



Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

Título: PIE DIABETICO- PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Cuidado de los pies de pacientes diabéticos de las áreas programáticas de los CAPS
“Jardín Residencial” y “Faldeo del Velazco Sur”- La Rioja

Autor: Almonacid, María Noelia. **Mat:** 12611

Asesora Metodológica: Lic. Cubilo, María E.

Asesora Temática: Lic. Quiroga, María Isabel

-La Rioja 2015-

PÁGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

Calificación.....

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

Tribunal Examinador

.....

Vocal

.....

Presidente

.....

Vocal

Agradecimientos:

Le agradezco a **Dios** todo poderoso por ser mi guía espiritual, mi fortaleza en momentos de debilidad. A **Santa Rita**, a mi **Virgencita del Valle** que son tan Milagrosas, que me conducen siempre hacia el camino del bien. Gracias por darme la conformidad de tener a mis padres con vida y salud, solo Dios sabe lo importante que son ellos para mí, al igual que todas aquellas personas que me apoyaron y confiaron para hoy estar aquí defendiendo mi trabajo final.

A mis padres; Gabriela y Tito les doy gracias por el apoyo brindado a lo largo de mi vida, por darme la oportunidad de estudiar ésta carrera sabiendo que demandaba un gran costo para la familia, gracias por confiar que podía llegar y yo orgullosa de cumplirles.

A mis Tías; Mimí, Beatriz, Liliana y chochi, por ser ellas los pilares fundamentales de esta hermosa familia que siempre estuvo a mi lado con tan solo una palabra de aliento.

A mis Hnos.; Laura, Gonzalo y Ana por ser una parte fundamental de mi vida, que sin ellos no hubiese llegado a ser lo que soy ahora, a pesar de nuestras diferencias, los amo.

A mi flia de la Capital, Los Nadal; gracias por abrir su casa y corazón para mí como para mi flia.

Un **agradecimiento especial** a mis primos Fabrizia y Adolfo por estar siempre cuando los necesité, no solo por cuestiones de la facultad sino también por mi salud. Gracias Adolfo por la orientación, el seguimiento y el diseño de este TIF, lo cual hizo posible ver culminada mi meta.

A todos y cada uno de los **profesores**; gracias por sus enseñanzas, su dedicación y su tiempo. En especial a mi asesora de tesis, **Maricha Quiroga**, gracias por confiar que lo podía lograr, por guiarme y ayudarme para estar hoy presentando nuestro trabajo.

A mis compañeros por haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto lleno de vivencias que nunca olvidaré, en especial a mi amigo Fernando Emmanuel Nieto que es también un gran formador de lo que soy ahora, gracias por haber compartido estos 5 años y espero que nuestra amistad dure por siempre, te quiero.

A TODOS, GRACIAS!!!

Maria Noelia Almonacid

Resumen: Las lesiones que se producen en el pie constituyen una fuente importante de morbi-mortalidad en las personas con diabetes mellitus, éstas tienen entre 15 y 30 veces más riesgo de sufrir amputaciones que las personas sin diabetes, esto supone un gran problema de salud para nuestro país. Con los objetivos planteados se pretendía investigar si los pacientes conocían la enfermedad y los riesgos que presenta a partir del aporte informativo y terapéutico que el kinesiólogo realizaba desde los C.A.P.S. Se utilizó en esta investigación un diseño descriptivo-documental de corte transversal, integrado por un universo de 307 pacientes diagnosticados con diabetes. Se tomó una muestra de 60 pacientes y 7 kinesiólogos, recolectando los datos a través de encuestas plasmadas en formularios. Se observó que solo el 25% de los pacientes si recibieron información por parte del kinesiólogo. Un 51, 7% no cumplen con los cuidados necesarios para evitar las complicaciones más críticas de la enfermedad. El 28,6% de kinesiólogos si realizan prevención de Pie Diabético desde los C.A.P.S y un 71,4% no realizó pero intervino en la etapa de rehabilitación. Se concluyó que la mayoría de kinesiólogos tiene conocimiento sobre la patología pero no intervienen en el primer nivel de prevención en forma completa por que la articulación entre el médico y el profesional (Kinesiólogo) no es efectiva; es decir, que no existe derivación por parte del médico hacia el kinesiólogo, que de existir podría descentralizar y descongestionar el primer y segundo nivel de atención; evitando la instalación, progreso y complicaciones de la enfermedad. El 41,7% de los pacientes, conocía la enfermedad, no por parte del kinesiólogo si no por otros profesionales de la salud.

Palabras claves: Diabetes mellitus, Pie diabético, Prevención

Summary: Injuries that occur in the foot are an important source of morbidity and mortality in people with diabetes mellitus, they are between 15 and 30 times higher risk of amputation than people without diabetes, this is a major health problem for our country. With the objectives sought to investigate whether patients knew the disease and the risks posed from informative and therapeutic input to the physiotherapist performed from CAPS. Undocumentary descriptive cross sectional design, composed of a universe of 307 patients diagnosed with diabetes was used in this research. A sample of 60 patients and 7 kinesiólogos was taken, collecting data through surveys embodied in forms. It was observed that only 25% of patients if they received information from the physiotherapist. 51, 7% do not meet the necessary precautions to avoid complications most critical illness. 28.6% of physiotherapists if prevention of diabetic foot made from CAPS and 71.4% but did not intervene in the rehabilitation phase. It was concluded that most therapists have knowledge of the pathology but not involved in the first level of preparedness in full by the joint between medical and professional (Physiotherapist) is not effective; ie there is no referral from the doctor to the kinesioanalyst, that if there could decentralize and decongest the first and second level of care; avoiding installation progress of disease and complications. 41.7% of patients knew the disease, not by the physical therapist if for no other health professionals.

