

Conocimientos y prácticas de autocuidado en la prevención del pie diabético♦

Fecha de recepción: 06/12/2018
Fecha de revisión: 21/03/2019
Fecha de aprobación: 13/05/2019

Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artículo:
Narváez, C., Burbano, W., Moncayo, C., Paz, M., Hidalgo, A., Meza, G. y Riascos, E. (2019). Conocimientos y prácticas de autocuidado en la prevención del pie diabético. *Revista Criterios*, 26(1), 57-70.



DOI: <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/26.1-art3>

♦ Artículo Resultado de Investigación. Hace parte de la investigación titulada: “Conocimientos y prácticas de autocuidado para evitar la aparición de síndrome de pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2”, desarrollada entre 2016 y 2018 en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, Colombia.

** Magíster en epidemiología. Docente programa de Enfermería, Universidad Mariana, Pasto, Colombia. E-mail: cnarvaez@umariana.edu.co

*** Enfermero. Universidad Mariana, Pasto, Colombia.

**** Enfermero. Universidad Mariana, Pasto, Colombia.

***** Estudiante, programa de enfermería, Universidad Mariana, Pasto, Colombia

***** Estudiante, programa de enfermería, Universidad Mariana, Pasto, Colombia.

***** Estudiante, programa de enfermería, Universidad Mariana, Pasto, Colombia.

***** Estudiante, programa de enfermería, Universidad Mariana, Pasto, Colombia.

Carmen Ofelia Narváez E.**
Wilmar Danilo Burbano Burbano***
Cristian Geovanny Moncayo Calvache****
Mary Alejandra Paz Cantuca*****
Angélica María Hidalgo Luna*****
German Darío Meza Kichi*****
Erika Maribel Riascos Freire*****

Resumen

Objetivo: Evaluar los conocimientos y prácticas de autocuidado para prevenir pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante el cual se obtuvo información por encuesta acerca de conocimientos y prácticas para prevenir pie diabético, en una muestra de 70 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sin diagnóstico de la complicación. **Resultados:** El 68,6 % de los participantes tiene un alto nivel de conocimientos con respecto a su enfermedad y la prevención del pie diabético; la minoría de las personas se ubica en un nivel de conocimiento bajo, equivalente al 4,3 %. Con relación a las prácticas para prevención del pie diabético, se evidenció que el 63,2 % realiza adecuadas prácticas de autocuidado; no obstante, existe falta de adherencia al tratamiento farmacológico. **Conclusiones:** Existe alto nivel de conocimiento, prácticas adecuadas en la prevención del pie diabético y falta de adherencia terapéutica; se hace necesario continuar creando estrategias que permitan mayor conocimiento y motivación en el ejercicio de las prácticas adecuadas, incluida la adherencia.

Palabras clave: conocimiento, autocuidado, pie diabético.

Self-care knowledge and practices in the prevention of diabetic foot

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge and practices of self-care to prevent diabetic foot in people with Type 2 Diabetes Mellitus. **Methodology:** observational, descriptive, cross-sectional study, through which information was obtained by survey about knowledge and practices to prevent diabetic foot, in patients with diabetes mellitus type 2, without diagnosis of the complication. Sample of 70 patients. **Results:** 68.6% of the participants have a high level of knowledge regarding their disease and the prevention of diabetic foot; the minority of people is located at a level of knowledge equivalent to 4.3%. Regarding the practices for the prevention of diabetic foot, it was evidenced that 63.2% perform adequate self-care practices, although there is a lack of adherence to pharmacological treatment. **Conclusions:** There is a high level of knowledge, adequate practices in the prevention of diabetic foot and lack of therapeutic adherence. It is necessary to continue creating strategies that allow greater knowledge and motivation in the exercise of appropriate practices including adherence.

