

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN PODOLOGÍA



Título: Evaluación de actividad de educación para la salud en población diabética

Autor: Marchena Rodríguez, Cristina Beatriz

Nº expediente: 802

Tutor: Padrós Flores, Nuria

Departamento y Área: Departamento de Psicología de la Salud. Área Enfermería

Curso académico: 2017-2018

Convocatoria: Junio

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. GLOSARIO	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. MATERIAL Y MÉTODOS	11
4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	13
5. RESULTADOS	13
6. DISCUSIÓN	17
7. CONCLUSIÓN	20
8. BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXO I	24
CUESTIONARIO	24



1. RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad (DM); los hábitos saludables, los cuidados podológicos y determinar, a corto plazo, que la promoción de la salud ayuda a mejorar los conocimientos de su enfermedad, evitar posibles complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo-transversal compuesta por una muestra de 22 pacientes con DM que acudieron a una charla educativa en el Centro Municipal de Mayores de San Juan.

Resultados: Tras los resultados obtenidos hay evidencias suficientes para plantear que la charla educativa es efectiva.

Palabras clave: cuidados del pie, autocuidado, Diabetes mellitus, pie diabético, autoconocimiento de la Diabetes Mellitus, cuestionario, promoción de la salud.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the level of knowledge of patients about their disease (DM); healthy habits, podiatric care and determine, in the short term, that health promotion helps improve the knowledge of their disease, avoid possible complications and improve the quality of life of patients.

Material and methods: A descriptive-transversal study composed of a sample of 22 patients with DM who attended an educational talk at the Municipal Center for the Elderly of San Juan.

Results: After the results obtained there is enough evidence to show that the educational talk is effective.

Key words: foot care, self-care, Diabetes mellitus, diabetic foot, self-knowledge of Diabetes Mellitus, questionnaire, health promotion



2. GLOSARIO

DM: Diabetes Mellitus

PD: Pie diabético

OMS: Organización Mundial de la Salud



3. INTRODUCCIÓN

En 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Diabetes Mellitus como un desorden metabólico de múltiples etiologías, que se caracteriza por una hiperglucemia crónica con alteraciones de los hidratos de carbono, metabolismo de las grasas y proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambas cosas a la vez.

[1]

Existen principalmente dos tipos de diabetes: la Diabetes Mellitus tipo 1, y la Diabetes Mellitus tipo 2.

La DM tipo 1, es el resultado de un proceso autoinmune en el cual, el cuerpo por error destruye las células productoras de insulina o células beta, teniendo un marcado carácter hereditario y genético. Mientras que la DM tipo 2 está caracterizada por la resistencia a la acción de la insulina y/o el trastorno de la secreción de insulina, pudiendo ser esta última una de las características predominantes en la patología. Se ha comprobado que no todos los individuos que padecen este tipo de diabetes necesitarán insulina a lo largo de su vida [2]. Con el tiempo, la diabetes puede aumentar el riesgo de padecer problemas relacionados con la salud, como la ceguera, daño renal, daño a los nervios, úlceras en las extremidades inferiores, así como amputación de los mismos y enfermedades cardiovasculares [3].

El primer paso que hay que dar tras el diagnóstico de una Diabetes Mellitus es un cambio de hábitos de vida, una buena alimentación con una dieta saludable, mantenerse activo físicamente en la medida en la que cada persona pueda, y perder todo el peso extra que tiene. Esto nos ayudará a tratar que la enfermedad no empeore. En caso de que estas medidas no farmacológicas fallen, se pasaría a las medidas farmacológicas. Par ello, lo que se pretende al

tratar a estos pacientes es que se mejore el control glucémico para así evitar o retrasar la aparición y la progresión de complicaciones relacionadas con la diabetes. [4]

Según la OMS y diferentes estudios, la Diabetes Mellitus tiene una prevalencia de un 6% a un 9% en la actualidad en personas mayores de 18 años, unas 135 millones de personas afectadas con la enfermedad, aunque se estima que hay al menos esta misma cifra de pacientes en todo el mundo sin diagnosticar. Esta prevalencia va en aumento, y se prevé que esta tendencia siga hasta 2020, especialmente en los países en vías de desarrollo. [5]

En España encontramos que esta patología se sitúa entre el 9,9% y el 15,9% en población mayor de 30 años, y su prevalencia sigue aumentando con el paso de los años.

