridas. Además de perjudicar al sistema musculo esquelético y a los tejidos blandos de forma distinta. Por consecuencia, las perturbaciones metabólicas que se presentan en la diabetes, en especial las alteraciones micro vasculares de vasos sanguíneos y nervios, así también la acumulación de colágeno en la piel y las estructuras peri articulares, permiten la producción de notables transformaciones estructurales en el tejido conectivo. Otras alteraciones osteoarticulares derivadas de la DM y del exceso de peso son: artrosis, gota, hernias discales, hiperuricemia y necrosis a vascular de cabeza de fémur. Sin duda las complicaciones osteoarticulares son uno de los elementos de más significativo en los costos económicos. ^(7,8)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la DM afecta a más de 170 millones de personas en el mundo y en el año 2030 esta cifra se habrá duplicado. Se estima que la diabetes afecta al 9,3% de la población mundial. El número de personas sufre de esta condición ha aumentado de manera continuada durante los últimos años, superando los 460 millones en 2019, casi 100 millones de personas más que el 2011. Por su parte, el número de niños con diabetes sigue la misma tendencia creciente con más de 600.000 menos de 15 años afectados por la enfermedad la actualidad.

Dentro de la población mundial se estima que la diabetes afecta al 9,3%, el número de personas que sufre de esta condición ha aumentado de manera continua durante

los últimos años superando los 460 millones en 2019, casi 100 millones de personas más que en el 2011. (4,9)

Entre 2000 y 2016, se ha registrado un incremento del 5% en la mortalidad prematura por diabetes. La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. La OMS se estima que la diabetes fue la séptima causa principal de mortalidad en 2016.

En 2014, un 8,5% de los adultos tenían diabetes. En 2016 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes y en 2012 la hiperglucemia provocó otros 2,2 millones de muertes. En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, con más de 60.000 muertes y 400.000 casos nuevos anuales. Es una patología devastadora de distribución mundial. (2,3,10)

Es así como el pie diabético (PD) una de las complicaciones más frecuentes de la DM, con impacto funcional, económico, y elevada morbimortalidad, pudiendo ser evitado hasta en 75% de casos con modificación en sus factores de riesgo cardiovascular en el PD son referidos en pocas veces de manera individual por lo que su correcta identificación daría un mayor beneficio al paciente en forma integral. (4,11)

Para el International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) y la OMS el PD es la infección y destrucción de tejidos profundos asociado con alteraciones neurológicas y varios grados de enfermedad vascular periférica en la extremidad inferior.

El PD es uno de los problemas más devastadores de DM, aumentando hasta 15 veces el riesgo de amputaciones comparado con la población en general. Aproximadamente 20% de los pacientes diabéticos presentaran un cuadro de PD en algún momento de su vida y de éstos el 20% terminara en amputación. Por lo que se estima que el 75% de todas las amputaciones no traumáticas están relacionados a DM y de estos pacientes amputados de un miembro pélvico el 50%

a los 5 años perderán la extremidad inferior contra lateral por la misma causa, ocasionando incapacidad temporal o definitiva con tratamiento prolongado y de alto costo. (12)

El PD presenta una alteración anatómica o funcional, determinada por anomalías neurológicas o diversos grados de enfermedad vascular periférica, que le confiere una mayor susceptibilidad a presentar infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos.

Dentro de la fisiopatología del PD, la neuropatía es el daño neurológico que afecta fibras motoras, sensitivas y autonómicas. La combinación de la disfunción motora y sensitiva puede causar un estrés anormal en el pie resultando en trauma. La neuropatía autonómica simpática provoca vasodilatación y disminución de la sudoración, resultando en pies tibios y muy secos que son propensos a heridas, así como a alteraciones funcionales en el flujo microvascular. El PD neuropático no se ulcera espontáneamente, sino más bien en combinación con alguna forma de trauma. La vía causal más común para la ulceración es la suma de neuropatía, deformidad (cabezas metatarsianas prominentes) y trauma (calzado mal adaptado). (5,6,13,14)

La neuropatía diabética altera el reflejo del axonal que depende de la función nociceptiva de las fibras – C y provoca vasodilatación local en respuesta a un estímulo doloroso. Este deterioro puede explicar en parte porque algunas úlceras en el pie diabético neuropático son lentas o fracasan en cicatrizar, a pesar de una adecuada revascularización.

En cuanto a la isquemia la enfermedad arterial oclusiva, se caracteriza por la estenosis y oclusión. Es el resultado de la arterosclerosis avanzada que ocurre en diabéticos en las arterias femorales, poplíteas, tibiales, peroneas y pedias.

Este tipo de pacientes son más propensos a desarrollar úlceras isquémicas que los propensos a desarrollar úlceras isquémicas que los pacientes sin esta enfermedad. (15,16)

Se define como pacientes en riesgo a pacientes con DM que no tienen una úlcera activa en pie, pero cursan con neuropatía periférica, con o sin presencia de deformidad o enfermedad arterial periférica (EAP) o historia de úlcera u amputación de una parte del pie o pierna.

Los factores de riesgo para ulceración o amputación de pie diabético son diabetes de más de 10 años de evolución, sexo masculino, neuropatía diabética, insuficiencia arterial, deformidad de pie con evidencias de sitios de presión o callosidad plantar severa, patología de uñas. ^(9,10,11)

La patogénesis de PD resulta de la acción de múltiples factores siendo una de las principales causas a remarcar: la neuropatía periférica e isquemia resultante de la EVP. La neuropatía periférica está relacionada con más del 60% de pacientes con PD causada por alteraciones metabólicas inducidas por el estado de hiperglucemia, llevando al incremento de la acción de enzimas como aldosa reductasa y sorbitol deshidrogenasa (aumenta la conversión de glucosa a fructosa y sorbitol respectivamente) la acumulación de productos derivados de glucosa resulta en un decremento de la producción de inositol en las células nerviosas, el cual es requerido para la conducción neuronal normal (neuropatía). Adicionalmente, la conversión de glucosa resulta de una depleción de las reservas de dinucleótido de nicotinamida y adenina fosfato (ADP) el cual es necesario para la desintoxicación de las especies reactivas de oxígeno y la síntesis de óxido nítrico incrementando tanto el estrés oxidativo en la célula nerviosa y la vasoconstricción llevando a isquemia, promoviendo la lesión y muerte de la célula nerviosa. La hiperglucemia es relacionada con el aumento de un factor de agregación plaquetaria y del vasoconstrictor tromboxano A₂ que aumenta el riesgo de hipercoagulabilidad plasmática llevando a alteraciones en la matriz extracelular vascular e incrementando el riesgo de hipercoagulabilidad plasmática llevando a alteraciones en la matriz extracelular vascular e incrementando el riesgo de colapso de luz arterial. Por lo cual, la EAP contribuye en el desarrollo de úlceras en un 50%, con

afección más en arterias tibiales y del peroné, debido a la disfunción endotelial y alteraciones de las células musculares lisas debidas a la persistencia del estado hiperglucémico. (12,15-18)

Dentro de las alteraciones sensitivas: es el principal y más común predictor de ulceración (hasta 78% de los casos) daño en la sensibilidad implica la falta de dolor de la deambulación con retardo de la percepción de úlceras por el paciente con disfunción de cicatrización en heridas aumentando el área afectada traumatizada. (19)

Además de las alteraciones motoras la presentación de anomalías en la anatomía dinámica del pie, causando debilidad y deterioro de la musculatura intrínseca modificando su presión plantar al deambular, llevando a reducción de movimiento y cambios en articulaciones, musculatura y tejidos blandos propios del pie: como dedos en garra, pie cavo, deformación equina, deformaciones ungueales, y como mayor colapso mecánico la neurosteoartropatía de Charcot. (20-24)