Key words: knowledge, self-care, diabetic foot, DeCs (Bireme)

Conhecimento e práticas de autocuidado na prevenção do pé diabético

Resumo

Objetivo: Avaliar as práticas de conhecimento e auto-cuidado para evitar pé diabético em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Metodologia:** Estudo observacional, descritivo, transversal, pelo qual a informação foi obtida por pesquisa de conhecimentos e práticas para prevenir pacientes de pé diabético com diabetes mellitus tipo 2, sem diagnóstico da complicação, com uma amostra de 70 pacientes. **Resultados:** 68,6% dos participantes possuem um alto nível de conhecimento sobre a doença e a prevenção do pé diabético; a minoria de pessoas está localizada em um nível de conhecimento equivalente a 4,3%. Em relação às práticas de prevenção do pé diabético, evidenciou-se que 63,2% realizaram práticas adequadas de autocuidado, embora haja falta de adesão ao tratamento farmacológico. **Conclusões:** Existe um alto nível de conhecimento, práticas adequadas na prevenção do pé diabético e falta de adesão terapêutica. É necessário continuar a criar estratégias que permitam maior conhecimento e motivação no exercício de práticas adequadas, incluindo a adesão.

Palavras-chave: conhecimento, autocuidado, pé diabético, DeCs (Bireme)

1. Introducción

La diabetes mellitus (DM) se considera un problema de características epidémicas en América Latina; su incremento y variación en la frecuencia podría explicarse por el rápido crecimiento y envejecimiento poblacional, la urbanización, el bajo nivel educativo, las dietas hipercalóricas, el sedentarismo, entre otros (Vargas-Uricoechea y Casas-Figueroa, 2016).

Para la Federación Internacional de Diabetes, el 8,3 % de la población mundial padece DM y se espera que el número de personas con la enfermedad se incremente a más de 592 millones. Para Sudamérica y Centroamérica se calcula que el aumento en el número de casos diagnosticados desde el año 2013 al año 2035 sea del 59,8 %, pasando de 24 a 38,5 millones. Para Colombia, la prevalencia en el año 2015 fue de 8,5 % tanto en hombres como en mujeres (Vargas-Uricoechea, Casas-Figueroa, 2016) y para el departamento de Nariño, la prevalencia en personas de 18 a 69 años en el año 2016 fue de 1,25 % (Instituto Departamental de Salud Nariño, 2017).

Una de las complicaciones que aparece al cabo de algunos años en pacientes que han sido diagnosticados con diabetes tipo 2 son las alteraciones a nivel de extremidades que, en mayor proporción, afecta a los pies, en lo cual contribuyen factores fisiológicos y factores externos como la alimentación y los hábitos de higiene inadecuados que aumentan la posibilidad de presentar complicaciones en las extremidades y que al final pueden terminar en lo que se llama ‘Síndrome de pie diabético’ (PD). Según Blanes (2011): “de todos los diabéticos, el 15 % de ellos van a sufrir de una infección en el pie durante su vida, con una incidencia anual de 1- 4 %, precedido por una úlcera de pie en más del 80 % de los casos” (p. 233).

El PD es una complicación fatal que comprende infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos, neuropatía diabética (ND) y enfermedad arterial periférica (EAP), daño articular, dermatológico y de tejidos blandos, incrementando la morbimortalidad e impactando el sistema de salud, por lo cual se considera un problema de salud pública que afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familias (Pinilla, Barrera, Rubio y Devia, 2014).

Según Pérez et al., (2013) la diabetes causa siete de cada diez amputaciones de pierna, convirtiéndose así en una complicación que debe ganar mayor atención e intervención en salud. Jiménez, Rubio, Álvarez, Ruiz-Grande y Medina (2017) encontraron que de entre un total de 664 amputaciones de miembro inferior que fueron realizadas durante el período 2001-2014, en el 73 % de ellos (486 casos), se hizo en pacientes con DM.