El coste sanitario para la Diabetes Mellitus es de los más elevados entre todas las enfermedades crónicas, debida a la elevada morbilidad de las complicaciones que esta genera siendo muchas de ellas degenerativas, como la ceguera en adultos y amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, la tercera causa de enfermedad renal terminal y con frecuencia, de poli-neuropatía periférica. [6, 7]

Las estimaciones para el año 2030 prevén un incremento en el número de afectados, lo que significaría que el 9,9% de la población adulta mundial padecería diabetes (551 millones de personas). [11]

El aumento se debe a una combinación de factores demográficos, hereditarios y ambientales, estilos de vida, dieta, falta de ejercicio, aumento de obesidad, etc. [11, 12,13]

La prevalencia de la Diabete Mellítus tipo 1: Se estima en 0,2% de la población (5-10% de las personas con diabetes).

La prevalencia de la Diabete Mellítus tipo 2: Se estima en un 6% de la población (90-95% de las personas con diabetes), aumentado la prevalencia de forma significativa con la edad: en la población mayor de 65 años oscila entre 10-15%, llegando a ser del 20% si consideramos solo a los mayores de 80 años.

La DM es una de las enfermedades metabólicas crónicas con mayor impacto mundial, debido a su alta prevalencia con un alto coste social y un gran impacto sanitario determinado por el desarrollo de complicaciones crónicas: como insuficiencia renal, ceguera y amputaciones no traumáticas, lo que comporta una disminución importante de la calidad de vida de los pacientes con diabetes. [8,9]

La DM se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad en los países occidentales (10), aunque su impacto puede estar infra estimado dado que la diabetes no siempre se registra adecuadamente en las estadísticas de mortalidad. [11]

Pie diabético

Se define como Pie Diabético como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

La principal causa de úlcera viene dada por la polineuropatía diabética, que provoca la pérdida de sensibilidad que padecen los pacientes diabéticos, frente a cualquier traumatismo,

seguido de la falta de irrigación por patología vascular, la deformidad articular propias de la diabetes mellitus.^[14]

La resolución rápida y eficaz de la ulceración del pie diabético es esencial para evitar la pérdida tisular adicional y la infección, lo que en muchos de los casos acaba acabando con la no amputación de la extremidad. Para ello se recomienda la realización de medios de descarga adecuada para aliviar la presión, la utilización de productos adecuados para promover la curación y prevenir la infección, además del desbridamiento, drenaje y revascularización de la herida si el origen de la úlcera es arterial, no sin olvidar la importancia del adecuado control glucémico y la educación del paciente que son factores importantes para llegar a la resolución del proceso ulceroso.

La elección del tratamiento farmacológico tópico dependerá del estado de la úlcera. Para ello, se han desarrollado diferentes sistemas de clasificación que se basan en las características de la úlcera. Como: Su etiología, profundidad, estado, presencia/ausencia de infección y la afectación de estructuras más profundas. Sistemas de clasificación como el de Wagner o el Texas Foot Classification System, o PEDIS son de utilidad para elaborar un plan de tratamiento y para asignar el nivel de riesgo de amputación. ^[15]

Pie diabético como problema de salud pública

En este momento, las causas más importantes de morbilidad de los diabéticos son las complicaciones crónicas de las Diabetes. Una de ellas es el Pie diabético que se presenta del 15 al 20% de todos los diabéticos.

El PD constituye un problema de salud pública por su alta frecuencia y por sus enormes costos sanitarios y sociales generados por el elevado número de ingresos hospitalarios, las prolongadas estancias, la demanda de atención médica, y la incapacidad laboral de los pacientes, entre otros.