La infección del PD junto con la isquemia, neuropatía y el edema constituyen una tetrada de factores agravantes que incrementan la morbilidad y muerte, el avance de esta última es el resultado de diversos factores asociados con la característica de la herida, virulencia de la bacteria y el estado del hospedero. El principal factor pre disponente de infección es la ulceración frecuentemente asociada con la neuropatía. El desencadenante es externo el cual puede ser físico, químico o mecánico. (25,26)

En cuanto a las manifestaciones clínicas del PD, comprende una variedad de síntomas y signos desde locales a sistémicos. Los signos locales de infección pueden incluir dolor, insensibilidad, eritema, edema, salida de material purulento, fetidez. En cuanto a los signos sistémicos de infección incluyen anorexia, náuseas, vomito, fiebre, sudoración nocturna, alteración del estado mental y alteración como aumento de temperatura local, eritema, linfangitis, linfadenopatía, edema, dolor o alteraciones de la sensibilidad pueden ser clasificados como infectadas. (27,28)

La insuficiencia vascular de los miembros pélvicos es identificada por uno o más de los siguientes signos o síntomas como claudicación, dolor en reposo, ausencia de pulsos, rubor, atrofia tegumentaria, palidez a la elevación del miembro.

Evaluación inicial del pie diabético en las cuatro categorías

CATEGORÍA	EVALUACIÓN INICIAL
Vascular	Claudicación o dolor de reposo, pulsos, llenado capilar y características de la piel y faneras.
Neurológica	Sensibilidad táctil, vibratoria y propioceptiva. Se debe realizar el test con monofilamento de semmes-weinstein para evaluar la sensibilidad protectora.
Ortopédica	Prominencias óseas, deformidades de los dedos en martillo, en garra, hallux valgus, pie plano o cavo, deformidad de Charcot.
Infecciosa	Presencia de ulcera, dolor, fiebre, descarga purulenta, celulitis, cultivos, presencia de osteomielitis

Por estas situaciones tan importantes la prevención del pie diabético es de vital importancia para nuestra población.

En diversos estudios realizados en Cataluña por Ya-an-Dong enfocados a los factores que desencadenan ulceraciones en los pies diabéticos, se han detectado que son ocasionados por traumatismos relacionados con el uso de zapatos ordinarios y por efectos de la presión repetida en el 36%, cortaduras o heridas accidentales (8%), quemaduras por frío o calor (8%). Además, en el 30% de las amputaciones en pacientes diabéticos con enfermedad arterial periférica, la lesión

inicial fue auto inducida debido a los zapatos nuevos que no ajustaban adecuadamente y al corte de uñas inapropiado. ⁽¹⁶⁻³⁰⁾

El examen periódico de los pies en los pacientes diabéticos es efectivo para reducir el riesgo de amputaciones de miembros pélvicos y la recurrencia de ulceraciones podálicas se reducen al utilizar calzado especial. Se espera que el riesgo de complicaciones relacionadas con el pie diabético puede ser reducido con la práctica de medidas preventivas adecuadas, educación del paciente y auto cuidado de los pies.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) resalta que la DM requiere de cuidado clínico y educación continua acerca del autocuidado para prevenir sus complicaciones, tanto agudas como crónicas. El auto cuidado de los pies se ha demostrado que es prioritario para mejorar los hábitos de cuidados de los pies en esta población y reducir la aparición de PD. Dentro de la literatura como encontramos estudios que evalúan a través de distintas metodologías el nivel de auto cuidado en diabéticos, la OMS recomienda la educación para auto cuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas.

La educación para el auto cuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de auto cuidado, a fin de hacerles responsables por el cuidado de su salud y ayudarles a convivir mejor con la enfermedad, estimulándoles a modificar o mantener los hábitos saludables y con ello la autoconfianza para sentirse mejor, independientemente de la gravedad de la enfermedad.

En el estudio de Rodríguez Moreno el 10% de la población de estudio eran conocedores de su auto cuidado ya que es un dato bastante alarmante ya que el autocuidado influye positivamente en la prevención de complicaciones asociadas a la DM, y por lo tanto en la calidad de vida.

El conocimiento del individuo con DM, acerca del cuidado con los pies se refleja en

la reducción del riesgo de desarrollo de úlceras y con ello, mejorar la calidad de vida, para que el individuo adquiriera su responsabilidad en la terapéutica, es necesario que domine conocimientos y desarrolle habilidades para su cuidado. La individualización del proceso educativo es fundamental para el aprendizaje, a fin de lograr los cambios de conducta sostenidos y facilitar que el paciente verbalice y demuestre los hábitos de auto cuidados aprendidos.

Dentro del cuidado integrado del manejo sugiere que incluya personal podólogo con equipo multidisciplinario para la detección y tratamiento de PD. Atendiendo siempre a eliminación de callosidades, manejo en cuidado de uñas, educación de su uso, educación del paciente por los diferentes métodos, individuales o sesiones de grupos, diferentes intervalos únicos o semanales por diferentes educadores médicos, prescripción de calzado terapéutico con explicación de su uso. (11, 20, 24, 28, 30)

Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular y la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes los principales factores a tener en cuenta en el autocuidado de los pies son:

- Disminución de úlceras en pacientes que si se adhieren a realización de cambios en su estilo de vida. El uso de calzado terapéutico puede ser efectivo en la prevención de úlceras plantares en comparación con solo cuidados básicos del pie.
- Inspección diaria del pie para detectar lesiones, ampollas, hemorragias, maceraciones, fisuras interdigitales y signos de presión del zapato, se utilizará un espejo para la inspección de la planta y talón.
- Antes de proceder a calzar el zapato, inspeccionar la mano su interior para detectar resaltes, costuras con rebordes o cuerpos extraños.
- Es recomendable que tengan algo de tacón, entre 2 – 4 cm para evitar que el pie este totalmente plano, evitando así la tensión de la musculatura posterior de la pierna.
- La suela debe ser antideslizantes para evitar accidentes.

- Usar medias bien calzadas.
- Cambiar los calcetines y los zapatos dos veces al día.
- Evitar medias con bordes elásticos.
- No caminar nunca sin calzado.
- Utilizar zapatos amplios en lugares como la playa o piscina.
- No utilizar nunca bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas para calentar el pie.
- No apurar el corte de uñas, sino hacerlo de forma recta y limarlas suavemente.
- Lavar los pies con agua y jabón durante 5 minutos. Proceder a un buen aclarado y un exhaustivo secado, sobre todo en dedos.
- Antes de utilizar agua caliente en la higiene de los pies medir la temperatura con el codo.
- Aplicar crema hidratante después del baño.
- Si los pies están fríos por las noches, usar medias de algodón.
- Revisión periódica por un profesional según necesidades, podólogo.
- Evitar tabaco.
- Evitar productos callicidas o similares.

En un estudio realizado Ramón-Cabot y colaboradores, evaluaron los cuidados podológicos en los pacientes diabéticos observando que la hidratación se relaciona con el cuidado del pie diabético el cual se observó una mejoría y se llevaron a cabo talleres en relación del cuidado del pie diabético.