Se ha determinado que, en la gran mayoría de personas diagnosticadas con diabetes, el PD puede ser evitado; se estima que el 85 % de todas las amputaciones podrían ser prevenidas si los pacientes cuidaran de sus pies, haciendo la evaluación diaria y adoptando medidas de prevención para así disminuir la magnitud y la incidencia del problema. La atención diaria asegura su detección, evitando que se vuelva un problema grave. Puede llevar tiempo y esfuerzo desarrollar buenos hábitos de cuidado de los pies, pero el cuidado personal es esencial. De hecho, cuando se trata del cuidado de los pies, el paciente es un miembro vital del equipo médico (McCulloch, 2019).

El buen conocimiento y la práctica con respecto al cuidado del PD reducirán el riesgo de complicaciones y, en última instancia, la amputación (Muhammad-Lutfi, Zaraiyah y Anuar-Ramdhan, 2014).

Pinilla et al., (2014) encontraron algunas actividades adecuadas respecto al cuidado de los pies, tales como secar el espacio interdigital, 92,2 %; uso diario de medias, 67,4 % y uso de calzado protector, 45,9 %. Igualmente, actividades inadecuadas tales como uso de cortaúñas y tijeras en los bordes de las uñas, 94,5 %; no realizar automonitoreo, 93,4 %; no usar lubricante a diario, 78,8 %; no consultar inmediatamente al médico en caso de lesión, 75,9 %. Por tal motivo, es muy importante educar a los pacientes diagnosticados con diabetes y que presentan alto riesgo de padecer PD, “con el fin de concientizar y fomentar el autocuidado; ellos deben aprender sobre su enfermedad, sus complicaciones y el manejo de su alteración” (p. 256); no solo el paciente es el afectado, su familia, el trabajo y las actividades diarias también lo están.

Es importante que las personas que padecen DM tengan conocimientos relacionados con su enfermedad, para lograr una participación activa y articulada a la realización de prácticas de autocuidado adecuadas, que les permitan mejorar su estado de salud; por eso es fundamental reconocer que todos los conocimientos y prácticas para cuidarse, incluida la terapia farmacológica, logran mayores y mejores niveles de salud, lo que a su vez contribuye a prevenir complicaciones de la diabetes, en la cual está el síndrome de PD.

Respecto al autocuidado, Marriner-Tomey y Allgood (2007) retomando a Dorothea Orem, afirman que: “el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas, o deben haber llevado a cabo, para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar” (p. 269). En este caso, es una función vital que se debe cumplir para prevenir mayor discapacidad a causa de la enfermedad inicial. Según Dorotea Orem (citada por Marriner-Tomey y Allgood, 2007), las prácticas de autocuidado son acordes al ciclo de vida de cada persona, así como también, pueden ser universales o aplicables según las condiciones de salud de la persona afectada.

Teniendo en cuenta el relevante papel que representan tanto el conocimiento como las prácticas de autocuidado, se plantea la necesidad de realizar un estudio descriptivo observacional que permita identificar el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado, incluida la práctica de adherencia al tratamiento farmacológico, en personas que padecen de DM tipo 2, para prevenir PD.

2. Materiales y Método

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal. El universo estuvo conformado por 259 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 durante el año 2012 en un hospital de referencia para el departamento de Nariño.

Muestra: No probabilística por conveniencia, conformada por personas diagnosticadas con esta enfermedad durante el año 2012 y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. (n = 70).

Criterios de inclusión:

- Pacientes con DM tipo II con cinco o más años de diagnóstico.
- Pacientes que no han desarrollado PD como complicación de su enfermedad.
- Pacientes con número de celular activo consignado en la historia clínica.
- Pacientes que aceptan participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con patologías clínicas que afectan el nivel de comprensión y comunicación (arteriosclerosis, demencia senil).
- Paciente con problemas auditivos.
- Pacientes con antecedentes de PD o que lo desarrollen durante la recolección de la información, según reporte de historia clínica.