En una revisión del año 2008 sobre autocontrol y educación para la diabetes, se sugería que los pacientes que no recibían información sobre cómo controlar la enfermedad, tenían un notable riesgo de poder desarrollar complicaciones de pie diabético, en concreto cuatro veces superior, con respecto a aquellos pacientes que recibían información sobre el autocontrol de la enfermedad. En este sentido, recordemos que uno de los objetivos de la declaración de Saint Vicent en cuanto a reducción de amputaciones se basaba en la estrategia de la educación como herramienta preventiva [12]

La prevalencia de la DM en el mundo está aumentando notablemente y constituye un serio problema de salud pública, sobre todo por sus devastadoras manifestaciones tardías, que determinan su elevada morbilidad. En 1995, la prevalencia de DM en el mundo fue de 4% y el número de diabéticos, 135 millones. Estas cifras se elevarían en 2025 a 5,4%, o 300 millones de diabéticos.

El mayor éxito de la intervención médica en el manejo de la DM en la actualidad radica en la prevención a todo nivel y a su vez la prevención en DM implica disminuir la prevalencia y sus complicaciones. La prevención en esta enfermedad se puede realizar antes de su diagnóstico (prevención primaria), después de su diagnóstico (prevención secundaria) o cuando ya tiene complicaciones (prevención terciaria). En los primeros niveles se logra un mayor impacto, sin embargo hasta en la prevención terciaria se pueden lograr efectos importantes como en el caso del PD que se ha logrado reducir las tasas de amputaciones en más de 85%.

El objetivo fundamental en la prevención a todo nivel es lograr un cambio favorable y permanente en el estilo de vida. No existe un tratamiento eficaz sin educación de sus portadores.

El paciente diabético una vez diagnosticado debe realizar cambios radicales en su estilo de vida, sobre todo los relacionados a hábitos alimentarios y de actividad física además de los fármacos antidiabéticos que en la mayoría son necesarios.

En prevención específica del PD se denomina prevención primaria cuando el diabético no presenta úlcera en los pies y las medidas que se toman son para evitar la úlcera. En la prevención secundaria el paciente ya presenta úlcera en los pies y se procede a tratarla y curarla para evitar la amputación. En la prevención terciaria el paciente ya ha sido amputado y se procede a la rehabilitación, evitar una nueva amputación o la muerte del paciente.

La prevención primaria su objetivo es la detección temprana de pacientes en riesgo y se logra con medidas sencillas.

El principal paso y el primero es la educación básica del paciente, sobretodo en un adecuado estilo de vida (evitar sobrepeso, el sedentarismo, no fumar ni beber alcohol). Después el segundo paso es el control metabólico y factores de riesgo cardiovascular. Y por tercer y último paso es enseñar medida higiénicas en el pie para hacerla diariamente, uso de calzado adecuado, ejercicio y hacer hincapié en la alimentación.

La prevención secundaria tiene como objetivo evitar la gangrena mediante el cuidado de las úlceras y la corrección de los factores desencadenantes (aliviar puntos de presión, calzado

ortopédico, tratamiento de las deformidades); en este nivel debe intervenir un equipo interdisciplinario especializado.

La prevención terciaria el objetivo principal es evitar la amputación o rehabilitar al paciente que ya ha sido amputado. Requiere un tratamiento intrahospitalario con trabajo interdisciplinario, tiene que ser discutidas en juntas médica-quirúrgicas, para decidir el diagnóstico y el tratamiento.

Para lograr mayor éxito en la educación, se deben identificar en forma temprana los grupos de riesgo de DM. El PD constituye una de las complicaciones de mayor prevalencia de la DM, conlleva una alta morbimortalidad, demandando un alto costo. En esta complicación la intervención médica preventiva logra un significativo éxito, es por ello que hemos seleccionado la prevención del PD como un ejemplo de prevención terciaria y hemos desarrollado el programa de promoción y manejo del PD cuyos objetivos se describen más adelante.