Keywords: Diabetes mellitus, Diabetic foot, Prevention

Introducción:

La diabetes es una de las enfermedades más frecuentes. En nuestro país la prevalencia estimada es del 5 al 10% y es mayor en personas con edades que oscilan entre los 60 y 70 años. El 90% de estos pacientes tienen diabetes tipo II o no insulino dependientes y el 10% restante son tipo I o insulino dependientes. (Encuesta Nacional de factores de riesgo-2009). Dentro de las complicaciones más importantes y frecuentes de esta enfermedad crónica no transmisible está descrito el Pie Diabético que es considerado un problema de salud pública.

El pie diabético es el resultado de dos complicaciones crónicas que ponen en peligro su integridad: por un lado, la arteriopatía periférica, que condiciona una isquemia de la extremidad inferior, y, por otra parte, la neuropatía, que puede hacer que disminuya la sensibilidad, se pierdan los reflejos musculares profundos y se altere la biomecánica del pie.

Planteo del problema:

Los pacientes diabéticos tienen una indiscutible predisposición a presentar lesiones a nivel de las extremidades inferiores. Ulceración, infección y amputación son las complicaciones más frecuentes.

La diabetes mellitus constituye la principal causa de amputación no traumática de extremidad inferior. (Halabi,2005)

Justificación:

Este trabajo investiga la práctica de cuidado de los pies en pacientes diabéticos dado que la mayoría de los mismos no tiene conocimiento de la importancia de los cuidados que necesita el pie o de su patología de base, ya que no reciben información necesaria o porque le restan importancia a los signos de alarma. Teniendo en cuenta la información obtenida se desea investigar si el equipo de rehabilitación (Kinesiólogos), cuentan con las herramientas necesarias para transmitir a la comunidad que sufre de esta enfermedad, los cuidados necesarios para evitar secuelas y de esta forma disminuir la gravedad de la etapa crítica. Por otro lado conocer si el kinesiólogo es incorporado por el medico dentro del equipo interdisciplinario, desde el punto de la derivación, para que este ayude en la prevención, promoción y tratamiento del pie diabético.

Marco Teórico

Diabetes

La diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades que cursan con un trastorno metabólico común, la hiperglucemia. Esto resulta de un defecto en la acción y/o secreción de insulina, así como el consumo y producción de glucosa.

Si bien la hiperglucemia es el rasgo más notorio de la diabetes mellitus (DM), la acción ineficaz de la insulina establece tres síndromes:

- Síndrome metabólico, con afección del metabolismo de hidratos de carbono, lípidos y proteínas;
- Síndrome vascular, por afección de pequeños y grandes vasos (micro y macroangiopatía respectivamente), que compromete la irrigación de todos los territorios pero en especial del corazón, cerebro, miembros inferiores, riñón y retina
- Síndrome neuropático, con compromiso del sistema autónomo y periférico. (Harrison, 2012)

Tipos Y clasificación de la diabetes

Se admiten fundamentalmente dos tipos de diabetes: diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) o tipo 1 y diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o tipo 2.

En la parte clínica se diferencian por que la DMID, se caracteriza por aparecer antes de los treinta años, tener un inicio brusco, tender a la cetosis y precisar rápidamente insulina; y la DMNID, suele afectar a personas obesas y mayores de cuarenta años, su presentación es solapada y puede controlarse sólo con dieta largo tiempo, no requiriendo insulina.

Es también heterogénea, por lo que se ha clasificado en una forma asociada con obesidad, otra no asociada con obesidad, y la que se caracteriza por la aparición de una diabetes no cetósica y de progresión lenta en individuos jóvenes, la cual se transmite por herencia autonómica dominante y su tratamiento no requiere insulina al menos durante los primeros diez años.

-Diabetes gestacional: Se presenta en el 2-3% de todos los embarazos y a menudo revierte a la normalidad después del parto. El reconocimiento clínico de esta situación es importante porque estos pacientes tienen un riesgo aumentado de morbilidad fetal si no reciben el tratamiento adecuado y porque el 60% de los pacientes desarrollarán diabetes en los siguientes quince años después del parto. (Jara, Albarran, 2003)

Epidemiología:

La carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se incluye a las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, ha ido en aumento en los últimos años. Se ha estimado que en el 2008 el 62% de las muertes y cerca del 50% de la carga de enfermedades a nivel mundial se debieron a ECNT. Además, estudios de la OMS señalan que para el 2020 el 75% de las muertes serán atribuibles a este tipo de enfermedades. En Argentina, sobre un total de 304.525 muertes ocurridas en 2009, 7.701 fueron por diabetes.

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes.

Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. (OMS)

Patogenia:

La diabetes tipo 1 se debe a la destrucción de las células beta del páncreas por linfocitos T del huésped, lo cual origina una deficiencia absoluta de la insulina (insulinodeficiencia). Los marcadores de este proceso autoinmunitario incluyen anticuerpos frente a células de los islotes, insulina y descarboxilasa del ácido glutámico. Se supone que la destrucción autoinmunitaria se halla relacionada con predisposiciones genéticas (alelos HLA-DR/DQ), en combinación con factores ambientales mal definidos.

La patogenia de la diabetes tipo 2 es multifactorial, aunque se desconocen las etiologías específicas. Se caracteriza por un defecto en la acción de la insulina (conocido como

resistencia a la insulina) y una deficiencia relativa de insulina. La pérdida de la primera fase de secreción de la insulina es el defecto inicial, con un aumento resultante de las concentraciones postpandriales de glucosa. Al final, se acelera la muerte de las células beta y aumentan las concentraciones de glucosa en ayunas. Se calcula que en el momento del diagnóstico de la diabetes, los pacientes han perdido casi el 50% de su masa de células beta.