Se aplicó un cuestionario construido con base en las variables de interés: datos sociodemográficos, conocimientos y prácticas de autocuidado sobre PD, incluidas las prácticas de adherencia al tratamiento farmacológico; el instrumento fue creado por los investigadores; se trata de un cuestionario que consta de 23 preguntas, distribuidas así:

- Diez ítems, que evalúan conocimientos a través de dos opciones de respuesta, una de las cuales es correcta. Para establecer el nivel de conocimiento, se definió tres categorías: Nivel alto (de seis a diez respuestas correctas); nivel medio (cinco respuestas correctas) y nivel bajo (menos de cinco respuestas correctas).
- Trece ítems, que evalúan las prácticas de autocuidado mediante dos opciones de respuesta, una de las cuales es la adecuada. Para conocer cómo están las prácticas, se contabilizó el promedio de prácticas adecuadas e inadecuadas.

El instrumento fue sometido a proceso de validación mediante revisión de experto, quien otorga calificación de aceptable a los ítems propuestos; posteriormente se somete prueba piloto. La adherencia al tratamiento farmacológico fue evaluado dentro del componente práctico y para ello se aplicó el test de Morisky, Green y Levine (1986), validado para diversas enfermedades crónicas y que consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste, con respuesta dicotómica: Sí/No, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento; con él se pretende valorar si las prácticas de cumplimiento al régimen terapéutico son adecuadas. Se espera que el paciente responda negativamente a cuatro preguntas, para considerar que cumple con las prácticas; la respuesta afirmativa al menos a una de ellas, denota falta de adherencia al cumplimiento del régimen terapéutico (Rodríguez, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez y Faus, 2008). Ambos cuestionarios fueron aplicados por los investigadores.

Se tuvo en cuenta el control de sesgos del instrumento, del encuestador y de la información. Se utilizó el software SPSS®, versión 22 gratuita. Para resumir y presentar los datos se empleó frecuencias absolutas y promedios. La investigación se clasificó como investigación sin riesgo, según Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se respetó los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) (1964) y se contó con la aprobación de los comités de ética de la Universidad Mariana y el Hospital de referencia.

3. Resultados

Con la investigación se pudo comprobar que el grupo en estudio lleva cinco o más años como tiempo de diagnóstico. Igualmente, se encontró que el 81,4 % de los pacientes ha recibido cuidados por parte de otra persona en el transcurso de su enfermedad. Un bajo porcentaje no recibe acompañamiento.

Características Sociodemográficas:

El 27,1 % (n = 19) se encuentra en el rango de edad de 63 a 72 años, mientras que 5,7 % (n = 4) se clasificó en el rango de 23 a 32 años de edad, permitiendo conocer que la enfermedad se está presentando en algunas personas en la segunda década de la vida. El 60 % (n = 42) vive en la zona urbana, en domicilios que corresponden al estrato 1 (44,3 %) (n = 31); en su mayoría son de sexo femenino (57,1 %) (n = 30). El bajo nivel de escolaridad prevaleció, evidenciando que el 45,7 % (n = 32) tiene primaria incompleta y se ocupa en labores de la casa (amas de casa) en un 47,1 % (n = 33) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas del grupo de estudio. Pasto – Nariño, 2018.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	
	(n)	%	
Edad (años cumplidos)	23-32	4	5,7
	33-42	1	1,4
	43-52	13	18,6
	53-62	15	21,4
	63-72	19	27,1
	73-82	12	17,1
	83-93	6	8,6
Procedencia	Urbana	42	60
	Rural	28	40
Género	Masculino	30	42,9
	Femenino	40	57,1
Estrato socioeconómico	Uno	31	44,3
	Dos	22	31,4
	Tres	13	18,6
	Cuatro	4	5,7

Escolaridad	Ninguna	3	4,3
	Primaria incompleta	32	45,7
	Primaria completa	12	17,1
	Bachillerato incompleto	3	4,3
	Bachillerato completo	9	12,9
	Técnico	5	7,1
	Universitario	6	8,6
Ocupación	Ama de casa	33	47,1
	Pensionado	17	24,3
	Trabajador dependiente	8	11,4
	Trabajador independiente	6	8,6
	Agricultor	4	5,7
	Estudiante	1	1,4
	Desempleado	1	1,4