El paciente diabético debe realizar diariamente una higiene y observación meticulosa de su pie, así como tener un serie de precauciones: inspeccionar diariamente los pies para observar la presencia de ampollas, grietas o erosiones, cualquier desgarro de la piel constituye un área potencial de infección; mantener los pies limpios y secos; procurar evitar cualquier lesión en los pies; evitar temperaturas extremas en todo momento; realizar ejercicios físicos; y proteger su pie con medias y utilizar calzado adecuado que permita movimientos de los dedos ^[16]

Para valorar el grado de conocimiento de los pacientes utilizamos el cuestionario (anexo I). El cuestionario es un instrumento que se utiliza para recoger información. Está diseñado para poder cuantificar y hacer universal la información obtenida y, por tanto, estandarizar el

procedimiento de entrevista. Su finalidad es conseguir comparar los resultados de la información obtenida.

Se podría definir como cuestionario de salud, a aquella prueba diagnóstica cuyo resultado se expresa en términos que no serían objetivos y que hacen referencia a aquellos conceptos que tienen impacto sobre el estado de salud de los pacientes [17-20]

Objetivo

-Desarrollar un programa de educación para la salud dónde valoramos los conocimientos de los pacientes.

-Revisar la calidad de los diferentes criterios de autocuidado del pie en los pacientes diabéticos.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal. En este trabajo se realiza un cuestionario (anexo I) en población diabética en edad geriátrica (N=22) para evaluar los conocimientos de educación para la salud previos a la charla educativa y posteriormente se realiza la misma para evaluar los conocimientos aprendidos y comparar los resultados obtenidos.

Se atiende a la población diabética en edad geriátrica del Centro Municipal de Mayores de San Juan, nos ponemos en contacto con los pacientes a través del listado del servicio de Podología, donde encontramos 107 diabéticos. Se pone un máximo de 30 plazas para asistir a la charla, se llama a cada paciente y se apuntan voluntariamente los que quieren participar en dicha charla, de los 30 pacientes llamados y apuntados a la charla, al final asistieron 22 personas.

La educación se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente diabético, por lo que se llevó a cabo la charla educativa para los pacientes diabéticos del centro, con el fin de contribuir a la mejora del control y tratamiento de la enfermedad, la detección precoz de complicaciones y promover la enseñanza del autocuidado, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología ocasiona.

Como ya hemos dicho, previamente al inicio de la charla, se realizó una evaluación de los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad, mediante un cuestionario (anexo I) con preguntas relacionadas con los temas a tratar a lo largo de la charla, entre ellos la introducción a la enfermedad, así como recomendaciones para la prevención del pie diabético, dando una serie de cuidados y normas básicas diarias para el autocuidado del pie.

Al finalizar la charla educativa, se repitió el mismo cuestionario con el fin de determinar si los pacientes habían adquirido nuevos conocimientos sobre su enfermedad.

Para valorar los resultados de los cuestionarios realizados a los pacientes diabéticos se utilizó la prueba de Wilcoxon que es una prueba no paramétrica de dos muestras relacionadas, y determinar si existen diferencias o no entre el primer test y del segundo test.

Los datos obtenidos en ambos cuestionarios fueron analizados con el programa de análisis de datos SPSS.



Figura 1 y 2. Fotografías de la charla-educativa realizada el 27 de abril en el Centro Municipal de Mayores de San Juan.

4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

-Pacientes con DM 1 y 2 atendidos por el servicio de Podología en el centro Municipal de Mayores San Juan donde la población es geriátrica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

-Pacientes con impedimentos físicos (problemas para comunicarse y/o enfermedades neurológicas) o mentales que no permitan el desarrollo de la encuesta.

