

Hábitos de salud podológica en población con Diabetes Mellitus

Emmanuel Navarro Flores

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
manu_podo@hotmail.com

Tutores

Juan V. Beneit Montesinos

José Luis Lázaro Martínez

Carmen Gamella Pizarro

Esther García Morales

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.

jybeneit@enf.ucm.es diabetes@enf.ucm.es cgamella@enf.ucm.es esthergarciamorales@yahoo.es

Resumen: La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que puede presentar complicaciones en los pies. Para evitarlo se llevan a cabo programas de control del paciente por parte de las distintas especialidades sanitarias. Un ejemplo es la práctica de adecuados hábitos de salud, los cuales previenen problemas a nivel de miembros inferiores y en el estado general de salud del paciente. La prevalencia de DM se estima que se duplicará en el periodo de tres décadas comprendido entre el año 2000 y 2030, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pudiendo hablar incluso de “epidemia de Diabetes”. Dicho aumento en la morbilidad se debe al incremento de la población mayor de 65 años, constituyendo la quinta causa de mortalidad a nivel mundial. El objetivo de nuestra investigación es conocer el estado en el que se encuentran los hábitos salud de los pacientes y el control integral de la DM en relación con la presencia de complicaciones en miembros inferiores. Para ello valoraremos el control de la enfermedad que presenta el paciente diabético por parte de las distintas especialidades sanitarias, las cuales desarrollan programas de información referente a la prevención de las posibles complicaciones en sus pies, con el fin de que el diabético desarrolle conductas saludables en aspectos relevantes como la autoexploración, higiene y calzado adecuados, mediante la realización de un cuestionario y hoja de registro que recojan aspectos relevantes relacionados con los hábitos de salud. La bibliografía consultada hace referencia a estudios desarrollados en consultas de atención primaria y podología debido a que en estos centros son atendidos pacientes diabéticos que presentan complicaciones derivadas de la mala práctica de hábitos saludables. Estos estudios concluyen en que existen diferencias en función de las condiciones sociodemográficas de los mismos. Para el desarrollo de nuestra investigación se llevará a cabo un estudio observacional tomando como referencia pacientes diabéticos de primera consulta que acudan a la Unidad de Pie Diabético

(UPD) de la Clínica Universitaria de Podología (CUP) de la Universidad Complutense de Madrid.

Palabras clave: Educación sanitaria de diabéticos. Pie diabético-Cuidados.

Abstract: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease which can present complications in the feet. To avoid them, there are carried out programs for patient monitoring by the different health specialities. An example is the practice of proper health habits, which prevent problems at the lower limbs and in the general health of the patient. The prevalence of DM is estimated to double in the three decades between 2000 and 2030, according to the World Health Organization (WHO) and may even speak of "Diabetes epidemic". The increase in morbidity is due to the increase in population over the fifth 65, being mortality worldwide. The aim of our research is to know the state in which the health habits of patients and the control of the DM in relation to the presence of complications in lower limbs. For this value the control of the disease that presents diabetic patients by different health specialties, to develop information programs concerning the prevention of possible complications in your feet. In order to the diabetic to develop healthy behaviors in the self-important points, hygiene and appropriate footwear by conducting a questionnaire and record sheet to collect relevant aspects related to health habits. The literature refers to studies conducted in primary health care and podiatry, because at these centers are treated diabetic patients who have complications from the bad practice of healthy habits. These studies conclude that there are differences depending on the sociodemographic conditions of the same. For the development of our research will be carried out an observational study with reference to diabetic patients first attending the diabetic foot unit (UPD) of University Clinic Podiatry (CUP) from the Complutense University of Madrid.

Keywords: Diabetic foot. Orthopedic shoes. Health education of diabetics.

INTRODUCCIÓN

Según datos de la OMS, la Diabetes Mellitus afecta a más de 130 millones de personas en el mundo. En España dicha prevalencia oscila entre el 10 y el 15 % y su afección de úlceras en los pies a nivel mundial entre el 4 y el 10%, pudiendo llegar a ser hasta de un 25% o más a lo largo de la vida del enfermo⁽¹⁾.