Complicaciones:

AGUDAS: Son aquellas situaciones en las que el desconocimiento de la enfermedad, la ausencia de sintomatología concreta o brusquedad de la aparición, hacen que a la persona con DM puede sufrir modificaciones severas en su metabolismo que pueden poner en peligro su vida.

-Cetoacidosis diabética: Se presenta con un cuadro de anorexia, náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia y astenia. Puede existir aliento cetónico, deshidratación en piel y mucosas, globos oculares hundidos e hipotónicos y taquicardia, hipotensión y oliguria debido a la hipovolemia.

-Coma hipoglucémico hiperosmolar no cetósico (CHHNC): comas metabólicos que no cursan con acidosis, se da en pacientes mayores de 60 años con un cuadro de poliuria intensa, hipovolemia, deshidratación y manifestaciones neurológicas como desorientación, convulsiones y pérdida de conciencia.

-Acidosis Láctica: concentración plasmática de ácido láctico es muy alta, cursa con taquicardia, deshidratación, dolor abdominal y grado variable de coma.

CRONICAS: Se clasifican en microangiopáticas (retinopatía, nefropatía), macroangiopáticas (ateromatosis) y neuropáticas.

-Aterosclerosis y macroangiopatía diabética: Complicaciones a nivel de la micro y macro circulación, afectando principalmente a la retina, glomérulo renal y sistema cardiovascular. La Aterosclerosis es la fundamental, de progresión más rápida que en un no diabético, con aparición de calcificaciones en la capa media de las arterias y con predisposición de afectar principalmente a las arterias como los vasos femorales y tibiales o a la arteria coronaria izquierda. La dislipemia, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, etc representan la principal causa de morbi-mortalidad en la población diabética.

-Complicaciones oculares: Retinopatía diabética

-Nefropatía diabética: La primera manifestación es la proteinuria persistente, también denominada macro albuminuria, evoluciona a la insuficiencia renal.

-Complicaciones Cutáneas: La fragilidad capilar es muy frecuente y está asociada casi siempre con microangiopatía. Las úlceras isquémicas predominan en las extremidades inferiores y se producen como consecuencia de la afección arterial. Son úlceras de bordes bien delimitados, superficiales, y dolorosas, que deben diferenciarse de las neuropáticas, situadas en los puntos de apoyo del pie y que son profundas e indoloras.

-Neuropatía diabética: Las lesiones más comunes son degeneración y pérdida axonales, desmielinización segmentaria, cambio en las células de schwann, en las células perineurales y en los vasos endoteliales.

-Neuropatía Sensitiva: Hay abolición de reflejos aquileanos, disminución de la sensibilidad vibratoria, retraso en la conducción nerviosa. Suele ser simétrica e insidiosa y afectar a las piernas, con una distribución en calcetín. Los síntomas son parestesias, calambres, dolor, sensación urente en los pies. El dolor es muy intenso, predomina por la noche y se acompaña de hiperestesia, hasta el punto en el que el paciente no tolera el roce de las sábanas.

La pérdida de sensibilidad es responsable de las úlceras neuropáticas que se presentan en los puntos de apoyo del pie (mal perforante plantar), así como de la artropatía neuropática (articulación de charcot), que afecta preferentemente las articulaciones de los dedos del pie, y con menos frecuencia rodillas y caderas-. (Jiménez, 2009)

Pie Diabético

Las lesiones que se producen en el pie constituyen una fuente importante de morbi-mortalidad en las personas con diabetes mellitus, estas tienen entre 15 y 30 veces más riesgo de sufrir amputaciones que las personas sin diabetes, y esto supone un gran problema de salud para nuestro país.

Los tres factores patogénicos principales son: Neuropatía, enfermedad vascular periférica y la infección, que llevan a una evolución desfavorable de la lesión inducidas por la hiperglucemia sostenida. Resulta útil incluir dentro del síndrome de “pie diabético”, el pie en riesgo, el pie diabético ulcerado, o con lesión y el pie diabético complicado que amenaza la viabilidad de la extremidad. El pie que aún no presenta lesiones, pero en el que la diabetes ha producido alteraciones estructurales o funcionales que lo colocan en riesgo de lesionarse, es también un pie diabético.

Las estadísticas:

Del 5% al 10% de los diabéticos sufren una amputación

La diabetes aumenta 15 veces el riesgo de amputación de las extremidades inferiores (Dedo del pie, pie o pierna).

Del 20% al 25% de los diabéticos acuden al médico al menos una vez en su vida por una lesión del pie.

Entre 3. 000 y 5. 000 amputaciones (dedo del pie, pie o pierna) son provocadas cada año por la diabetes.

La amputación: la obstrucción de las arterias que llevan la sangre a los pies será la responsable de una gangrena que conllevará una amputación

Casi el 70% de las amputaciones afecta a personas que padecen diabetes

Más del 50% de las amputaciones podrían ser evitadas

Las lesiones de los pies son responsables del 25% de los días de hospitalización de un diabético

La diabetes es la segunda causa de amputación.

La gangrena de las extremidades es 40 veces más frecuente en los diabéticos

La arteritis de los miembros inferiores que acompaña a la diabetes necesita del aporte de 20 veces más de oxígeno para ayudar a cicatrizar una herida

En los países desarrollados, casi el 5% de los diabéticos sufren problemas de pies.

(<http://salud.kioskea.net/contents/208-el-pie-diabetico#las-estadisticas>)

Factores de Riesgos:

Existen factores causales extrínsecos e intrínsecos. Estos se constituyen con aspectos del paciente, su padecimiento, estilo de vida y aspectos socioculturales y educativos sobre prevención y evolución de la enfermedad. (Anexo 1)

Entre los factores etiológicos absolutos y directos en la génesis de las úlceras del pie diabético se incluyen la fisiopatología de la neuropatía, la angiopatía, el retorno venoso, el traumatismo externo, la respuesta inmunitaria y la cicatrización de los pacientes con pie diabético.