-No cumplimentar la encuesta en su totalidad

5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos para cada una de las preguntas del cuestionario (anexo I) se resumen en la siguiente tabla:

Pregunta	Test 1 correcta - Test 2 correcta		Test 1 incorrecta - Test 2 correcta		Test 1 incorrecta - Test 2 incorrecta	
	Nº personas	Porcentaje (%)	Nº personas	Porcentaje (%)	Nº personas	Porcentaje (%)
1	11	50%	11	50%	-	-
2	20	91%	2	9%	-	-
3	6	27%	14	64%	2	9%
4	13	59%	8	36%	1	5%
5	13	59%	8	36%	1	5%
6	22	100%	-	-	-	-
7	22	100%	-	-	-	-
8	22	100%	-	-	-	-
9	22	100%	-	-	-	-
10	22	100%	-	-	-	-
11	16	73%	6	27%	-	-
12	12	55%	9	41%	1	5%
13	22	100%	-	-	-	-
14	21	95%	1	5%	-	-

- En la pregunta 1 sobre la definición de la diabetes al principio el 50% de los pacientes contestaron bien en el primer y segundo test. El otro 50% contestaron mal en el primer test pero en el segundo test contestaron bien.
- En la pregunta 2, sobre los tipos de diabetes el 91% de los pacientes contestaron bien en el primer y segundo test. El 9% contestaron mal en el primer test pero en el segundo test contestaron bien.
- En la pregunta 3 “los pacientes que con lesiones en los nervios de los pies sentirán menos dolor que los no diabéticos” sólo el 27% de los pacientes contestaron bien al

principio y al final del test. El 64% contestaron mal en el primer test pero al repetirlo después de la charla acertaron y el 9% no contestaron bien en ningún test

- En la pregunta 4, “todos los pacientes tienen problemas en los pies” el 59% contestaron bien en el primer y segundo test. El 36% en el primer test contestaron mal pero posteriormente al repetirlo contestaron bien y tan sólo el 5% de los pacientes contestaron mal tanto la primera como la segunda vez.
- En la pregunta 5, “los pacientes diabéticos tienen mayor probabilidad de tener los vasos sanguíneos más frágiles” el 59% acertaron el primer y segundo test. El 36% al principio no acertaron y en el segundo si y únicamente el 5% de los pacientes contestaron mal tanto la primera como la segunda vez.
- En la pregunta 6, “la higiene en los pies debe ser diaria” el 100% de los pacientes contestaron correctamente en el primer y segundo test.
- En la pregunta 7, “el producto ideal utilizado en la higiene de pies es agua y jabón” todos contestaron correctamente.
- En la pregunta 8, “deben secar cuidadosamente los pies” el 100% contestaron correctamente.
- En la pregunta 9, “debe secar entre los dedos” el 100% de los pacientes contestaron correctamente.
- En la pregunta 10, “hay que hidratarse diariamente los pies” todos los pacientes contestaron correctamente.
- En la pregunta 11, “sobre el uso de calcetines/medias de fibras naturales” el 73% contestaron correctamente en el primer y segundo test. El 27% contestó mal al principio pero en el segundo test contestaron correctamente.
- En la pregunta número 12, “el corte correcto de uñas” el 55% contestaron bien en el primer test y en el segundo. El 41% en el primer test contestaron mal pero posteriormente contestaron bien y sólo el 5% mal en el primer y segundo test.

- En la pregunta 13, “si acude al podólogo cuanto tiene problemas en los pies” el 100% contestaron bien.
- En la última pregunta, sobre “han de acudir a revisiones podológicas al menos una vez al año” el 95% contestaron bien en el primer y segundo test. Únicamente el 5% el primer test lo tuvieron mal pero luego en el segundo test correctamente.

Como hemos dicho anteriormente para determinar si la charla-educativa fue efectiva o no, se ha aplicado la prueba de Wilcoxon. Para ello será necesario establecer dos hipótesis. En la primera hipótesis, o *hipótesis nula*, se establece que no existe diferencia entre los valores del primer test y del segundo test, la exposición llevada a cabo no habrá tenido efecto. En la segunda hipótesis, o *hipótesis alternativa*, se establece que si hay diferencia entre los valores del primer test y del segundo test, la exposición llevada a cabo habrá tenido efecto.