En el estudio de Navarro-Flores y colaboradores, publicaron un análisis retrospectivo acerca de los estudios sobre evaluación de los cuidados del pie en pacientes diabéticos en el 2008 – 2013 concluyendo que mejorar conductas como los hábitos de higiene, la hidratación, calzado, tipo de calcetines y cuidados podológicos, contribuyen positivamente a evitar posibles complicaciones, en 52 % de los pacientes el autocuidado de los pacientes fue insuficiente y el 33% tuvieron un cuidado podológico aceptable y no se observó una relación de un mayor nivel desconocimiento acerca de la DM con tener mejores hábitos o cuidados

podológicos. ⁽¹⁸⁾

Para realizar se utilizará un cuestionario validado por contenido que sirva como herramienta básica para poder valorar los auto cuidados que se realizaran los pacientes con DM en el cuidado de pies.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los problemas más temidos, por la medida en que afecta la calidad de vida de los pacientes diabéticos, es la aparición de úlceras en los pies como secuela de dos de las complicaciones crónicas más habituales, como son las neuropatías sensitivas, que causa la pérdida de la sensibilidad protectora, de tal manera que las áreas de presión por factores mecánicos no son percibidas y ello causa lesiones en la piel. El 60 a 70% de los diabéticos no controlados padecen algún tipo de neuropatía, que afecta la sensibilidad en pies y manos. Además de la neuropatía motora, la cual produce atrofia de la musculatura intrínseca del pie, provocando desequilibrio motor y deformidad del pie.

El pie es particularmente vulnerable a daños circulatorios y neurológicos y el menor trauma puede causar úlceras o infecciones.

La mayoría de las lesiones del pie se pueden prevenir, sin embargo, la cuarta parte del total de personas con diabetes en el mundo desarrollará en el algún momento rozaduras o heridas(úlceras) en la piel de los pies.

Las úlceras del pie diabético pueden ser prevenibles con adecuadas estrategias con medidas efectivas de prevención y tratamiento de los cuales son factores de riesgo modificables asociados al desarrollo del pie diabético con una adecuada educación para la prevención de las ulceraciones; por lo cual surge nuestra interrogante:

¿CUÁL ES EL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN LA UMF 20?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento del paciente diabético en el auto cuidado para la prevención del pie diabético en la UMF20.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos sociodemográficos del paciente diabético (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, religión).
- Identificar comorbilidades del paciente diabético y antecedentes de lesiones en pie.
- Identificar los factores relacionados con los estilos de vida en pacientes diabéticos (actividad física, alcoholismo, tabaquismo)
- Conocer el porcentaje de nivel de auto cuidado del pie diabético (tipo de calzado, aseo de pies, corte uñas, temperatura, coloración)

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA (H1)

Los pacientes con diabetes mellitus atendidos en la UMF No.20 tienen un conocimiento bueno en el auto cuidado de los pies.

HIPÓTESIS NULA (H0)

Los pacientes con diabetes mellitus atendidos en la UMF No. 20 no tienen un conocimiento bueno en el auto cuidado de los pies.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar del estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 20 "Vallejo" del Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de primer nivel de atención. Con un horario de atención: turno matutino de 8:00 a 14:00 horas, y turno vespertino de 14:00 a 20:00 horas. Ubicada en Calzada Vallejo No. 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Código Postal 07760, en la Alcaldía Gustavo A. Madero de la Ciudad de México.

Población de estudio

Pacientes diabéticos tipo 1 o 2, ambos sexos mayores de 18 años con farmacológico con hipoglucemiantes orales o insulina.

Características del grupo del Estudio:

Pacientes diabéticos tipo 1 o 2, ambos sexos mayores de 18 años con farmacológico con hipoglucemiantes orales o insulina que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 en ambos turnos, que aceptaron participar en el estudio.

Diseño del estudio:

- Por la inferencia del investigador el estudio se consideró: **Observacional**
- Por la medición del fenómeno (número de mediciones): **Transversal**
- Por temporalidad: **Prospectivo**
- Por la relación de variables: **Analítico transversal.**

Periodo de estudio: agosto 2021

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra utilizando la aplicación digital NETQUEST (www.netquest.com/es/calculadora-muestra)

Dónde:

Tamaño del universo: 35208

Heterogeneidad: 12%

Margen de error: 5%

Nivel de confianza: 95%

Tamaño de la muestra: 162

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia, participaron todos los pacientes que acudan a la consulta médica o solicitar otro servicio dentro de la UMF20, que cumplieron los criterios y desearon participar

CRITERIOS DE ESTUDIO

Criterios de inclusión

- Ambos sexos
- Mayores de 18años
- Cualquier tipo de diabetes tipo 1 o tipo 2
- Paciente con consultas en la Unidad Medicina Familiar No.20
- Pacientes que tengan tratamiento farmacológico

Criterios de exclusión

- Pacientes con ceguera
- Pacientes con trastorno psiquiátrico
- Pacientes amputados
- Pacientes embarazadas con diabetes gestacional

Criterios de eliminación

- Encuestas mal llenadas
- Pacientes que al inicio desearon participar y posteriormente decidieron retirarse.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente: conocimiento del autocuidado del pie diabético

Variables Independientes: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, estado nutricional, alcoholismo, tabaquismo, actividad física, dependencia funcional, comorbilidades, tipos de diabetes, tiempo de evolución de la diabetes.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Conocimiento del autocuidado de los pies	Conocimiento de la serie de acciones que realiza el Individuo a favor de sí mismos para Mantener el bienestar dirigido a sus pies	Instrumento exprofeso con 12 ítems de autocuidado del pie diabético el cual evaluará el conocimiento en: Bueno 10-12 aciertos Malo 0- 6aciertos	Cualitativa	Ordinal	Bueno Regular Malo
Edad	Periodo de tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	Años cumplidos registrados por el sujeto en estudio	Cuantitativa. Continua.	Discreta	26, 27, 28.....
Sexo	Diferencia física constituida entre hombre y mujer	Sexo registrado por el sujeto en estudio	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino

Estado civil	Situación conyugal de cada paciente en relación con los derechos y obligaciones en la sociedad.	Estado civil registrado por el sujeto en estudio.	Cualitativa	Nominal politómica	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente	Periodo de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado de estudios	cualitativa	Ordinal	0. Ninguna 1. primaria 2. secundaria 3. bachillerato 4. licenciatura 5. posgrado
Ocupación	Actividad a realizar dependiendo de las características y conocimiento Interindividual	Elemento propio registrado por el sujeto en estudio	cualitativa	Nominal politómica	1. hogar 2. empleada 3. profesionalista 4. pensionada
Religion	Conjunto de creencias o dogmas acerca de divinidad	Elemento propio registrado por el sujeto en estudio	cuantitativa	Nominal politómica	0. ninguna 1. católica 2. evangelista 3. testigo de Jehová
Actividad física	Aquellas actividades que realizan las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas y que utilizan muy poca energía	Periodos sedentarios son aquellos periodos de tiempo en los que consumen muy poca energía	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. si 2. no
Estado nutricional	Ejercicio clínico en el que se realiza una evaluación y medición de variables antropométricas, de una manera integral, con el fin de brindar información sobre el estado de nutrición del adulto.	Se determinará mediante el cálculo del IMC Es un indicador simple de la relación en peso /y la talla ² clasificando en: peso bajo < 18.5 normal 18.5-24.9 sobrepeso > 25-29.9 obesidad grado 1 > 30-34.9 obesidad grado 2 > 35-39.9 obesidad grado 3 > 40	cuantitativa	Nominal politómica	0. peso bajo 1. normal 2. sobrepeso 3. obesidad grado 1 4. obesidad grado 2 5. obesidad grado 3
Alcoholismo	Adicción que genera fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol	Actividad que realiza el sujeto en estudio	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. sí 2. no
Tabaquismo	Es la adicción al consumo de tabaco. El consumo de tabaco es una enfermedad que produce diferentes	Actividad que realiza el sujeto de estudio	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. si 2. no

	enfermedades				
Dependencia funcional	Es la necesidad de ayuda de otras personas, en la que la familia es el principal proveedor de cuidados	Capacidad que tiene el sujeto de estudio de realizar actividades cotidianas por sí mismo	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.sí 2.no
Comorbilidades	Enfermedades secundarias a la evolución de DM	Patologías que tiene el sujeto de estudio	Cualitativa	Nominal politómica	1.retinopatía 2.nefropatía 3.dislipidemia 4.lesión vascular 5.neuropatía 6.hipertensión 7.ulceras previas
Tipo de Diabetes	Grupo de enfermedades metabólicas caracteriza por la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.	Tipo 1: diabetes mellitus insulino dependiente tiene una insuficiencia absoluta de insulina precisa insulina exógena para el control Tipo 2: resistencia a la insulina con Defectos variables. No hay destrucción de islotes B pancreáticos. Se asocia a edades avanzadas. Su tratamiento se basa en la dieta, fármacos orales e insulina. Tipo 1 Tipo 2	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.Tipo 1 2. Tipo 2
Tiempo de evolución de diabetes	Tiempo que pasa desde el diagnóstico o el comienzo de los síntomas hasta la actualidad	Se pregunta de manera directa al paciente el tiempo de Padecimiento	Cuantitativa	Nominal	De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años Mas de 15 años.
Presencia de Lesiones (ulceras, callosidades, agrietamientos cutáneos)	serie de alteraciones que pueden presentar los pies de las personas con DM avanzada., las úlceras plantares y helomas (hiperqueratosis)	Se preguntará de manera directa al paciente la presencia de alguna lesión en los pies .	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Si 2. No