*Neuropatía: puede ocasionar una pérdida parcial o total de la sensibilidad en el pie o la extremidad. Cualquier corte o traumatismo puede pasar inadvertido días o semanas y no es raro que el paciente indique que acaba de aparecer. No hay curación para la neuropatía, pero el control estricto de la glucemia disminuye su progresión. La deformidad denominada PIE DE CHARCOT ocurre como resultado de la menor sensibilidad, donde los pacientes no determinan de manera automática la sobre presión sobre un área específica del pie. La neuropatía puede afectar la inervación de los pequeños músculos intrínsecos del pie y disminuir la sensibilidad y percepción del dolor. También puede afectar la inervación simpática y originar disminución de la sudoración. La sequedad resultante origina grietas que se convierten en focos de infección, en consecuencia se desarrollan isquemias y

necrosis, lo cual causa ulceración plantar. Las fracturas Oseas microscópicas en los pies pasan inadvertidas y se dejan sin tratar, lo que provoca deformidad, inflamación crónica y prominencias Oseas adicionales. La atrofia muscular neuropática provoca un pie deforme en garra. La disminución de la agudeza visual posibilita un traumatismo externo al caminar.

*Angiopatía: La aterosclerosis es más frecuente en los diabéticos y tiene predominio micro vascular, esto agrega la posibilidad de isquemia, que perpetua la lesión, la origina o la incrementa.

-Disminución del retorno venoso: Es otro factor que incrementa la presión en el pie afectado, donde genera edema y cambios tróficos en la piel que favorecen la aparición de lesiones.

-Traumatismo externo: Posibilita úlceras en el pie, lo que incluye desde un zapato apretado, un corte de uña incorrecto o un callo, hasta una piedra o un clavo en el zapato. La típica lesión del pie incluye paroniquia, una infección de los tejidos blandos alrededor del lecho ungueal, así como infecciones interdigitales, lesiones del tercio medio del pie por traumatismo indoloro y mal plantar que compromete áreas del pie sobre la cabeza de los metatarsianos, esta lesión se complica por necrosis de la piel, infección de partes blandas u osteomielitis.

El traumatismo debe identificarse como mecánico, químico o térmico. La presión excesiva produce callosidades plantares que con el tiempo incrementan su grosor. En el diabético con neuropatía, la ambulación ocasiona hemorragia, abscesos y ulceración en estos sitios. Los zapatos ajustados causan ulceración en el dorso del pie o a los lados.

Úlceras: Fisiopatología

La neuropatía sensitivo motora causa insensibilidad y disminución de la propiocepción, con lo que se pierde el importante mecanismo de protección y alarma ante un daño. La propiocepción permite una actitud del pie en reposo y durante la marcha. Desde luego, la isquemia contribuye a la persistencia o incremento de la septicemia al impedir la oxigenación adecuada de los tejidos y el correcto flujo de los elementos de defensa en el sitio de la lesión.

Clasificación: Según EDMONS

Úlcera Neuropática: Definida como la existencia de ulceración en un punto de presión o deformación del pie, presenta tres localizaciones prevalentes: Primer y quinto metatarsiano en sus zonas acras, y calcáneo en su extremo posterior. Son ulceraciones de forma redondeada, callosidad peris ulcerosas e indoloras. La perfusión arterial es correcta, con los pulsos periféricos conservados.

Úlcera Neuro-Isquémica: Necrosis inicialmente seca y habitualmente de localización latero-digital, que suele progresar de forma rápida a húmeda y supurativa si existe infección sobre añadida. Generalmente los pulsos tibiales están abolidos.

Pie diabético infectado: Es la fase de infección de las dos anteriores y se caracteriza por tres formas que pueden ser secuenciales o solapadas: Celulitis superficial, infección necrotizante y osteomielitis. (Martínez López, 2008)

Clasificación del Pie Diabético: según WAGNER

Algunos autores deducen que los grados I,II y III son de origen neuropático y que los grados IV y V son de etiología vascular. Los términos necrosis o gangrena no dan lugar a los estados intermedios que es necesario identificar para tomar decisiones menos radicales. Es más adecuado utilizar el término necrobiosis, pues se encuentran tejidos aparentemente inviables que resultan recuperables. En esta clasificación se ubica al pie en riesgo como grado 0. (Anexo 2).(GutierrezVazquez,2007)

Niveles de Atención en Salud Pública:

Cuando nos referimos a “Niveles de Prevención” hacemos alusiones a “acciones”, en cambio al hacerlo a “Niveles de Atención” analizamos el tipo de instituciones que brindan los servicios de salud, a la complejidad, a la tecnología con la que cuentan, a costos y a los recursos humanos que prestan la atención, etc. NIVELES DE ATENCION (Anexo)

Existen distintos **niveles de prevención**: primaria, secundaria y por último terciaria.

La **prevención primaria** está dirigida a impedir la aparición de la enfermedad por procedimientos específicos, bien por acciones preventivas sobre el medio social, por cambios en los comportamientos (cese del hábito tabáquico, y alcoholismo), o bien por educación sanitaria (cambio del régimen alimenticio, higiénico). La O.M.S define la prevención primaria como todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos. En el caso de la Kinesiología se puede trabajar con acciones y programas preventivos siempre en el marco de la multidisciplina, un ejemplo típico es la kinefilaxia en pacientes con diabetes, con acciones como programas de ejercicio saludable, caminatas, educación para la salud por medio de charlas, folletos sobre diabetes, pie diabético, etc; Todas las acciones destinadas a prevención primaria están destinadas a disminuir los factores de riesgo.

La **prevención secundaria** que según la O.M.S se define como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de la enfermedad.