A continuación se muestran los cálculos realizados:

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
POSTEST - PRETEST	Rangos negativos	21 ^a	11,00	231,00
	Rangos positivos	0 ^b	0,00	0,00
	Empates	1 ^c		
	Total	22		

a. POSTEST < PRETEST
b. POSTEST > PRETEST
c. POSTEST = PRETEST

Estadísticos de prueba ^a	
	POSTEST - PRETEST
Z	-4,043 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	0,000053
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon	
b. Se basa en rangos positivos.	

Podemos decir que, como el valor de p (Sig. Asintótica. (Bilateral)) Es menor que 0,05, (es significativo) se rechaza la hipótesis nula y se concluye que hay evidencias suficientes para plantear que la charla-educativa es efectiva y se acepta la hipótesis alternativa.

Mediante la mejora de sus conocimientos con la promoción de la salud en el pie diabético, ayuda a tomar conciencia de su condición, autocontrol de la diabetes por parte de los pacientes, realizar acciones adecuadas de autocuidado y autoexploración, orientados hacia un cambio de comportamiento positivo, que les permita, en última instancia, reducir el riesgo de complicaciones.

6. DISCUSIÓN

El objetivo es conocer el estado en el que se encuentran los conocimientos, los hábitos salud de los pacientes y el control integral de la DM. Existen múltiples factores que se cree pueden tener influencia sobre el desarrollo de complicaciones de pie diabético, como pueden ser el uso de un determinado tipo de calzado, la presencia de lesiones o la mala higiene.

Revisar la calidad de los diferentes criterios de autocuidado del pie en los pacientes diabéticos.

La presencia de buenos hábitos de salud y el grado de conocimiento de las complicaciones de la DM, contribuyen de manera positiva a disminuir las complicaciones relacionadas con el pie diabético, por ejemplo disminuye la presencia de úlceras y amputaciones en miembro inferior.

Para ello, valoraremos el grado de control integral del paciente diabético y la existencia de hábitos saludables, en relación a las complicaciones más frecuentes a nivel de miembro inferior, y cómo el desarrollo de conductas de salud positivas, tales como la autoexploración, correcta higiene, calzado adecuado, control metabólico óptimo y la educación para la salud, son determinantes en relación con la ausencia o presencia de dichas complicaciones. [18]

La educación para la salud y un adecuado control por parte del podólogo también son efectivos a la hora de la prevención de la aparición de úlceras [19]

Tras la búsqueda de artículos relacionados con este estudio (evaluación de pre y post de conocimientos) y tras el escaso número encontrados relacionados con este. Se pasa a comparar los resultados con un estudio realizado en la Universidad de Barcelona donde se realiza un cuestionario sin haber realizado ningún tipo de educación antes de realizarlo. Al estudio realizado en este trabajo le llamaré Estudio 1 y al realizado en la Universidad de Barcelona en el 2014 sin charla previa Estudio 2.

En relación a la pregunta sobre los conocimientos sobre la definición de la diabetes en el Estudio 1 todos acertaron la respuesta correcta, en comparación con el Estudio 2 sólo el 40% de los pacientes acertaron la respuesta correcta, y en la segunda pregunta sobre si sabían cuántos tipos de diabetes existían se obtuvieron los mismos resultados en ambos estudios, es decir, en

el estudio 1 todos los pacientes acertaron y en el Estudio 2 sólo el 40% de los pacientes acertaron.

La pregunta relacionada con los problemas de los pies en los diabéticos y si tienen mayor probabilidad de tener los vasos sanguíneos más frágiles en el estudio 1 el 95% de los pacientes acertaron respuesta, en comparación con el estudio 2 el 82% de los pacientes. En este caso los pacientes tienen más conciencia sobre los problemas que padecen en los pies y que son más conscientes de que pueden tener problemas.