Descripción general del estudio

Se realizó un estudio transversal descriptivo, que inició con la elaboración del protocolo de investigación y la selección de los instrumentos de medición. Previo registro ante el Comité Local de Investigación y la anuencia por partes de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 “Vallejo” del IMSS, se procederá a la selección de los sujetos que participaron en el estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Fueron pacientes diabéticos de ambos sexos mayores de 18 años de edad, cualquier tipo de diabetes, paciente con consultas en la Unidad de Medicina Familiar Numero 20, pacientes que tengan tratamiento farmacológico, durante los meses de agosto 2021 hasta alcanzar la muestra calculada.

El investigador principal explicó al sujeto en estudio en qué consistió su participación y entregó la carta de consentimiento bajo información, donde se especificó el objetivo del estudio, descripción de este, manejo ético de la información y anonimato de los resultados.

Tras la aceptación y firma de la carta de consentimiento informado, el investigador principal entregó el cuestionario de obtención de datos socio demográfico, se aplicó en la consulta externa de los turnos matutinos y vespertinos a los pacientes diabéticos que acudieron a la consulta que firmaron autorización y explicó en qué consistió la encuesta a través de formularios, los cuales son actividades cotidianas de la vida, la encuesta consistió en preguntar sexo, edad, nivel de estudios del paciente: analfabeto, estudios primarios incompletos, completos, estudios secundarios, estudios universitarios, talla, peso, índice de masa corporal, años de evolución de la enfermedad, enfermedades agregadas, se contestó en forma personal en un tiempo aproximado de quince minutos.

Una vez recolectada la información, se procedió a la codificación de los formularios de cada una de las variables y análisis de la información obtenida de la entrevista. Se realizó el vaciado de los datos en el programa estadístico SPSS versión 22.0

para su análisis y posterior elaboración de gráficos y análisis de resultados. Se procedió a la elaboración de tablas de salida, para su análisis y discusión y se realizó la redacción del escrito final. Una vez que se difundan los resultados se dio por concluida la investigación.

Instrumento:

Se elaboró cuestionario de 12 ítems expofeso con validez de contenido para identificar el autocuidado del pie diabético, las preguntas fueron para identificar:

1. Revisión de los pies
2. Características del calzado
3. La manera en que se realiza la higiene de los pies
4. Los aditamentos para realizar una higiene adecuada de los pies
5. Características de los calcetines
6. Frecuencia de la hidratación de la piel de los pies
7. Corte correcto de uñas
8. Coloración y temperatura de los pies

Se evaluó el conocimiento como:

Bueno con \geq al 80% de conocimiento (10 a 12 respuestas adecuadas)

Regular con 60 al 79% de conocimiento (7 a 9 respuestas adecuadas)

Malo con 0 al 59% de conocimiento (0 a 6 respuestas adecuadas)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La información fue procesada en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 en el cual se aplicó la estadística descriptiva representada mediante tablas de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas. Para la asociación de variables se utilizará P de Pearson que se considerará significancia estadística con un valor de $P \leq 0.05$.

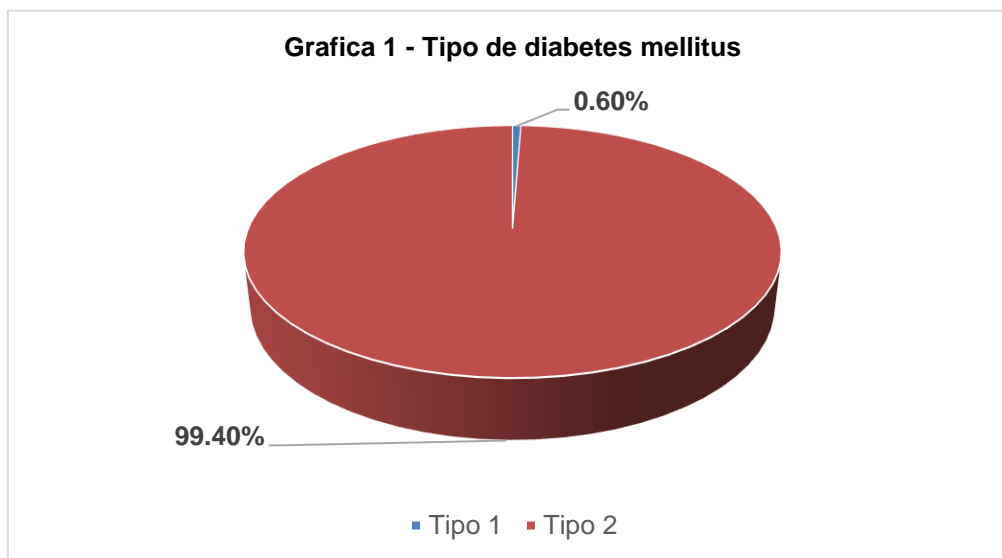
RESULTADOS

Se estudiaron 162 pacientes de los cuales el rango de edad más frecuente fue el comprendido entre los 61 y 70 años en el 22.2%, de sexo femenino 65.4%, licenciatura como escolaridad 27.8%, en su mayoría estaban casados en un 53.1%, fueron profesionistas como ocupación en el 29% y profesan religión católica en el 66.7%. (Tabla 1)

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de los pacientes con diabetes mellitus		
Variable	n	%
Edad		
Menos de 30 años	6	3.7
31-40 años	26	16.0
41-50 años	33	20.4
51-60 años	35	21.6
61-70 años	36	22.2
71-80 año	20	12.3
Mas de 81 años	6	3.7
Sexo		
Femenino	106	65.4
Masculino	56	34.6
Escolaridad		
Ninguna	4	2.5
Primaria	29	17.9
Secundaria	33	20.4
Bachillerato	38	23.5
Licenciatura	45	27.8
Posgrado	13	8.0
Estado civil		
Soltero	36	22.2
Unión libre	10	6.2
Casado	86	53.1
Viudo	23	14.2
Divorciado	7	4.3
Ocupación		
Hogar	41	25.3
Empleado	34	21
Profesionista	47	29
Pensionado	40	24.7
Religión		
Ninguna	33	20.4
Católico	108	66.7
Evangelista	19	11.7
Testigo de Jehová	2	1.2

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

El tipo de diabetes predominante en los pacientes fue el tipo 2 en el 99.4% (Grafica 1)



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Del total de pacientes encuestados, el 56.1% tenían un tiempo de evolución entre 1 y 5 años. (Tabla 2)

Tabla 2. Tiempo de evolución de diabetes mellitus		
Tiempo	n	%
De 1 a 5 años	91	56.1
De 6 a 10 años	21	12.9
De 11 a 15 años	31	19.1
Mas de 15 años	19	11.7