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.

El papel de las especialidades que tratan con el paciente diabético y el desarrollo adecuado de los distintos programas para concienciar a éste, son cruciales para lograr este objetivo.

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.

Por otro lado, en la consulta podológica encontramos disparidad de resultados en la efectividad de los programas desarrollados para prevenir las complicaciones derivadas de la falta de autocuidados y malos hábitos, debido al alto grado de complejidad y entrenamiento, que conlleva el desarrollar un adecuado método de educación diabetológica para el cuidado de salud del diabético.

Existen estudios que han demostrado la efectividad en relación a los hábitos de salud general. Por ejemplo, el óptimo control metabólico, el abandono del tabaco, la actividad física o el control de la tensión arterial y el colesterol, son fundamentales para evitar posibles complicaciones como la neuropatía. Por tanto, contribuyen de manera positiva a la reducción de complicaciones de la DM⁽¹⁾.

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⁽¹⁾.

Parámetros como el autodiagnóstico, el concepto de paciente de riesgo y las complicaciones derivadas del pie diabético han sido definidos en estudios realizados en el ámbito de atención primaria de salud, del que existe amplia bibliografía al respecto. Sin embargo, dichos estudios carecen de fiabilidad y reproductibilidad, al presentar alto grado de sesgo, debido a que el tamaño de muestras seleccionado es poco representativo^(1,2).

Casi toda la literatura específica concluye en que mejorar conductas como los hábitos de higiene, la hidratación, el calzado, el tipo de calcetines y el cuidado podológico, contribuyen positivamente para evitar posibles complicaciones derivadas de esta enfermedad⁽²⁾.

Valk señala que existe relación entre la educación al paciente diabético y la reducción de úlceras y amputaciones. De hecho, uno de los objetivos de la declaración de Saint Vincent de 1989 fue la reducción del 50% de las amputaciones derivadas de la diabetes en los cinco años posteriores⁽³⁾ así como el hecho de la falta de conocimiento de enfermos y profesionales, junto con un inadecuado tratamiento están dando lugar a una morbilidad innecesaria⁽⁴⁾.

Según los resultados de las revisiones sistemáticas de Valk y Vermeire referente a ensayos clínicos aleatorizados, encuentran alto grado de deficiencia metodológica debido al sesgo de selección de la muestra que es poco representativa, además de que los resultados obtenidos en su análisis no eran extrapolables a otros grupos de población^(4,5).

Por lo anterior, se hace necesario mejorar las investigaciones que determinen estrategias de grado de cumplimiento de la práctica de buenos hábitos para mejorar las complicaciones resultantes de la diabetes.

En la revisión de Valk se menciona un ensayo clínico del año 1987 donde Bloomgarden determinó en un estudio de atención primaria que era necesaria la autoexploración de los pies⁽⁴⁾.

De hecho, en el año 2001, Calle-Pascual et al. refirieron la importancia de poner en marcha un programa de salud en la Comunidad de Madrid referente a la prevención y reducción de úlceras en población diabética⁽⁶⁾. Aunque por otro lado encontramos en base a la experiencia de nuestras consultas que existen diferencias en torno al tipo de paciente diabético, en cuanto a características socioeconómicas, grado de conocimiento, control de la enfermedad y desarrollo de buenos hábitos de salud.

Un estudio publicado en una revista de podología en el año 2006, hacía referencia a los cuidados básicos de higiene, calzado adecuado y autocuidado del paciente. Su objetivo era la reducción de complicaciones derivadas de una mala práctica o ausencia de hábitos saludables⁽⁷⁾.

Asimismo, los estudios publicados por Lincoln y Lorig en el año 2008 concluyen en la necesidad de ampliación de programas de prevención para la reducción de complicaciones derivadas de la diabetes, especialmente en la reducción de aparición de úlceras^(8,9). Desde el punto de vista de la presencia de amputaciones y desarrollo de ulceración en miembros inferiores en población diabética y no diabética, Canavan habla en 2008 de que el riesgo relativo de amputación es 46 veces mayor a 5 años vista en población diabética respecto de la no diabética. De ahí la importancia de la prevención de complicaciones en este grupo de población⁽¹⁰⁾.