Conocimientos:

La gran mayoría de los encuestados conocía el significado de su enfermedad, pues el 85,7 % (n = 60) respondió de manera correcta que “la diabetes representa un aumento de azúcar en la sangre”. Estos y otros son aspectos conocidos en porcentajes superiores al 90 % de los participantes: los signos y síntomas de la diabetes, las muestras que se realiza en laboratorio para su control, los cuidados sobre la alimentación: frutas, verduras, poca grasa, poca harina.

Respecto al conocimiento de las complicaciones, un buen porcentaje de pacientes, que corresponde al 67,7% (n = 47) conoce que las partes del cuerpo más propensas a complicaciones causadas por la diabetes son los pies (pie diabético), de los cuales un 61,4 % (n = 43) maneja el concepto correctamente (Tabla 2).

Tabla 2. Conocimientos de autocuidado para la prevención de pie diabético. Pasto – Nariño, 2018

	Conocimientos	n	%
Concepto de diabetes	Correcto	60	85,7
	Incorrecto	7	10
	No sabe	3	4,3
Signos y síntomas	Correcto	63	90
	Incorrecto	7	10
Medios de diagnóstico de diabetes (Glucometría)	Correcto	64	91,4
	Incorrecto	2	2,9
	No sabe	4	5,7

Alimentación adecuada	Correcto	67	95
	Incorrecto	1	1,4
	No sabe	2	2,9
Cuidados para prevenir complicaciones: (pie diabético)	Correcto	47	67,7
	Incorrecto	23	32,9
Concepto de pie diabético	Correcto	43	61,4
	Incorrecto	9	12,9
	No sabe	18	25,7

Al clasificar el nivel de conocimiento, un porcentaje de 68,6 % (n = 48) se ubicó en un nivel alto de conocimiento sobre PD (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de conocimientos de autocuidado para la prevención de pie diabético. Pasto – Nariño, 2018

Nivel de conocimiento	N	%
Alto (6-10 respuestas correctas)	48	68,6
Medio (5 respuestas correctas)	19	27,1
Bajo (menos de 5 respuestas correctas)	3	4,3
Total	70	100

Prácticas de autocuidado:

Se encontró que las prácticas de autocuidado fueron adecuadas para prevenir lesiones en los pies en el 88,6 % de los pacientes encuestados (n = 62); el tratamiento a lesiones previas (diferentes a PD) en 12,9 % (n = 9); el uso de medias de compresión (67,2 %) (n = 47); la inspección diaria de los pies (87,1 %) (n = 61); el tipo de calzado y su revisión (75,7 %) (n = 53); el secado interdigital (78,6 %) (n = 55); la lubricación de los pies (62,8 %) (n = 44); los elementos utilizados para su lubricación (68,6 %) (n = 48). Por el contrario, se evidenció prácticas inadecuadas en: los ejercicios que ejecutan con los pies (35,8 %) (n = 25); la frecuencia con la que lubrican los pies y el corte de uñas (67,1 %), a pesar de utilizar el instrumento adecuado (tijeras con punta roma) (98,6 %) (n = 69).

Respecto a las prácticas de adherencia al tratamiento, existen porcentajes entre un 9 % y 41,4 % que no presenta adherencia, al menos a uno de uno de los parámetros que evalúa el test de Morinsky, lo cual no contribuye al autocuidado, pues esto puede empeorar la enfermedad, incrementar la morbimortalidad, disminuir la calidad de vida y crear la necesidad de administrar otros tratamientos (Tabla 4).