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Dentro de las comorbilidades, la más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica en el 40.1%, el 82.7% de los pacientes negó tener antecedente de lesiones en los pies. (Tabla 3)

Tabla 3. Comorbilidades en los pacientes con diabetes mellitus		
Comorbilidades	n	%
Ninguna	92	56.8
Nefropatía	2	1.2
Dislipidemia	2	1.2
Lesión vascular	1	0.6
Hipertensión arterial	65	40.1
Antecedente de lesiones en los pies	n	%
Sí	28	17.3
No	134	82.7

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Dentro de los estilos de vida en los pacientes con diabetes mellitus, el 65.4% no realizan actividad física, el 14.8% consume alcohol y el 17.9% es fumador. (Tabla 4)

Tabla 4. Estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus		
Variable	n	%
Actividad física		
Sí	56	34.6
No	106	65.4
Consumo de alcohol		
Sí	24	14.8
No	138	85.2
Consumo de tabaco		
Sí	29	17.9
No	133	82.1

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

El 8.6% de los pacientes con diabetes mellitus expreso ser dependiente funcional. (Tabla 5)

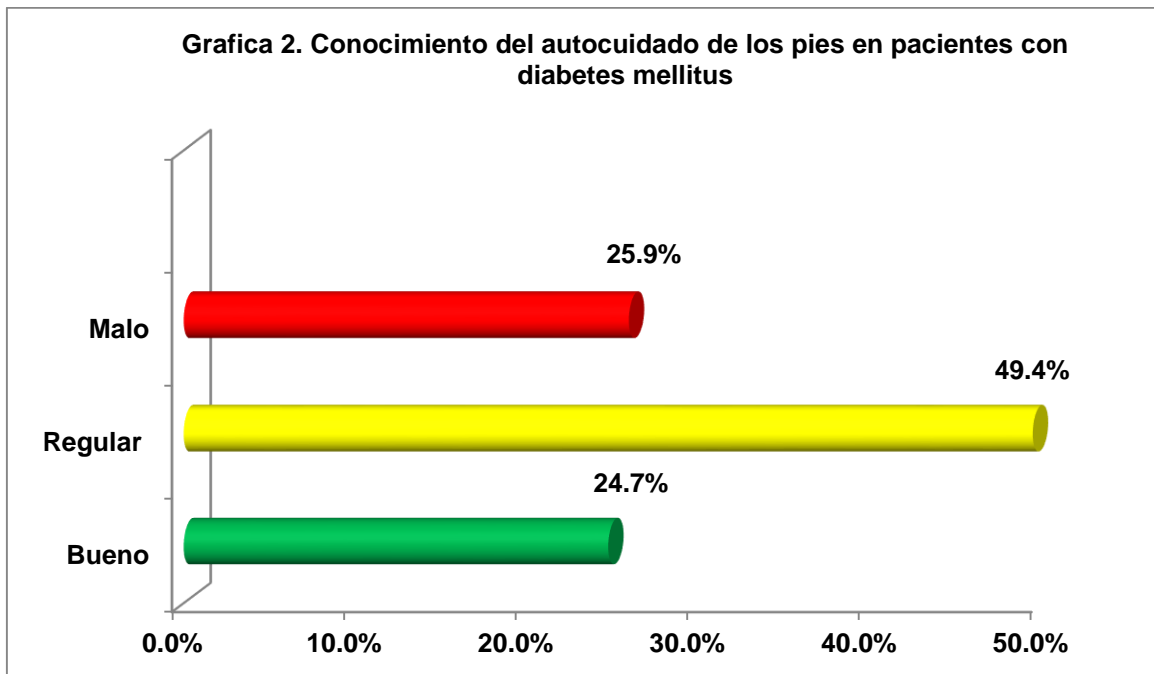
Tabla 5. Dependencia funcional de los pacientes con diabetes mellitus		
Dependencia funcional	n	%
Sí	14	8.6
No	148	91.4
Total	162	100.0

Sobre el conocimiento del autocuidado de los pies, el 59.3% de los pacientes señala que el calzado debe ser cerrado y con punta ancha, el 64.8% los revisa diariamente; el 61.7% considera que el corte de las uñas deber ser recto, el 86.4% que deben asearse diariamente, el 53.1% refieren que la temperatura de los pies debe ser igual al resto de su cuerpo y el 72.2 % señala que la coloración de los pies debe ser igual al resto de su cuerpo. (Tabla 6)

Tabla 6. Conocimiento del autocuidado de los pies		
Variable	n	%
Tipo de calzado		
Abierto	12	7.4
Cerrado y en punta	32	19.8
Cerrado y en punta ancha	96	59.3
Cerrado en punta ancha sin costuras	22	13.6
Revisión de pies		
Diariamente	105	64.8
Semanalmente	25	15.4
Quincenalmente	8	4.9
Mensualmente	24	14.8
Corte de uñas		
Recto	100	61.7
Curvo	62	38.3
Aseo de pies		
Diariamente	140	86.4
Semanalmente	19	11.7
Con asistencia familiar	3	1.9
Temperatura		
Igual	86	53.1
Más caliente	51	31.5
Más frío	25	15.4
Coloración		
Igual	117	72.2
Oscurecida	16	9.9
Pálida	29	17.9

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

El conocimiento del autocuidado de los pies en los pacientes con diabetes mellitus fue regular en el 49.4%. (Grafica 2)



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Al analizar los pacientes con nivel de autoconocimiento de los pies con respecto a la edad, fue bueno en el 35% de los pacientes con edad comprendida entre 41 y 50 años, en el 17.2% de los pacientes de sexo femenino, en el 9.8% de los pacientes con escolaridad bachillerato y licenciatura, en el 11.1% de los pacientes solteros, en el 9.2% de los pacientes profesionistas y 14.8% de los pacientes con religión católica. Encontrándose en este análisis que tuvieron una $p > 0.5$, indicando que la relación tiene significancia estadística y dándonos la hipótesis nula como cierta.

(Tabla 7)

Tabla 7. Nivel de autoconocimiento del cuidado de los pies y aspectos sociodemográficos					
Variable	Nivel de autoconocimiento			Total	P
	Bueno n (%)	Regular n (%)	Malo n (%)		
Edad					
Menos de 30 años	1 (2.5)	4 (5,0)	1 (2.4)	6 (3.7)	0.030
31 – 40 años	8 (20.0)	8 (10.0)	10 (23.8)	26 (16,0)	
41 – 50 años	14 (35.0)	12 (15.0)	7 (16.7)	33 (20.4)	
51 – 60 años	6 (15.0)	21 (26.3)	8 (19.0)	35 (21.6)	
61 – 70 años	6 (15.0)	17 (21.3)	13 (31.0)	36 (22.2)	
71 – 80 años	2 (5.0)	15 (18.8)	3 (7.1)	20 (12.3)	
Mas de 81 años	3 (7.5)	3 (3.8)	0 (0.0)	6 (3.7)	
Sexo					
Femenino	28 (17.2)	58 (35.7)	20 (12.3)	106 (65.4)	0.018
Masculino	12 (7.4)	22 (13.5)	22 (13.5)	56 (34.6)	
Escolaridad					
Ninguna	0 (0)	4 (2.4)	0 (0)	4 (2.4)	0.000
Primaria	0 (0)	23 (14.1)	6 (3.7)	29 (17.9)	
Secundaria	5 (3.0)	14 (8.6)	14 (8.6)	33 (20.3)	
Bachillerato	16 (9.8)	13 (8.0)	9 (5.5)	38 (23.4)	
Licenciatura	16 (9.8)	17 (10.4)	12 (7.4)	45 (27.7)	
Posgrado	3 (1.8)	9 (5.5)	1 (0.6)	13 (8.0)	
Estado civil					
Soltero	18 (11.1)	17 (10.4)	1 (0.6)	36 (22.2)	0.000
Unión libre	3 (1.8)	2 (1.2)	5 (3.0)	10 (6.1)	
Casado	16 (9.8)	41 (25.3)	29 (17.8)	86 (53.0)	
Viudo	3 (1.8)	19 (11.7)	1 (0.6)	23 14.1)	
Divorciado	0 (0)	1 (0.6)	6 (3.7)	7 (4.3)	
Ocupación					
Hogar	10 (6.1)	21 (12.9)	10 (6.1)	41 (25.3)	0.479
Empleado	10 (6.1)	17 (10.4)	7 (4.3)	34 (20.9)	
Profesionista	15 (9.2)	20 (12.3)	12 (7.4)	47 (29.0)	
Pensionado	5 (3.0)	22 (13.5)	13 (8.0)	40 (24.6)	
Religión					
Ninguna	8 (4.9)	15 (9.2)	10 (6.1)	33 (20.3)	0.125
Católico	24 (14.8)	58 (35.8)	26 (16.0)	108 (66.6)	
Evangelista	8 (4.9)	7 (4.3)	4 (2.4)	19 (11.7)	
Testigo de Jehová	0 (0)	0 (0)	2 (1.2)	2 (1.2)	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