La prevención secundaria se dirige a detener el proceso patológico lo antes posible después de su aparición: las modalidades en este caso son el seguimiento, vigilancia de grupos de alto riesgo, la educación sanitaria, sistemática y específica. Un caso específico por ejemplo, son las acciones de prevención en pacientes con pie diabético en donde el kinesiólogo trabaja para enlentecer la evolución del mismo, mejorar su pronóstico y de esta manera evitar amputaciones y mejorar la calidad de vida de las personas. Por ejemplo con kinesiterapia, con ejercicios de fortalecimiento de la musculatura de los pies, como así también de todo el miembro. Ejercicios activos no resistidos, ejercicios de Buerger para activar la circulación. Se pueden utilizar soportes plantares y órtesis de manera que se potencialicen los efectos que se están logrando. El empleo de agentes físicos para mejorar la circulación y proteger el endotelio vascular, conducción nerviosa y mielina, bloquear el dolor, favorecer la cicatrización, la oxigenación en la zona.

Por último, la **prevención terciaria** tiene como objetivo impedir recaídas y reducir las complicaciones o las secuelas de las enfermedades mediante un tratamiento adecuado (tratamiento y rehabilitación). La O.M.S define la prevención terciaria como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad. En este ámbito también el kinesiólogo puede desarrollar su labor en prevención terciaria, por ejemplo en el caso de rehabilitación de pacientes con patología neurológica en la que se trabaja para intentar reducir las secuelas de dicha patología o las complicaciones, miembros fantasma, muñón, reeducación de la marcha, posturas y bipedestación. (Vignolo, 2011)

Prevención del Pie Diabético:

Lo más importante a tener en cuenta son los autocuidados del pie diabético, que deben estar dirigidos a dos puntos principales: el pie y las prendas que lo protegen.

“El paciente diabético debe realizar diariamente una higiene y observación meticulosa de su pie, así como tener una 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”. (Viade, 2006)

OBJETIVOS:

General:

- Determinar el grado de conocimiento que tienen los pacientes sobre la diabetes y los riesgos que ésta presenta.
- Conocer el aporte informativo y terapéutico que el kinesiólogo realiza en los C.A.P.S

Específicos:

1. Identificar la cantidad de pacientes que presenten la problemática de pie diabético.
2. Investigar la cantidad de pacientes que tienen conocimiento sobre su patología de base.
3. Investigar la cantidad de factores de riesgos presentes en pacientes con la enfermedad.
4. Investigar la cantidad de lesiones en los pacientes con diabetes.
5. Investigar si el paciente practica los cuidados y medidas higiénicas, para evitar llegar a la complicación del Pie diabético
6. Conocer la cantidad de pacientes que reciben prevención por parte del kinesiólogo
7. Investigar si el kinesiólogo fomenta la prevención
8. Investigar en qué etapa de la enfermedad, interviene de forma terapéutica el kinesiólogo

METODOLOGIA

Esta investigación es un diseño Descriptivo Documental de corte Transversal, ya que apunta a la consulta de documentos, donde se trabajó con las historias clínicas de pacientes diabéticos de los Centros de Salud “Faldeo del Velazco y Jardín Residencial” en el año 2014. Luego se procedió a visitar a cada paciente y a los kinesiólogos de los C.A.P.S (Centro de atención primaria de Salud) para realizar encuestas, recolectando los datos para procesarlos y dar a conocer los resultados.

Universo: 307 Pacientes con diabetes registrados en los C.A.P.S: Faldeo del Velazco Sur y Jardín Residencial y 7 kinesiólogos pertenecientes a los mismos.

Muestra: Se tomó una muestra representativa del universo ya planteado en un total de 60 pacientes para su estudio, mediante el método probabilístico aleatorio simple, a través del cálculo de tamaño muestral, con un 90% de confianza. Se utilizó el cuaderno de registros de pacientes con ECNT donde se tomaron los 30 primeros pacientes de cada uno de los CAPS. Se trabajó con el total de los profesionales Kinesiólogos, de los centros mencionados.

Criterios de inclusión:

- Se tuvo en cuenta al momento de realizar esta investigación Pacientes diagnosticados con diabetes que estén registrados en los CAPS “Jardín Residencial” y “Faldeo del Velazco Sur” en el año 2.014.
- Se tuvo en cuenta al momento de realizar esta investigación a kinesiólogos que pertenezcan a los C.A.P.S mencionados.

Criterios de exclusión:

- Se excluyó de este trabajo de investigación a todos los pacientes que no sean diabéticos y que no estén registrados en los CAPS seleccionados.
- Se excluyó de este trabajo a kinesiólogos que no pertenezcan a los C.A.P.S “Jardín Residencial” y “ Faldeo del Velazco Sur”

Instrumento de recolección de datos:

Encuesta de elaboración propia dividida en: Encuesta kinesiológica y encuesta para los pacientes.

Resultados Obtenidos:

A continuación se presenta un resumen de los datos obtenidos en el presente trabajo de Prevención y Promoción de Pie Diabético en los C.A.P.S seleccionados.

Tabla N° 1

CANTIDAD DE LESIONES EN PACIENTES CON DIABETES, PARA DETERMINAR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO.

Lesiones en Diabéticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	24	40,0	40,0	40,0
	1-3	20	33,3	33,3	73,3
	3-5	12	20,0	20,0	93,3
	Más de 5	4	6,7	6,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

- Se observó en el total de la muestra (60), que el 40% de los pacientes solo presentan un tipo de lesión en sus pies (Sequedad), que el 33.3% presenta de uno a tres (sequedad, deformidad, hongos) que entrarían como grupos de riesgo alto, que el 20% presenta de tres a cinco (los anteriores más cambios de color y úlceras) y solo el 6.7% más de cinco (los anteriores más gangrena y amputaciones) por lo tanto, esta tabla nos muestra que la minoría de pacientes presentan un pie diabético avanzado (20%) y pie diabético en estado crítico (6,7%).