Tabla 4. Prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos para la prevención de pie diabético. Pasto – Nariño, 2018

Práctica	n	%	
Prácticas para prevenir lesiones en pies	Adecuadas	62	88,6
	Inadecuadas	8	11,4
	No	57	81,4
Tratamiento a lesión previa	Adecuado	9	12,9
	Inadecuado	4	5,7
Ejercicio con pies (tipo de ejercicio)	Adecuado	23	32,9
	Inadecuado	25	35,8
Medidas de compresión (Uso de medias)	Adecuadas	47	67,2
	Inadecuada	23	32,9
Inspección de pies	Adecuada	61	87,1
	Inadecuada	9	12,9
Periodicidad de la inspección de pies.	Adecuada	49	70
	Inadecuada	12	30
Tipo de calzado y revisión	Adecuado	53	75,7
	Inadecuado	17	24,3
Corte de uñas	Adecuado	23	32,9
	Inadecuado	47	67,1
Instrumento de corte de uñas	Adecuado	69	98,6
	Inadecuado	1	1,4
	Inadecuado	32	45,7
Secado interdigital	Adecuado	55	78,6
	Inadecuado	15	21,4
Lubricación de los pies	Adecuado	44	62,8
	Inadecuado	26	37,2
Frecuencia lubricación de pies	Adecuada	20	28,6
	Inadecuada	50	81,4
Elemento de lubricación	Adecuado	48	68,6
	Inadecuado	3	4,3

Adherencia al tratamiento**	¿Ha olvidado tomar o inyectar su medicamento*?	Sí	24	34,3
		No	46	65,7
	¿Es descuidado con la hora de tomar o inyectar su medicamento*?	Sí	29	41,4
		No	41	58,6
	Cuando se siente bien ¿deja de tomar o inyectarse su medicamento*?	Sí	9	12,9
		No	61	87,1
	Si el medicamento le sienta mal ¿deja de tomarlo o inyectarlo*?	Sí	16	22,9
		No	54	77,1

* Hipoglucemiantes orales, insulino terapia.

** Preguntas del Test Morinsky.

Se evidenció que el mayor porcentaje -63,2 % (n = 44)- ejecuta prácticas que se considera adecuadas en la prevención del PD (Tabla 5).

Tabla 5. Prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos para la prevención de pie diabético. Pasto – Nariño, 2018

Prácticas	n	%
Adecuadas	44	63,2
Inadecuadas	26	36,8

4. Discusión

El mayor porcentaje de la población en estudio posee un tiempo de diagnóstico mayor a los cinco años. Según Rosales et al., (2011), éste es uno de los factores que contribuye a la aparición de úlceras en los pies de los pacientes diabéticos; es decir, a más tiempo de diagnóstico, mayor riesgo para desarrollar complicaciones del tipo PD y por ende, los cuidados deben ser más constantes y estrictos.

El 84,3 % de los encuestados ha recibido respaldo de sus familiares desde el inicio de su enfermedad. En contraste con este dato, Merodio, Rivas y Martínez (2015) encontraron que el 44,1 % de los hombres diabéticos recibe buen apoyo familiar, pero el 62 % de las mujeres, bajo apoyo; por su parte, en el estudio de Pinilla, Sánchez, Mejía y Barrera (2011) el 85,3 % no recibe colaboración de la familia para el cuidado de los pies.

Se encontró predominó del género femenino sobre el masculino, ratificando así, los hallazgos de Bustillo-Solano et al., (2013), los cuales muestran que el 55 % de las personas que padecen esta enfermedad, son mujeres, mientras que el 45 % son hombres.

El estudio confirma la procedencia urbana en gran parte de la población encuestada, confirmando los hallazgos de Morales (2014), quien encontró que el 76 %

de los pacientes diabéticos eran de procedencia urbana y el 24 % correspondían a zona rural.

Respecto al nivel educativo, los resultados son similares a los evidenciados por Gómez-Encino, Cruz-León, Zapata-Vásquez y Morales-Ramón (2015), ya que determinaron que la educación primaria prevalece sobre el resto, lo cual influye negativamente en la enfermedad y sus cuidados, dado que se presume que la falta de comprensión contribuye al incumplimiento del régimen terapéutico.