Al evaluar el grado de autoconocimiento respecto al tiempo de evolución, se encuentra que los que tienen menor tiempo de evolución, el 17.8% tienen un nivel malo; solo el 1.3% de los que tienen un tiempo de evolución de más de 16 años, tuvieron un nivel bueno; aunque la p menor 0.5, con significancia estadística. (Tabla 8)

Tabla 8. Nivel de autoconocimiento del cuidado de los pies y tiempo de evolución de la diabetes mellitus					
Variable	Nivel de autoconocimiento			Total	P
	Bueno n (%)	Regular n (%)	Malo n (%)		
Tiempo de evolución					
De 1 a 5 años	25 (15.4)	37 (22.8)	29 (17.8)	91 (56.8)	0.00
De 6 a 10 años	3 (1.85)	14 (8.6)	4 (2.4)	21 (12.9)	
De 11 a 15 años	10 (6.1)	18 (11.1)	3 (1.8)	31 (19.2)	
Más de 16 años	2 (1.3)	11 (6.7)	6 (3.7)	19 (1.7)	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

La relación de la dependencia funcional con el nivel de autoconocimiento del cuidado de los pies, nos muestra que los pacientes que son dependientes funcionales tienen un nivel de autoconocimiento regular en el 6.7%, predominando también este nivel en los independientes funcionales con el 42.5%, de nueva cuenta con una p menor 0.5, lo cual tiene significancia estadística. (Tabla 9)

Tabla 9. Nivel de autoconocimiento y dependencia funcional					
Dependencia Funcional	Nivel de autoconocimiento			Total	P
	Bueno n (%)	Regular n (%)	Malo n (%)		
Si	3 (1.8)	11 (6.7)	0 (0)	14 (8.6)	0.35
No	27 (22.8)	69 (42.5)	42 (25.9)	148 (91.3)	

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes

DISCUSIÓN

Duran Sáenz y colaboradores (España 2021) encontraron que en pacientes diabéticos el 58.2% de los pacientes tiene un nivel de conocimiento medio para el autocuidado de los pies, el 34.7% fue bueno y solo el 7.1% fue pobre; en nuestro estudio también el nivel de autoconocimiento tuvo una presentación similar, aunque los porcentajes variaron, siendo regular en el 49.4%, bueno en el 24.7% y malo en el 25.9%; encontrándose que tanto las personas mayores de 70 años como menores de 70 años presentaban una actitud favorable al autocuidado, en nuestro estudio no se encontró estadística significativa al analizar el nivel de autoconocimiento respecto a los grupos de edad ($p > 0.05$), por lo cual consideramos que la edad no es un factor que influya en esta variante. Respecto al tiempo de evolución Duran y colaboradores encontraron que en pacientes con menos de 15 años de evolución el conocimiento fue regular en el 57.8%, mientras que en aquellos de más de 15 años de evolución fue pobre solo en el 3.4%; en nuestro estudio se mostraron resultados similares, solo que en aquellos con más de 15 años de evolución el bueno solo se observó en 1.2% de los pacientes (37)

Proenza Fernández y colaboradores (Cuba 2021) encontró que en los pacientes diabéticos los conocimientos sobre las medidas de autocuidado de los pies eran inadecuadas en un 80%, siendo más frecuente en pacientes con baja o nula escolaridad, así como en los pacientes con edad comprendida entre 25 y 44 años. En nuestro estudio el grado de escolaridad no mostró una diferencia estadística significativa con el nivel de autoconocimiento, ya que, de los pacientes con nivel de autoconocimiento malo, el 47.6% tenían educación básica y el 52.4% educación media superior. La edad tampoco mostró una diferencia estadística significativa, con dos grupos de edad predominantes con nivel de autoconocimiento malo, el de 31 a 40 años (23.8%) y el de 61 a 70 años (31%). Proenza Fernández encontró que el nivel de autoconocimiento es malo en las pacientes de sexo femenino, en nuestro estudio los pacientes diabéticos que tienen nivel de autoconocimiento malo eran de

sexo femenino 52.4% y de sexo masculino el 47.6%, pero al analizar los que tienen un nivel de autoconocimiento bueno el sexo femenino fue predominante en el 70%. Consideramos que esto está ocasionado a que las mujeres acudan con mayor frecuencia a los servicios de salud y por ello presentan un mayor autocuidado que los hombres. Proenza considera que el sexo femenino al ser encargadas de las labores del hogar, descuidan hasta cierto punto la higiene y el cuidado de los pies; en nuestro estudio el nivel de autoconocimiento en relación con la ocupación fue muy variable, en personas que se dedican al hogar o labores domésticas fue malo en el 23.8%, mientras que en los pensionados el 30.9%, pudiéndose encontrar en este grupo personas que también hacen labores del hogar, llamando la atención que los profesionistas tenían un conocimiento malo de 28.6%.

(38)

Solís Jiménez (México 2021) encontró que el nivel de conocimiento de autocuidado de los pies en diabéticos fue insuficiente en el 3.3%, fue regular en el 76.7% y suficiente en el 20%, con datos contrastantes respecto a nuestro estudio, que pese a haberse realizado en población mexicana, fue en una comunidad rural y con una muestra inferior a la nuestra.

(39)

Ramírez Perdomo y colaboradores (Colombia 2022), encontraron que el nivel de autoconocimiento del cuidado de los pies y riesgo de desarrollar pie diabético no tiene asociación con variables como ingresos mensuales, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico y sexo, lo que podemos coincidir nosotros debido a los altos valores de p encontrados en nuestro estudio.

(40)

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que de los 162 pacientes con diabetes mellitus, solo el 24.7% tuvieron un nivel de autoconocimiento del cuidado de los pies bueno, el 49.4% fue regular y el 25.9% malo, encontrando que las variables sociodemográficas no tuvieron significancia estadística con el mismo.

Aceptándose nuestra hipótesis nula, que era que los pacientes con diabetes mellitus atendidos en la UMF No. 20 no tienen un conocimiento bueno en el auto cuidado de los pies.

El aspecto más importante recogido en la bibliografía es que el 85% de las amputaciones son evitables con un apropiado cuidado y educación de los pacientes.

Los resultados orientan sobre la necesidad de informar a las personas sobre el cuidado de los pies en los pacientes con diabetes mellitus.