Una visión estrictamente podológica del grado de complicación, en lo referente a la microangiopatía y la neuropatía, es la de Armstrong en el año 2005, donde valora estudios de intervención educacional⁽¹¹⁾.

Existen otras publicaciones que estudian factores relacionados con los hábitos de salud, concluyendo que el grado de lesión podría reducirse, si se controlasen dichos hábitos como de factores de riesgo principal^(12, 13).

Desde el punto de vista del análisis metabólico de la enfermedad, existen numerosos estudios que hablan acerca del hábito de autocuidado, en relación a la

reducción de niveles plasmáticos de glucosa, hemoglobina glicosilada media u otros parámetros que constituyen factores de riesgo.

Por ejemplo, el control de la tensión arterial en relación a las posibles complicaciones que se presentan en miembros inferiores para prevenir la aparición de úlceras o amputaciones derivadas de un inadecuado control. Dichos estudios se realizan mediante ensayos clínicos o por metanálisis como es el caso de Kazue, Gary y Norris^(14, 15, 16, 17).

En lo referente al apartado específico de calzado para diabéticos, Tazi en el año 2008 concluye en su estudio, en la necesidad de elaborar un calzado adecuado para el paciente de alto riesgo a fin de evitar la reulceración debido a que en un elevado número de pacientes el calzado era pequeño para el pie y está demostrada la relación entre calzado inadecuado y lesiones en pacientes diabéticos, así como con la amputación⁽¹⁸⁾.

En cuanto a la documentación podológica de interés, existe material no publicado de la UPD de la CUP. Concretamente un estudio específico de hábitos de calzado en población diabética, en relación a como éste podría afectar a su salud podológica, señalando que existe una relación directa entre el uso de un calzado inapropiado y el desarrollo de úlceras en pacientes de diabéticos de riesgo.

En lo referente a cuidados de higiene, incluso a pesar de haber recibido información sobre hábitos de salud y cuidados, un 60% de los pacientes del estudio presentaban poca destreza en lo referente intervenciones preventivas^(19,20).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Los hábitos de salud y el control integral de la DM condicionan de forma inversa la presencia de complicaciones en el pie.

Objetivos

- Valorar grado control de diabetes y presencia de buenos hábitos de salud de los pacientes de estudio.
- Verificar el estado de autocuidado del paciente y la práctica de buenos hábitos, y si éstos se demuestran eficaces para prevenir las complicaciones derivadas del pie diabético.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de estudio

Para el desarrollo de nuestra investigación se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal.

Material y métodos

- **Cuestionario.** Se llevará a cabo el diseño y validación de éste, sobre hábitos de salud en relación al control de distintas especialidades sanitarias. Tomando como referente el de higiene y características de calzado, realizado en un estudio previo y la hoja de registro de datos de la UPD como patrón. Éstos se incluyen en los Anexos I y II de este documento.
- **Hoja de registro.** Donde incluya mediciones de parámetros patológicos:
 - ✓ Vasculopatía: con sonda Doppler y cálculo del índice Tobillo/Brazo (ITB).
 - ✓ Neuropatía: con aparato neurobiotensiómetro y Monofilamento Semmes-Weinstein 5.07mm (10g).
 - ✓ Patología osteoarticular: con Radiología Dorso-plantar y lateral en carga, mediante goniometría.
 - ✓ Presencia de de úlceras en miembros inferiores: mediante escala Wagner y Universidad de Texas.
 - ✓ Infección de lesiones: mediante cultivo microbiológico.
 - ✓ Longitud y anchura de calzado: en comparación con el tamaño de los pies.
 - ✓ Análisis visual de presencia de fibras naturales y costuras en el calcetín o media.