Tabla N° 2

CANTIDAD DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE CONOCEN O NO SOBRE SU PATOLOGÍA DE BASE Y LOS RIESGOS QUE ÉSTA PRESENTA PARA EVITAR COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD.

Conocimiento de la patología

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	25	41,7	41,7	41,7
	No	35	58,3	58,3	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

- Se observó en el total de la muestra (60), Un 58,3% no tiene conocimiento, por lo tanto, la mayoría de los pacientes con diabetes no tienen información precisa sobre los cuidados correctos para evitar futuras lesiones y secuelas.

Tabla N°3

CANTIDAD DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE RECIBIERON INFORMACIÓN POR PARTE DEL KINESIÓLOGO DE CÓMO PREVENIR EL PIE DIABÉTICO.

Conocer la cantidad de pacientes que recibieron información por parte del kinesiólogo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	15	25,0	25,0	25,0
	No	45	75,0	75,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Matriz de Datos del paciente, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

- Se observó en el total de la muestra (60), que solo el 25% de los pacientes recibieron información del kinesiólogo y un 75% no, por lo tanto, la mayoría de los pacientes desconoce la prevención del pie diabético por parte del kinesiólogo.

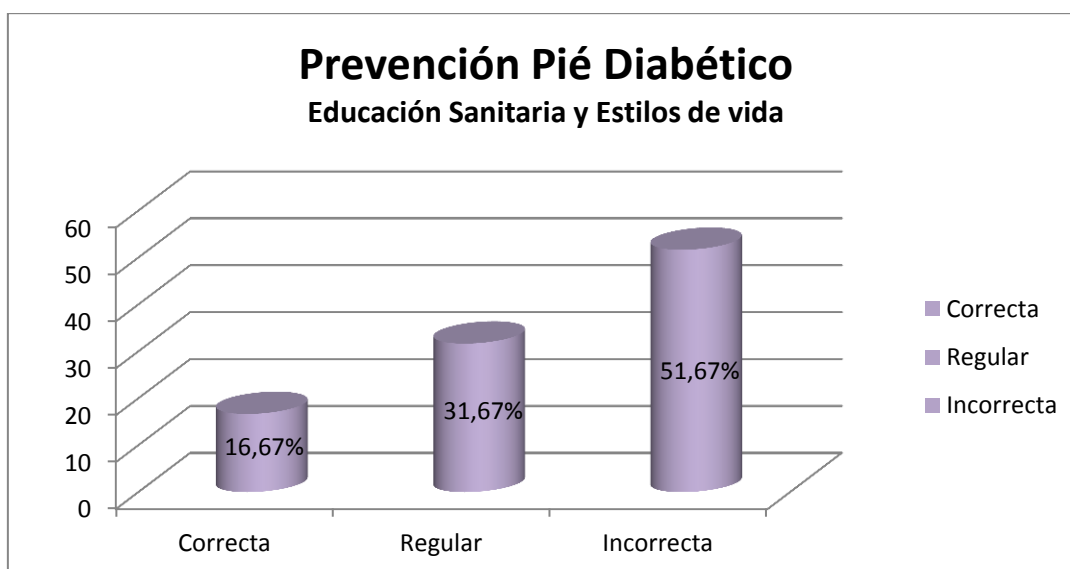


Grafico N°1

CANTIDAD DE PACIENTES QUE APLICAN DE MODO CORRECTO O NO LA EDUCACIÓN SANITARIA y ESTILOS DE VIDA PARA EVITAR COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

Fuente: Matriz de Datos del paciente, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

Se observa en el total de la muestra (60), que el 16,7% de los pacientes tienen un correcto estilo de vida y educación sanitaria de su pie, el 31,7% solo regular, que significa que no cumplen con los requisitos en forma completa, encontrándose con un pie con riesgo alto y por último que sería más de la mitad 51,7% no cumplen con los cuidados necesarios y están en riesgo mucho más avanzado de contraer un pie diabético o bien, ya cursan con el mismo.