Existe literatura científica que apoya el uso de seminarios de educación diabetológica sobre medidas preventivas y autocuidados como estrategias eficaces para mejorar conocimientos y hábitos adquiridos por el paciente, siendo la prevención el primer paso para evitar complicaciones y reducir la incidencia de úlceras del pie.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Estrada GJ, Barroso MTM, Arcila MG, Cairo HC. Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre la prevención del pie diabético. *Medisur* 20085(2):54-59.
- (2) Díaz JML, Ugalde JP. Factores de riesgo cardiovasculares asociados a pie diabético. *Revista Médica Sinergia* 20191;4(3):4-20.
- (3) Triana RR. Pie diabético. Fisiopatología y consecuencias. *RevColombOrtopTraumatol*2014;28(4):143-153.
- (4) Pereira C. N, Suh HP, Hong JP. Úlceras del pie diabético: importancia del manejo multidisciplinario y salvataje microquirúrgico de la extremidad. *Revista chilena de cirugía* 2018;70(6):535-543.
- (5) Diabetes: número de enfermos por país 2019. Available at: <https://es.statista.com/estadisticas/612458/paises-con-mayor-numero-de-personas-con-diabetes/>.
- (6) Abetz L, Sutton M, Brady L, McNulty P, Gagnon DD. The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality-of-life instrument for use in clinical trials. *Practical Diabetes International*2002;19(6):167-175.
- (7) Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel *Rev. Salud Publica.*2011 13(2):262-273
- (8) Figueira E, Durón V, Fernández V et al. Autocuidado de un adulto mayor con hiperqueratosis para prevenir pie diabético, *Revista Electrónica de Portales Médicos artículos* 3857
- (9) Romero BI, Antonio DM, Aguilera ER, et al. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencias en México, *Rev. Latino- Am, Enfermagem* 18(6)
- (10) Franco RJ, Rodríguez GA, Laveriano RE, et al. La actividad física como manejo complementado en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus. *Conocimiento para el Desarrollo.* 2016:7(2):65-72
- (11) Aguilar RA, Russell JA, Soto ME, Villegas BE, et al. Efectividad del entrenamiento interválico de alta intensidad en la reducción de la hemoglobina glicosilada en pacientes

adultos con diabetes mellitus tipo 2. Medwave. 2018;15:e6079

- (12) Vilá LM Enfermedades reumáticas en diabetes mellitus. Galenus. Revista de para los médicos de Puerto Rico 2015
- (13) Hernández J, Licea ME, Castelo L. Algunas formas alternativas de ejercicio, una opción a considerar en el tratamiento de personas con diabetes mellitus. Rev. Cubana de Endocrinología.2015;26(1):33-46
- (14) Álvarez E Ft. L. Orestes, Orlando N. El control metabólico del paciente con úlceras de pie diabético. Biotecnología Aplicada2010;27:95-97
- (15) Figueredo DA, DM, Mateo D A. Conocimientos de los pacientes diabéticos relacionados con los cuidados de los pies, Rev. Cubana Angiol y Cir. Vasc 2000;1(1):80-4
- (16) MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE CHILE Programa de Salud Cardiovascular; Norma Clínica Manejo Integral de Pie Diabético, Resolución Exenta N. 395,5
- (17) Rosa IL, Freire E Complicaciones musculoesqueléticas de la Diabetes Mellitus Rev. Cubana de Reumatología Vol. 21, Número 1; 2019 ISSN: 1817-5996
- (18) International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guide lines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot 2007 [International Diabetes Federation].
- (19) Harrington C, Zagari MJ, Corea, J, Klitenic J. A cost analysis of diabetic lowe extremity ulcers. Diabetes CARE2000.23;1333-8.
- (20) Boulton AJM, Vileijyte L, RagnarsonTennvall G, Apelqvist J. The global burdenof diabetic foot disease. Lancet 2005; 366:1719-24
- (21) Guía de protocolos del Pie Diabético. Grupo de Trabajo de Pie Diabético. Comisión de Formación. Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos 1ed Madrid.2011.
- (22) Del Castillo RA, Fernández JA, del Castillo FJ, Guía de práctica clínica en el pie diabético. Archivos Medicina. 2014;10-14.
- (23) Gack Ghelman L, Souza MH, Machado Tinoco F Et al, Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. Enf Global,2017
- (24) Galindo M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. Condición de salud de

pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. Cienc. Enfer., 2013

- (25) Subsecretaría de Salud Pública, Guía clínica AUGE Diabetes Mellitus tipo 1. SANTIAGO: MINSAL;2010.
- (26) Pinila A, Sánchez A, Mejía A, Barrera M. actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa del primer nivel. Rev Salud Pub 2011;13(2):262-73.
- (27) General Toloza F, Maureira Pino M, Salazar Barahona X, Salinas López P. Nivel de autocuidado en usuarios con pie diabético, CESFAM y CECOF de Chillán Viejo. Chillán Universidad Adventista de Chile,2012.
- (28) Martin Alfonso L. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2018.
- (29) Rodríguez F, Dias F, Zuffi F, Borges M, Lara B, Ferreira L, cuidado de los pies: conocimiento de los individuos con diabetes mellitus. Enferm, Glob. 2014.
- (30) Van Acker, Léger P, Hartemann A, Chawla A, Siddiqui MK. Burden of diabetic foot disorders, guidelines for management and disparities in implementation in Europe: A Systemic literatura review. Diabetes Metab res Rev. 2014;30:635-45.
- (31) Jiménez G., Martínez M. T., Gómez M, Carmouce H. Nivel de conocimientos del paciente diabético sobre la prevención del pie diabético, Medisur. 2007; 5(2): 2-3.
- (32) Chirinos-Levano W., De la Cruz-Escalante K. A propósito del caso Características clínicas y microbiológicas de pacientes con pie diabético. MedIntMx. 2021; 37 (6): 1120-1121.
- (33) Torres-Machorro, A. et al. Estado actual, costos económicos y sociales del pie diabético y las amputaciones en la población mexicana. Rev. Mex. Angiol. vol.48 no.2 Ciudad de México abr./jun. 2020 Epub 23-Ago-2021.
- (34) Dong-Liuan, Ramón-Cabot et al Evaluación de los conocimientos y cuidados podológicos en paciente diabetico. Universidad de Barcelona.2014.
- (35) Lorenzo Piemonte Conciencia en acción: volvamos la mirada al Dia Mundial de la Diabetes 2012 Diabetes Voice diciembre 2012. Vol 57 N. 4
- (36) Martínez-Barroso, celeste Bayo Guía de recomendaciones de autocuidado

sobre pie diabético para enfermos y familiares 2017.

- (37) Durán-Sáenz I, Espinosa-Villar S, Martín-Diez D, Martín-Diez , Martínez-Valle R, Val-Labaca A. Conocimiento, actitud y práctica sobre pie diabético en pacientes o sus cuidadores en cirugía vascular. *Gerokomos* [Internet]. 2021 [citado 2022 Ago 05] ; 32(1): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100057&lng=es. Epub 05-Abr-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100012>.
- (38) Leidys, P. F., Yennisel, L. M., Gabriela Amarilis, G. P., & Ibelis, F. B. (2021, June). Conocimiento Sobre Medidas de Autocuidado del pie diabetico y su Modificacion. In *cibamanz2021*.
- (39) Solís-Jiménez , B. A., Jiménez-Barrera, Y., Jiménez-Vargas, M. G., Maldonado-Muñiz, G., & Trejo-García, C. A. (2022). Nivel conocimientos, hábitos de cuidado y condiciones de los pies de personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2. *XIKUA Boletín Científico De La Escuela Superior De Tlahuelilpan*, 10(20), 9-12. <https://doi.org/10.29057/xikua.v10i20.9084>
- (40) Ramírez-Perdomo, C. A., Perdomo-Romero, A. Y., & Rodriguez-Vélez, M. E. (2022). ASSOCIATION BETWEEN FOOT SELF-CARE PRACTICES AND RISK OF DIABETIC FOOT. In *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4454>

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3404**,
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS **18 CI 09 005 002**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 013 2018082**

FECHA **Lunes, 02 de agosto de 2021**

M.E. CARLOS JUAREZ VALDES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **CONOCIMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN EL AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO DE UMF 20**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-044

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. miguel alfredo zurita Muñoz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 "VALLEJO"

(Anexo 2)

Folio: _____

ENCUESTA PARA CONOCER EL CUIDADO DE LOS PIES EN PACIENTES CON DIABETES

Favor de responder las siguientes preguntas seleccionado una de las respuestas.