Se procederá al estudio vascular con Doppler utilizando el ITB considerándolo patológico cuando éste sea menor de 0.9, siendo la normalidad 0,90-1,30. Si bien este valor podrá ser reemplazado por el cálculo de presión transcutánea de oxígeno (TcPO₂) midiendo el aporte de oxígeno que llega a través del flujo sanguíneo desde el sistema respiratorio hasta los tejidos, mediante la cantidad de oxígeno desprendida a través de las células de la epidermis, debido a que algunos pacientes pueden presentar calcificación de la túnica media del epitelio arterial. Constituyendo el valor del ITB un sesgo.

El estado neuropático se medirá usando el biotensiómetro, aceptando como sistema de medida la presencia de neuropatía al aplicar 25V o más, en más de 4 puntos explorados de un total de 10. Las regiones exploradas son en dorso del pie, la base de los metatarsianos, articulación cuneo-metatarsiana, primer espacio interdigital. A nivel plantar, cabezas metatarsales 1ª, 3ª y 5ª y apófisis inferior del calcáneo, arco longitudinal interno. A nivel de la articulación, astrágalo-escafoidea, y arco longitudinal externo. A nivel de la apófisis estiloides de V metatarsiano, pulpejos de 1º y 5º dedo. Maléolo interno y externo.⁽²¹⁾

La presencia de deformidades óseas se valorará mediante goniometría radiológica y presencia de lesiones articulares en rayos X, con placas dorso-plantares y laterales en carga, así como por la clínica. Las variables medidas goniométricamente, recibirán trato cuantitativo, según los parámetros de goniometría radiológica vigentes. Mediante la clínica, las variables se tratarán cualitativamente, tomando como patrón presencia de lesión osteoarticular, sí o no.

El estado de las uñas se valorará clínicamente y mediante cultivo microbiológico si procede. Las lesiones en la piel del tipo grietas, fisuras e hiperqueratosis se realizará por observación directa. Se tratará a las variables cualitativamente, de forma dicotómica, en función de presencia o ausencia de lesiones, sí o no.

La presencia de úlceras se valorará clínicamente y será tratada cuantitativamente, mediante escala Wagner y Universidad de Texas.

En cuanto al calzado, relacionaremos medición la longitud, anchura de la horma y elementos como el tamaño del tacón y su relación con la presencia de lesiones en antepié como factor de riesgo. Así mismo, realizaremos medidas de longitud del pie y contorno del mismo a nivel metatarsal. En este caso, las variables tendrán un tratamiento cuantitativo.

Los calcetines o medias serán valorados según el tipo de material de confección en el que se considerará la fibra natural como patrón ideal y la presencia de costuras que puedan suponer riesgo para el paciente se considerará un riesgo.

Estos dos últimos parámetros hacen referencia a los de uso más frecuente por los pacientes.

En resumen, las variables de estudio serán tratadas de modo cualitativo cuando se valore presencia o ausencia de los parámetros estudiados por observación directa y las mediciones de parámetros validados de modo cuantitativo.

Población de estudio

Muestra de población diabética aleatoria. Pacientes de ambos sexos, adultos, mayores de 18 años diagnosticados de DM que acuden por primera vez a consulta y

sean atendidos en la Unidad de Pie Diabético (UPD) de la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad Complutense de Madrid (CUP).

La población estará estratificada según el riesgo de complicaciones relacionadas con el pie diabético definido por la presencia o ausencia de neuropatía, microangiopatía, pie de Charcot y presencia de úlcera en miembros inferiores, mediante protocolo UPD. Se realizará muestreo sistemático de pacientes por edad y sexo: pacientes de primera consulta, 4 a 1 en la razón hombre-mujer.

Mediante la realización de un estudio piloto previo con 100 pacientes a fin de determinar el tamaño muestral. Para realizar una estimación, que dependerá del volumen de la consulta, y los pacientes de primera consulta que acudan, se calculará con software informático Granmo 5.2.

El nivel de estudios se medirá según el cuestionario del padrón municipal de Madrid.