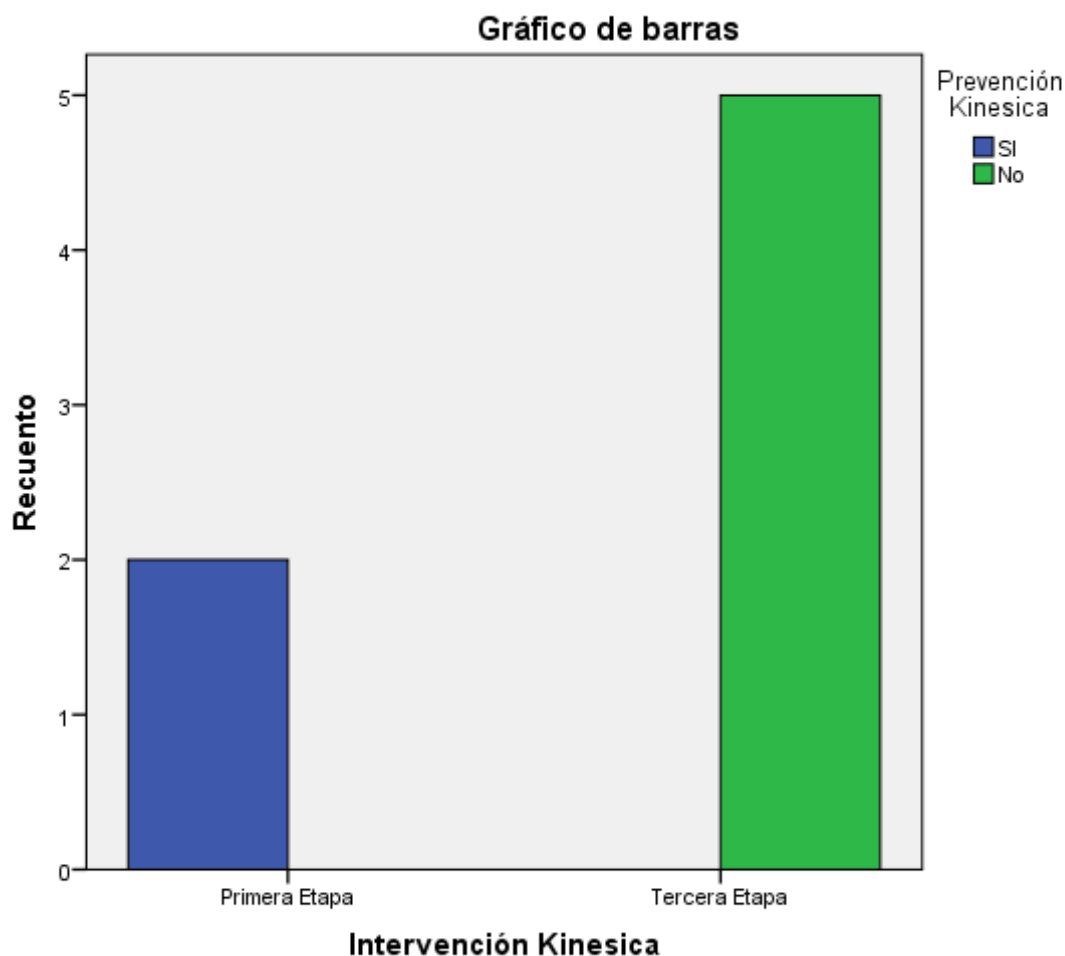


Gráfico N°2

CANTIDAD DE KINESIOLOGOS QUE REALIZAN PREVENCION DE PIE DIABETICO Y EN QUÉ ETAPA INTERVIENEN.

Fuentes: Matriz de Datos del Kinesiólogos, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una tabla cruzada.

Se observó que en el total de kinesiólogos (7), el 28,6% si realizan prevención de pie diabético en sus pacientes, en la prevención primaria y el 71,4% no realizan prevención pero intervienen en el tercer eslabón, rehabilitación. En la prevención secundaria no hay intervención porque no hay derivación por parte del médico para tratar sintomatología presente y evitar la evolución de secuelas críticas.

Conclusiones

Se identificó un total de 307 pacientes diagnosticados con diabetes. De los mismos se tomó una muestra de 60 pacientes para su estudio, los cuales el (20%) presenta un pie diabético avanzado y solo 4 pacientes (6,7%) presentan la problemática en estado crítico, esto se constató a partir de los resultados de la investigación, en la cantidad de lesiones en pacientes con diabetes.

La mayoría de las personas encuestadas oscilan entre 31-60 años y el género más significativo es el femenino.

En su mayoría, el tipo de diabetes predominante es la tipo 2 con tiempo de evolución mayor de 10 años, los cuales son condicionantes para el desarrollo de pie diabético.

Entre los pacientes encuestados se pudo observar que la mayoría (58,3%) no tienen conocimiento de su patología de base, y tan solo una minoría 41,7% conoce la enfermedad gracias a la información brindada por un agente de salud. Esto implica un alto costo tanto para el sector salud, como para el paciente, ya que la falta de conocimientos sobre el cuidado, favorece al progreso de la enfermedad y con ello a la aparición de secuelas críticas que incapacitan a la persona.

La mayoría de los pacientes (58,3%) presentan de 1-3 factores de riesgo (Antecedentes, Obesidad, HTA), que pueden predisponer o llevar a la complicación de pie diabético junto con factores ya mencionados, como ser la edad, sexo, tipo de diabetes y tiempo de evolución, donde los pacientes que presentan más de 3 factores (30%) ya cursan con la enfermedad en estado más avanzado.

Los resultados obtenidos manifiestan que la mayoría (40%), presentan dentro del conjunto de lesiones a una que corresponde a la sequedad en sus pies, que junto con el 33.3% que presenta de uno a tres lesiones (sequedad, deformidad, hongos), entrarían como grupos de riesgo alto y poder desarrollar un estado más avanzado.

Con respecto a la educación sanitaria y estilos de vida del paciente con pie en riesgo, los resultados arrojaron que más de la mitad de los encuestados (51,7%) no cumplen con los cuidados necesarios de sus pies.

De acuerdo con la información que el paciente tiene del kinesiólogo sobre la prevención de pie diabético, se concluye que solo 15 personas (25%) recibieron prevención por parte del kinesiólogo, a través de charlas en salas de espera o bien por participar de actividades generadas en el C.A.P.S, y los pacientes restantes solo recibieron información por otros profesionales.

Solo el 28,6% de los kinesiólogos de los CAPS realizan prevención de pie diabético en sus pacientes en el primer escalón, en forma colectiva como también individual, a través de charlas en salas de espera, semana de la diabetes, con realización de postas educativas y de control. Se confirmó entonces que la atención en la prevención y promoción de la patología está integrada especialmente por médicos y agentes sanitarios, según nos confiaron los pacientes entrevistados.