Sobre la higiene diaria de los pies, en el estudio 1 el 100% aceptaron la respuesta correcta, en cambio en el estudio 2 menos de la mitad acertaron, el 46%. Y sobre el producto ideal es agua y jabón, en el estudio 1 el 100% de los pacientes tuvieron correcta la pregunta, en el estudio dos el 76% de los pacientes acertaron.

En relación con el secado de los pies si debe ser entre los dedos y hacerlo cuidadosamente en el estudio 1 todos los pacientes acertaron el 100%, el 90% de los pacientes dijo la respuesta correcta. Un alto porcentaje en ambos estudios.

Con respecto a la hidratación diaria de los pies, en el estudio 1 el todos los pacientes aceptaron correctamente, en el estudio 2 el 60% de los pacientes respondieron bien.

El uso de calcetines/medias de fibras naturales para los pacientes diabéticos, en el estudio 1 el 100% acertaron, en el estudio 2 el 84%.

Lo relacionado a como deber ser el corte de uñas, en el estudio 1 el 95% de los pacientes acertaron en cambio en el estudio 2, sólo el 36% de los pacientes pusieron la respuesta correcta.

La pregunta referida a si los pacientes han de acudir al podólogo cuando tienen problemas en los pies en el estudio 1, el 100% contestó correctamente en el estudio dos solamente el 36% acertó la correcta

Y por último, a la cuestión de si han de acudir a las revisión una vez al año aunque no tengan factor de riesgo alguno el estudio 1 el 100% de los pacientes acertaron, en el estudio 2 el 66% acertaron.

7. CONCLUSIÓN

Como conclusión, como se ha podido observar en el primer cuestionario realizado, la mayoría de los pacientes diabéticos no tienen información sobre su enfermedad ni de cómo prevenir afecciones como el pie diabético.

Los resultados obtenidos tras la charla-educativa muestran que con un programa de educación sobre diabéticos y como cuidarse puede evitar posibles lesiones que puedan tener tras cualquier traumatismo y que sin ninguna información previa puede desencadenar en una pequeña lesión y posteriormente llegar a una úlcera y después a una amputación.

Un programa adecuado para los diabéticos que permita aumentar el nivel de conocimiento del paciente a nivel de autocuidados, puede reducir los factores de riesgo, también puede reducir amputaciones de dichos pacientes y disminuir los ingresos hospitalarios y sobretodo mejorar la calidad de vida del paciente.

Una buena educación por parte del podólogo es esencial para evitar posibles complicaciones para los pacientes diabéticos.



8. BIBLIOGRAFÍA

1-World Health Organization. *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus.* Geneve: World Health Organization 1999. p. 539-53

2-Annersten Gershter, M. (2011). *Prevention of foot ulcers in patients with diabetes mellitus.* [Recurso online]. [Consultado el 15/01/2015]. Disponible en:
<http://dspace.mah.se/dspace/handle/2043/12383>

3- González, P., Faure, E., & del Castillo, A. (2006). *Coste de la diabetes mellitus en España.* *Medicina clínica*, 127(20), 776-784. [Recurso online]. [Consultado el 29/11/2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-coste-diabetes-mellitus-espana-13095815>

4- *Revisión del Padrón municipal 2010.* Instituto Nacional de Estadística. [Recurso online]. [Consultado el 27/01/2015]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p05/a2010/l0/&file=00046002.px&type=pcaxis&L=0#nogo>

5-Pinilla, A. E., Barrera, M. D. P., Sánchez, A. L., & Mejía, A. (2013). *Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria.* *Revista Colombiana de Cardiología*, 20(4), 213-222. [Recurso online]. [Consultado el 21/01/2015]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0120563313700585/1-s2.0-S0120563313700585-main.pdf?_tid=ad1f8520-f1aa-11e5-979300000aab0f01&acdnat=1458815285_ac50cda312ec69e894eba686aa9015c2

6- *Imagen puntos monofilamento Semmes-Weinstein.* [Recurso online]. [Consultado el 27/01/2015]. Disponible en:
http://www.portalesmedicos.com/imagenes/publicaciones_12/1201_monofilamento_exploracion_sensorial/zonas_recomendadas_exploracion.jpg

7- *Imagen puntos monofilamento Semmes-Weinstein.* [Recurso online]. [Consultado el

27/01/2015].