La ocupación más prevalente fue la de ama de casa, dato similar a lo obtenido por Morales (2014) quien determinó que el 71 % tiene esta ocupación. Por su parte, Hajar (2008) concluye que el 48 % de los pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento medio, el cual contrasta con los resultados del presente estudio, donde el nivel de conocimiento fue alto, en un 68,6 % (n = 48).

Las prácticas adecuadas sobre el cuidado de los pies tuvieron prevalencia sobre las inadecuadas. Prácticas adecuadas como, el uso de medias de compresión (67,2 %), el tipo de calzado y su revisión (75,7 %), el secado interdigital (78,6 %), e inadecuadas como, ejercicios que ejecutan con los pies (35,8 %), la frecuencia con la que lubrican los pies y el corte de uñas (67,1 %) coinciden con las encontradas en el estudio de Pinilla et al., (2011). Así mismo, el presente estudio niega las prácticas inadecuadas encontradas en el trabajo de estos autores, para quienes fue inadecuado no realizar inspección de pies (63 %) y no hacer una lubricación diaria (98,8 %), las cuales fueron encontradas como adecuadas en la presente investigación.

Silva et al., (2015) determinaron que el 78,4 % de los pacientes diabéticos de su estudio inspeccionaban sus pies, lo cual es una conducta adecuada en el día a día de esta clase de pacientes. Enciso (2016) manifiesta que el uso del calzado adecuado en pacientes diabéticos implica un efecto protector para la aparición del PD; en su estudio, el 73 % de los sujetos empleaban un calzado inadecuado; dato contrario se evidenció en el presente estudio, pues en éste, el 75,5 % de diabéticos tienen prácticas adecuadas al usar con más frecuencia zapatos cerrados.

Se resalta un buen porcentaje de pacientes que reporta realizar lubricación de los pies, lo cual se convierte en una importante práctica protectora. Como sostienen Chincoya, Gil, Alvarado, Cerdán y Jiménez (2011) y Ramírez-Perdomo, Perdomo-Romero y Rodríguez-Vélez (2019), los esfuerzos por educar a los pacientes pueden incidir en el nivel de conocimiento en las prácticas para evitar PD, como la lubricación de los pies para evitar laceraciones y posteriores complicaciones. El cuidado y la prevención se convierten en factores de suma relevancia para evitar impactos negativos en la calidad de vida; de modo que, tanto los pacientes como sus familiares, deben recibir una educación apropiada sobre los factores de riesgo, el tratamiento, los medicamentos, las prácticas y el manejo adecuado de la situación en general.

Se encontró entre un 9 % y 41 % que no presentan adherencia al tratamiento farmacológico; al respecto, López- Romero, Romero-Guevara, Parra y Rojas-Sánchez (2016) concluyen que el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modifica-

ción de hábitos de vida, debe coincidir con las instrucciones proporcionadas por el médico o el personal sanitario y con su adecuado seguimiento, pues son elementos importantes para evitar complicaciones. Se plantea la necesidad de continuar investigando a este respecto en la educación dirigida.

5. Conclusiones

Si bien el estudio exploró los conocimientos y prácticas necesarias para evitar el PD en una muestra de pacientes que no ha desarrollado esta complicación, se esperaba que los resultados estuvieran ausentes de casos con déficit de conocimientos, prácticas inadecuadas y falta de adherentes al tratamiento farmacológico, si se tiene en cuenta que todos los participantes estaban libres de PD o de haberlo padecido. Aún se percibe vacíos en el conocimiento, que invitan a seguir investigando al respecto, con el fin de buscar estrategias efectivas para los procesos de educación continua y de fomento del autocuidado en pacientes diabéticos.

6. Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses sobre el trabajo presentado.