- Nivel de estudios terminados:
 1. No sabe leer ni escribir.
 2. Sin estudios.
 3. Enseñanza primaria incompleta.
 4. ESO, Bachiller elemental, Graduado Escolar, EGB completa, Primaria completa o equivalente.
 5. Formación profesional primer grado.
 6. Formación profesional segundo grado.
 7. Bachiller Superior, BUP.
 8. Otros titulados medios.
 9. Diplomado de escuelas universitarias.
 10. Arquitecto o Ingeniero técnico.
 11. Licenciado universitario, Arquitecto o Ingeniero superior.
 12. Titulados de estudios superiores no universitarios.
 13. Doctorado y estudios de postgrado o especialización para licenciados.

Los criterios de inclusión y exclusión vendrán definidos por el diagnóstico de DM. Incluyendo en el estudio a los pacientes diabéticos y quedando excluidos los que no presentan diagnóstico de Diabetes Mellitus.

La validez externa viene definida por los pacientes que acuden a consulta proveniente de todos los estratos sociales, económicos y culturales.

La validez interna vendrá dada por el protocolo de derivación a una unidad de pie diabético que se basa en la atención en podología a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Variables a utilizar

- **Independiente**

Aplicación de cuidados y hábitos saludables de podología (autoexploración y autocuidado).

- **Dependiente**

Presencia de complicaciones relacionadas con el pie diabético (neuropatía, microangiopatía, úlceras, amputaciones, sexo, fecha de nacimiento, tipo de DM, nivel socioeconómico, etc.).

Métodos de recogida de la información

- **Cuestionario**

Usando como referente el protocolo de historia clínica de la UPD de la CUP utilizados en estudios piloto previos. Contenido en el Anexo I de este documento.

Mediante este documento, evaluaremos cuales son los hábitos de salud del paciente, si tiene control por parte de las especialidades implicadas en el tratamiento de la diabetes y no sólo por el endocrino, que valorará su función metabólica y aspectos relacionados con la enfermedad endocrina.

Así, el nefrólogo valorará la función renal, el cardiólogo las posibles complicaciones cardíacas, el cirujano vascular controlará el estado circulatorio, el oftalmólogo lo referente a la presencia de retinopatía, el profesional de enfermería relacionado a la educación diabetológica, el médico de atención primaria aspectos referentes al perfil lipídico, hemoglobina glicosilada media y glucemias y por último el podólogo controlará el riesgo de complicaciones en miembros inferiores. Este tipo de variables se tratará de un modo cualitativo dicotómico, es decir sí o no, en función a su presencia o ausencia.

- **Hoja de Registro**

Mediante protocolo de la UPD que será usado como patrón de referencia. Referido en el Anexo II.

Métodos estadísticos

Software informático SPSS 15.0 para tratamiento de las variables de estudio mediante t-Student para inferenciar los resultados y la Ji-cuadrado.

Plan de trabajo

El desarrollo del estudio se llevará a cabo durante un periodo de tiempo necesario para llegar a las conclusiones, estimado en 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramón Cabot J, Fernández Trujillo M, Forcada Vega C, Pera Blanco, G. Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. *Enf Clín.* 2008; 18:302-308.
2. Martínez Vélez, F. Estudio sobre el estado de los pies de los diabéticos en atención primaria. *Revista Española de Podología.* 2004; XV (1): 6-12.
3. World Health Organization (Europe) and International Diabetes Federation (Europe). *Diabetes Care and Research in Europe: The St Vincent Declaration.* *Diabet Med.* 1990; 7:360.
4. Valk GD, Kriegsman DM, Assendelft WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 25(1):CD001488.
5. Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Intervenciones para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 (Revisión Cochrane traducida).2. *The Cochrane Library,* 2008; 2.
6. Calle-Pascual AL, Durán A, Benedi A, Calvo MI, Charro A, Díaz JA, et al. Reduction in foot ulcer incidence; relation to compliance with a prophylactic foot care program. *Diabetes Care.* 2001; 24:405-7.
7. Pérez Conde FJ, Ramos Galván P, Castillo López JM. Taller práctico sobre cuidados en el pie diabético: experiencia en la sierra sur de Sevilla. *Salud del pie: revista andaluza de podología.* 2006; 40: 30-33.