Disponible

en:

http://www.portalesmedicos.com/imagenes/publicaciones_12/1201_monofilamento_exploracion_sensorial/zonas_recomendadas_exploracion.jpg

8-Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007

9-Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus. El Cairo. Oussama MN Khatib. 2006

10-Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: The neglected chronic diseases of adults. *Lancet*. 2003; 362: 903–8

11- International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, Fifth Edition, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation 2011*. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas>

12- Wild S et al. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004 (5): 1047– 1053.

13- Centres for Disease Control and Prevention (CDC), Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults: United States, 1999-2000. *MMWR* 52; 833-37

14-Organización mundial de la salud [Internet]. Informe mundial sobre la diabetes;[citado 29 marzo 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua1

15-García García E. Pie diabético. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. [Internet] 2002 Abril-Junio;10(2): 84-88 . Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2002/er022g.pdf>

16- Luis Neyra-Arisméndiz,^{1,2} José Solís-Villanueva,^{1,3} Óscar Castillo-Sayán^{1,4} y Freddy García-Ramos ¹. REVISIÓN DE TEMA PIE DIABÉTICO. *Rev Soc Peru Med Interna* 2012; vol 25 (2): 83

17- Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. 2004;(5(17)):23-9.

18- Alonso J, Prieto L, Antó Boque JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36) : un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med. Clínica*. 1995;(104(20)):771-6.

19-Badia X, Baró E. [Health questionnaires in Spain and their use in primary care]. *Atencion Primaria Soc. Española Med. Fam. Comunitaria*. 30 de septiembre de 2001;28(5):349-56.

20-Badia X, Carné X. [Evaluation of quality of life in clinical trials]. *Med. Clínica*. 25 de abril de 1998;110(14):550-6.

ANEXO I

CUESTIONARIO

1- ¿En la DM hay un aumento de azúcar en sangre?

- Si
- No

2-¿Cuántos tipos de diabetes hay?

- 1
- 2

3-Los diabéticos con lesiones en los nervios de los pies sentirán menor sensación de dolor que las personas no diabéticas:

- Verdadero
- Falso

4-¿Todos los diabéticos tienen problemas en los pies?

- Verdadero
- Falso

5-Las personas diabéticas tienen mayor probabilidad de tener los vasos sanguíneos más frágiles

- Verdadero
- Falso

6-¿La higiene en los pies debe ser diaria?

- Verdadero
- Falso

7-¿El producto ideal utilizado en la higiene de pies es agua y jabón?

- Verdadero
- Falso

8-¿Debemos secar cuidadosamente lo pies?

- Sí
- No.

9- ¿Hay que secar entre los dedos del pie?

- Sí
- No.

10-¿Hay que hidratarse diariamente los pies?

- Sí
- No

11-¿Hay que usar de calcetines/medias de fibras naturales?

- Sí
- No: aquellos que usan calcetines o medias de materiales sintéticos o que no usen calcetines/medias.

12-¿Cómo es el corte de uñas correcto?

Corte recto de la lámina ungueal, sin redondear bordes y sin cortar la cutícula.

- Corte redondeado en los bordes latero-distales de la lámina ungueal, corte oblicuo en los bordes latero-distales de la lámina ungueal.

13-Los diabéticos, ¿han de acudir al podólogo cuando tiene problemas en los pies?

- Sí: los que acuden al podólogo cuando tienen un problema en el pie.
- No: Se lo intenta solucionar el mismo, la esteticien, un familiar o un amigo

14- Los diabéticos, ¿han de acudir a las revisiones podológicas al menos 1 vez al año en aquellos que no tengan ningún factor de riesgo?

- Sí: acude al podólogo al menos 1 vez al año.
- No: no acude al podólogo de forma anual.