Referencias

- Asociación Médica Mundial (AMM). (1964). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Blanes, J. (2011). Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. *Revista Española Quimioter*, 24(4), 233-262.
- Bustillo-Solano, E., Bustillo-Madrigal, E., Pérez, Y., Pérez, R., Brito, Á., González, Á. y García, J. (2013). Prevalencia de la diabetes mellitus y de la glucemia alterada en ayunas en un área de la ciudad de Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(2), 107-124.
- Chincoya, H., Gil, I., Alvarado, A., Cerdán, M. y Jiménez, R. (2011). Cuidados de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Xalapa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 13(1), 9-15.
- Enciso, Á. (2016). Factores de riesgo asociados al pie diabético. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 3(2), 58-70.
- Gómez-Encino, G., Cruz-León, A., Zapata-Vásquez, R. y Morales-Ramón, F. (2015). Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en relación a su enfermedad. *Salud en Tabasco*, 21(1), 17-25.
- Hijar, A. (2008). *Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC* (Trabajo de Grado). Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/505/hijar_ra.pdf;jsessionid=54A003FD4AE68122A4A7A16B50F16D41?sequence=1

- Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2017). Análisis de la situación de salud del departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales. Recuperado de http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/epidemiologia/asis/ASIS_Deportamental__2017_Nari%C3%B1o.pdf
- Jiménez, S., Rubio, J., Álvarez, J., Ruiz-Grande, F. y Medina, C. (2017). Tendencias en la incidencia de amputación de miembros inferiores después de la implementación de una Unidad Multidisciplinaria de Pie Diabético. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(4), 188-197. Doi: 10.1016/j.endinu.2017.02.00
- López-Romero, L., Romero-Guevara, S., Parra, D. y Rojas-Sánchez, L. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137.
- Marriner-Tomey, A. y Alligood, M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (6.ª ed.). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Morales, M. (2014). Abandono del régimen terapéutico y su relación con la aparición de complicaciones en los pacientes del club de diabéticos del centro de salud No. 3 en el periodo julio-diciembre, 2013. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/310>
- McCulloch, D. (2019). Patient education: foot care in diabetes mellitus (beyond the basics). Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/foot-care-in-diabetes-mellitus-beyond-the-basics>
- Merodio, Z., Rivas, V. y Martínez, A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte Sanitario*, 14(1), 14-20.
- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993 “por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Morisky, D., Green, L. & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Muhammad-Lutfi, A., Zaraiyah, M. & Anuar-Ramdhan, I. (2014). Knowledge and Practice of Diabetic Foot Care in an In-Patient Setting at a Tertiary Medical Center. *Malaysian Orthopaedic Journal*, 8(3), 22-26. Doi: 10.5704/MOJ.1411.005.
- Pérez, M., Godoy, S., Mazzo, A., Nogueira, P., Trevizan, M. y Mendes, I. (2013). Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. *Enfermería Global*, 13(29), 43-52.
- Pinilla, A., Barrera, M., Rubio, C. y Devia, D. (2014). Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético. *Acta Médica Colombiana*, 39(3), 250-257.
- Pinilla, A., Sánchez, A., Mejía, A. y Barrera, M. (2011) Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. *Revista de Salud Pública*, 13(2), 15-35.
- Ramírez-Perdomo, C., Perdomo-Romero, A. y Rodríguez-Vélez, M. (2019). Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40: e20180161. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161>.

- Rodríguez, M., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez, A. y Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención primaria*, 40(8), 413-417.
- Rosales, M., Bonilla, J., Gómez, A., Gómez, C., Pardo, J. y Villanueva I. (2011). Factores asociados al pie diabético en pacientes ambulatorios. *Revista Científica Salud Uninorte*, 28(1), 65-74.
- Silva, P., Rezende, M., Ferreira, L., Dias, F., Helmo, F. y Silveira, F. (2015). Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar. *Enfermería Global*, 37, 38-51.
- Vargas-Uricoechea, H. y Casas-Figueroa, L. (2016) Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica: la experiencia de Colombia. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 28(5), 245-256.