Edad: ____ Sexo ____

Peso _____ Talla _____ IMC (Estado nutricional): _____

I Factores Socio-Demográficos

Estado Civil

1) Soltero(a) 2) Unión Libre 3) Casado(a) 4) Viudo(a) 5) Divorciado(a)

Escolaridad

0) Ninguna 1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato
4) Licenciatura 5) Postgrado

Ocupación

1) Hogar 2) Empleada 3) Profesionista 4) Pensionado

Religión

1) Ninguna 2) Católica 3) Evangelista 4) Testigo De Jehová

II Estilos de vida relacionados con Pie Diabético

En el siguiente apartado se realizarán preguntas relacionadas con las actividades que realiza.

¿Cuántos años tiene usted viviendo con Diabetes?

¿Qué tipo de diabetes es con la que usted vive?

1) Tipo 1 2) Tipo 2

¿Vive con usted con alguna otra enfermedad crónica distinta a la diabetes?

1) Sí, menciónela _____ 2) No _____

¿Requiere usted ayuda para realizar alguna actividad cotidiana como levantarse, bañarse, vestirse o movilizarse? 1) Sí 2) No

Realiza usted actividad física 1) Sí 2) No

¿Consume usted alcohol?

1) Sí 2) No

¿Consume usted tabaco?

1) Sí 2) No

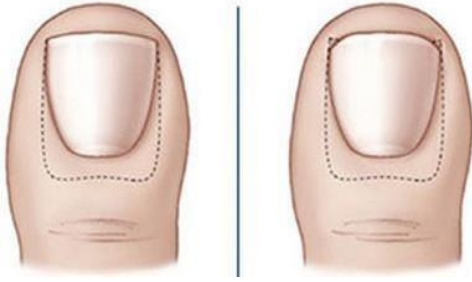
¿En este momento presenta usted lesiones (ulceras/callosidades/agrietamientos) en sus pies? 1) Sí 2) No

III Las siguientes preguntas están relacionadas con el autocuidado de sus pies.

1. ¿Con qué frecuencia debe revisar sus pies?
 - a) Diariamente
 - b) Semanal
 - c) Quincenal
 - d) Mensual
2. ¿Cuál considera que es la forma adecuada de revisar sus pies?
 - a) Con ayuda de un familiar
 - b) Con ayuda de un espejo
 - c) Hasta donde pueda observarme
 - d) Acudir con especialista en cuidado de los pies
3. ¿Cómo debe ser su calzado?
 - a) Abierto
 - b) Cerrado y en punta
 - c) Cerrado y de puntas anchas
 - d) Cerrado de puntas anchas sin costuras
4. ¿Cada cuándo asea sus pies?
 - a) Diario
 - b) Cada semana
 - c) Cuando me asiste un familiar
 - d) No me los lavo

5. ¿Qué requiere para un buen lavado de pies?
- a) Agua templada
 - b) Espuma de jabón
 - c) Estropajo
 - d) Lija
 - e) Jabones exfoliantes
 - f) a y b
6. ¿Cómo debe secar sus pies?
- a) No secarlos
 - b) Con toalla entre los dedos
 - c) Secar todo el pie
 - d) Secarlo al aire
7. Los calcetines que usted como deben de ser:
- a) Ajustados y de plástico
 - b) Ajustados y de algodón
 - c) Holgados y de algodón
 - d) Sin costuras y sin ligas
 - e) c y d son correctas
8. ¿Qué tipo de calzado utiliza regularmente encasa?
- a) Descalzo
 - b) Sandalias de plástico
 - c) Tenis de calzado formal
9. ¿Se pone crema en los pies?
- a) Nunca
 - b) Posterior a bañarme y lavármelos
 - c) Cada semana
 - d) Cada quincena

10. ¿Cómo debe cortar de manera correcta las uñas?



11. ¿Cómo cree que debe ser la coloración de la piel de sus pies?

- a) Igual a la del resto de mi piel
- b) Oscurecida y con manchas de varios colores
- c) Pálida

12. ¿Cómo cree que debe ser la temperatura de la piel de sus pies?

- a) Igual a la del resto de mi piel
- b) Más caliente en comparación del resto de mi piel
- c) Más fría en comparación del resto de mi piel



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN,
INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
(Anexo 3)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio:	Conocimiento del paciente diabético en el autocuidado para la prevención del pie diabético de UMF 20.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar N.20 Vallejo, Delegación Gustavo A. Madero CD.MX. a de del 2021
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado derechohabiente, entre muchas complicaciones que afectan a las personas con diabetes mellitus, ninguna es tan devastadora como la relacionada al pie diabético, por lo que le estoy invitando a participar en un estudio que tiene como finalidad evaluar nivel de conocimiento que tienen los pacientes diabéticos en el autocuidado de sus pies, ya que el daño en nervios y vasos sanguíneos en la porción final de las extremidades es la causa más frecuente de amputación en personas mayores de 50 años, lo cual puede causar estados depresivos por la pérdida de capacidad en personas activas por lo que <i>el objetivo</i> de este estudio es determinar el nivel de conocimiento del paciente diabético en el auto cuidado para la prevención del pie diabético en la UMF 20
Procedimientos:	El estudio consistirá en que respondas unas preguntas sencillas de opción múltiple relacionadas con el cuidado que realiza de sus pies., así como datos generales y aspectos de la diabetes.
Posibles riesgos y molestias:	El hecho que usted participe no genera ningún daño a su persona, no sufrirá ningún riesgo ya que solamente responderá una serie de preguntas; no habrá intervenciones ni procedimientos que le generen daño alguno y no se le realizarán heridas ni se le efectuará ningún procedimiento en sus pies.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si usted responde el cuestionario, no recibirá un beneficio directo o económico; el beneficio principal será para el Instituto y para los médicos quienes, de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de un gran número de pacientes, obtendrán conclusiones para adoptar estrategias para brindar una mejor enseñanza en el cuidado del pie diabético en las consultas con su médico familiar y de medicina preventiva.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de este estudio le serán informados cuando usted lo desee, para ello le será proporcionado un folio y, con previa cita, con su médico tratante se le harán saber los resultados y las acciones para mejorar el autocuidado de sus pies.
Participación o retiro:	Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y sin presiones, si usted no se siente cómodo durante la aplicación del cuestionario podrá retirarse del estudio sin repercusión alguna.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que usted proporcione son confidenciales, serán protegidos y sólo los investigadores que realizan este estudio los podrán analizar.

Declaración de consentimiento:

Sí autorizo participar en el estudio.

No autorizo participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Carlos Juárez Valdés Especialista en Medicina Familiar, matricula 99240934, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS, con dirección en Calzada Vallejo 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Ciudad de México. Teléfono: 55874422 ext. 15320, correo electrónico

Colaboradores:

Miguel Ángel Robles Rodríguez Área de adscripción: Médico residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N.20 Vallejo., Teléfono: 9511255241. Correo electrónico: roblesmiguelangel99@gmail.com

Comité Local de Ética de Investigación en Salud Unidad de Medicina Familiar No. 20 IMSS, con dirección en Calzada Vallejo 675, Colonia Magdalena de las Salinas, Ciudad de México. Teléfono: 55874422

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y
firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y
firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013