8. Lincoln NB, Radford KA, Game FL, Jeffcoate WJ. Education for secondary prevention of foot ulcers in people with diabetes: a randomised controlled trial. *Diabetologia*. 2008; 51:1954–61.
9. Lorig K, Ritter PL, Villa F, Piette JD Spanish Diabetes Self-Management With and Without Automated Telephone Reinforcement *Diabetes Care* 2008; 31:408–414.
10. Canavan RJ, Uwin NC, Kelly WF, Connolly VM. Diabetes- and nondiabetes-related lower extremity amputation incidence before and after the introduction of better organized diabetes foot care. *Diabetes Care*. 2008; 31: 459-463.
11. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*. 2005; 293:217-28.
12. Tizón Bouza E, Dovale Robles MN, Fernández García MY, Fernández Veiga C, López Vilela M, Mouteira Vázquez M, et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Aten Prim*. 2004; 34(5): 263-264.
13. Sanz-Cuesta T, Cura González MI del, Azcoaga Lorenzo A, González González AI, Tello Bernabé ME, Rodríguez Gabriel G, et al. Revisión sistemática de las intervenciones educativas grupales en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Prim*. 2005; 36(10):573-5.
14. Kazue Y, Toshiro T, Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2005; 28(11): 2780-86.
15. Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati F. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2003; 29:488-501.
16. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Selfmanagement education for adults with type 2 diabetes: a metanalysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*. 2002; 25:1159-71.
17. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of selfmanagement training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001; 24:561-87.
18. Tazi O, Debure C. Preventing high-risk diabetic foot ulceration by a new method of custom-made shoes in high-risk patients. Prospective study *J Mal Vasc*. 2008; 33(4-5):191-5.

19. Álvarez-Calderón Iglesias O, Alonso Tajés F, López López D, Gómez Martín B, Sánchez Gómez R. Análisis del calzado en una población mayor de 60 años. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*. 2008; 2 (1):19-26.
20. Peralta Carreño C, Mocoroa Perales M, Molines Barroso R, Fuentes Peñaranda Y, Lázaro Martínez JL, García Morales E. Evaluación de los conocimientos sobre los cuidados del pie del paciente diabético. En: III Jornadas Complutenses. II Congreso Nacional de Investigación alumnos de Pregrado en Ciencias de la Salud. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008. CD-ROM.
21. Abbott CA, Vileikyte L, Williamson S, Carrington AL, Boulton AJ. Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration. *Diabetes Care*. 1998; 21:1071-5.

ANEXO I



EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS DEL PIE DEL PACIENTE DIABÉTICO

Nº de Registro:.....

INSTRUCCIONES: Para indicar su respuesta marque con una "X" la opción u opciones elegidas.

SEXO: † Hombre † Mujer EDAD:..... TIPO DE DIABETES:.....

DESDE CUÁNDO ES DIABÉTICO.....

Del 1 al 10 ¿Cuánta importancia le da al cuidado de sus pies?
.....

1. Presenta actualmente alguna de estas lesiones en el pie (puede marcar más de una opción):

† Herida/úlceras † Amputación † HQ † Deformidades digitales
† Alteraciones en la uñas † No tengo

2. Ha recibido recomendaciones sobre cómo cuidarse los pies por parte de: (puede marcar más de una opción)

† El médico de cabecera † La CUP † El zapatero † El podólogo
† La enfermera † Otros.....

Si respondió **SÍ**. En qué formato recibió esta información (puede marcar más de una opción)

† De manera oral † Folleto † Carta † Conferencia /cursos
† Otros.....

3. ¿Acude periódicamente al podólogo para revisar sus pies (cuando no tiene heridas)?

† Sí † No † 1/ mes † Cada 2-3 meses † No acudo
† Otros

4. ¿Cada cuánto tiempo se inspecciona los pies?

- +1/día 1/día 2-3/semana 1/semana 1/mes
 No me los inspecciono

5. ¿Dónde realiza el aseo de sus pies?

- Ducha Bañera Bidet Barreño
 Otros.....

6. ¿Con qué frecuencia se asea los pies?

- A diario 2-3 /semana 1/semana Otros

7. ¿A qué temperatura utiliza el agua para lavarse los pies?

- Fría Caliente Templada No presto atención

8. ¿Utiliza algún jabón especial para el aseo de sus pies? No Sí

- Si respondió **SÍ**, marque cuál: Ácido (ph < 5,5) Básico (ph > 5,5)
 Neutro (ph de 5,5) No sé

9. Cuando se seca los pies ¿A qué zona/s presta mayor atención? (puede marcar más de una opción):

- Talón Planta Entre los dedos Los dedos Empeine
 A ninguna

10. ¿Se hidrata los pies regularmente?

- Sí No Cuando me acuerdo Nunca
¿Qué crema utiliza?.....

11. ¿Utiliza algún objeto para calentarse los pies?

- Una manta eléctrica Botella/Bolsa de agua caliente Radiador
 Brasero No uso ninguno

12. Al comprar medias o calcetines ¿Qué considera más importante? Enumere del 1 al 5 de mayor a menor importancia:

- () De tejidos naturales () Ausencia de costuras/dobleces () Precio
() Que no compriman en la pierna o muslo () Diseño

13. Al comprar el calzado ¿Qué considera más importante? Enumere del 1 al 6 de mayor a menor importancia:

- () Diseño () Materiales () Precio
() Que presente sistema de sujeción () Ausencia de costuras internas
() Mucha capacidad interna

14. ¿Qué características busca en su calzado?

Puntera: † Redonda † Cuadrada † Triangular

Tacón: † Bajo † Medio † Alto // † Ancho † Estrecho

Suela: † Goma † Cuero // † Fina † Gruesa

¿Modelo utilizado habitualmente? † Blücher † Salón † Mocasín † Deportivo
† Otros

15. ¿Revisa a diario el interior del calzado antes de ponérselo? † Sí † No

16. ¿Camina habitualmente descalzo en casa o fuera (verano)?

† Sí † No † A veces

17 ¿Presta más atención a sus pies cuando compra un nuevo calzado?

† Sí † No

Si respondió **SÍ**. Con qué frecuencia:

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO II

REGISTRO DATOS UPD

Nº Registro: _____ **PIE DERECHO:** **PIE IZQUIERDO:**

Nº historia: _____ **Nombre y Apellidos:** _____

Telef: _____ // _____ **Edad (dd/mm/aaaa):** _____

Fecha 1ª C: _____ **Sexo:** H M **Motivo consulta:** Úlcera Prevención Tto ortop Quiro Otros _____

Tipo de DM: _____ **Evol. DM (años):** _____ **Medicación:** _____ **PESO:** _____ Kg **TALLA:** _____ m

DM 1
 DM 2 NID
 DM 2 ID
 No DM

TTO:
 Dieta+ejerc
 ADO
 Ins
 ADO+ Ins

Tto.HTA AINES Otros (espec.) _____
 Antiagregantes ATB
 Colesterol Gabapentina
 Corticoides

Glucemia: _____
 HbA1c: _____

Antecedentes:

Alergias: _____

Retinopatía
 Nefropatía
 HTA
 Hipercolesterolemia
 Antec.CV
 Dieta
 Sedentarismo
 C.endocrino
 C.vascular
 C.neurológico
 Ant.ulceración
 Ant.amputación
 Otros _____

Expl. Neurol.: Afect. Superficial ____/10 Sint. Neurop.
 Afect. Vibratil: Maleolo Int. PD PI Melolo Ext. PD PI 1ª cabeza mtt PD PI
 _____ PD PI _____ PD PI
 5ª cabeza mtt _____ Hallux _____

Expl. Vascular: Pulsos - Pedio PD PI - T. Post PD PI
 SI _____ SI _____
 NO _____ NO _____

Escala:
 Texas _____
 Wagner _____

TcPO2: PD _____ mmHg PI _____ mmHg **Cl:** SI NO
 ITB PD _____ PI _____
 PST _____ PSB _____
 Tabaco SI NO Ex
 Enolismo SI NO Ex
 Calcific. SI NO
 OAND SI NO

Recibido: 11 febrero 2010.
 Aceptado: 3 marzo 2010.