Se desea dejar asentado que la intervención del kinesiólogo en la prevención y promoción de esta patología, en el primer escalón de prevención, es muy escasa, siendo un factor negativo para la comunidad en cuanto al cuidado sanitario que tendrían que adoptar y de esta forma, articular con el equipo de salud para mejorar la calidad de vida de la comunidad en riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Organización Mundial de la Salud. Cause specific mortality and morbidity. WorldHealthStatistics 2010. Ginebra, Suiza, 2010
- 2-Organización Mundial de la Salud. Preventing chronic diseases: a vital investment.WHO global report. Ginebra, Suiza, 2005
- 3- Estadísticas Vitales. Información Básica Año 2009, Argentina, 2009. Dirección de Estadísticas e Información, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina. (Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/SeriesNro53.pdf>)
- 4- Fauci, A- Mc Graw-Hill: Harrison "Principio de medicina interna-Vol2- 17°ed. Interamericana de México. 2012.
- 5-Jara Albarran, A: "Endocrinología".Panamericana S.A. España.2003
- 6-Conget. I: "Endocrinología y diabetes". Revista Española Cardiológica. Vol. 55.2002.528-38
- 7-Mcdermott, M: "Endocrinología secretos".5°ed. El sevier. Barcelona.2010
- 8-Hernandez Ruiz, E. Castrillón Estrada, J. et al: "Diabetes mellitus en el servicio de urgencias". Salud uninorte. Barranquillas, Colombia. 2008.
- 9- Jimenez, F. Térbar massó, F: "La diabetes mellitus en la práctica clínica". Panamericana. Madrid 2009
- 10- Teme, A: "Pie diabético en riesgo". Recursos fotográficos. Córdoba, Argentina.2005.
- 11-Viade, J: "Pie diabético". Medica Panamericana.2006.
- 12-Garcia Herrera, A. "Pie Diabético". Elsevier. España. 2004.
- 13-Gutierrez Vázquez, R. Maza Domínguez, A. Acevedo Mariles, J.: "Medicina de urgencias" Panamericana. México. 2007.
- 14- Martínez López, J: "Prevención y tratamiento de úlceras y escaras". Vértice. España. 2008.
- 15-Martinez López, R.: "Manual del pie diabético". Tecnológica de Costa Rica. 2006
- 16- Martínez de Jesús, F." Pie Diabético". McGraw-Hill Interamericana. Mexico.2004
- 17- Organización Panamericana de la salud. "Manejo de la diabetes en la atención primaria de salud". Paraguay. 2011.
- 18- Della Bianca, G: "Pie Diabético". Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires.
- 19- Dr.Manzur, J. Dr. Yedlin, G "Diabetes Mellitus tipo 2". Ministerio de Salud. Buenos Aires 2.000
- 20-. 3° encuesta nacional de factores de riesgo para ECNT
- 22- Laspiur, S: "Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. 1ª ed. Ciudad autónoma de Bs.As. Ministerio de Salud de la Nación.2014
- 23-<http://www.igerontologico.com/salud/sindromes-geriatricos/ulceras-presion-6439.htm>
- 24- http://www.smiba.org.ar/revista/vol_02/03_04.htm
- 25-Vignolo J, Vacarezza M. "Niveles de atención, prevención y atención primaria de salud": prensa medica Latinoamericana. Uruguay. 2011
- 26-Martinez, B: # Niveles de atención en la salud pública- Acciones de salud- Prevención y tipos de prevención. Entre Rios.2009
- 27-http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html
- 28-<http://salud.kioskea.net/contents/208-el-pie-diabetico#las-estadisticas>
- 29-Ministerio de Salud. "Promoción de la Salud y control de enfermedades No transmisibles" (<http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/ique-son-icuales-son>)
- 30- El kinesiólogo y su rol en la atención primaria de salud, 2013, disponible en https://www.google.com.ar/?qfe_rd=cr&ei=ubwJVYKPLs-WmAH1voCACA&qws_rd=ssl#q=kinesiologo+en+centros+de+atencion+primaria+de+salud

ANEXOS



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

<u>VARIABLE</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Edad	Cantidad de diabéticos por tramos de edad	Encuesta	Formulario
Sexo	Cantidad de diabéticos según el sexo	Encuesta	Formulario
Tipo de diabetes	Cantidad de pacientes según el tipo de diabetes	Encuesta	Formulario
Tiempo de diagnostico	Tiempo cursado con la enfermedad desde el diagnostico	Encuesta	Formulario
Conocimiento de la patología	Cantidad de pacientes que conocen sobre su patología	Encuesta Preguntas cerradas	Formulario
Factores de Riesgo	Cantidad de factores de riesgos presentes en los pacientes	Encuesta	Formulario
Educación Sanitaria	Cantidad de pacientes diabéticos que realizan un correcto lavado y secado de su pie, hidratación, corte de uñas y calzado adecuado	Encuesta	Formulario
Estilos de Vida	Cantidad de pacientes diabéticos que realizan una dieta correcta a su enfermedad y actividad física con frecuencia		
Lesiones de Pie Diabético	Cantidad de lesiones presentes en un diabético	Encuesta	Formulario
Información del kinesiólogo sobre la enfermedad al paciente	Cantidad de pacientes que reciben información por parte del kinesiólogo		
Prevención Kinésica	Cantidad de kinesiólogos que realizan prevención de pie diabético	Encuesta	Formulario
Intervención Kinésica	Conocer en qué etapa de la prevención interviene el kinesiólogo	Encuesta	Formulario

Categorización las Variables:

Edad: 1) 0-15
2) 15-30
3) 30-60
4)+60

Sexo: 1) F
2) M

Tipo de diabetes: Cantidad de pacientes según el tipo de diabetes.

1. Tipo 1
2. Tipo 2

Tiempo de diagnóstico: Tiempo cursado con la enfermedad desde el diagnóstico.

1. Menos de 10 años
2. Más de 10 años

Conocimiento de la patología: Cantidad de pacientes que conocen sobre su patología.

1. Si
2. No

Factores de Riesgo: Entidad que pueda desmejorar la salud del paciente durante el proceso diabético:

1. 1
2. 1-3
3. Más de 3

Educación Sanitaria (E.S): Conocimiento del paciente sobre los cuidados que tiene que realizar para evitar el Pie Diabético, donde Correcto: agrupa a los pacientes que cumplen con el correcto lavado y secado de su pie, hidratación, corte de uñas y calzado adecuado Regular: el paciente no cumple en forma completa con los cuidados e Incorrecto: donde no cumple con ninguno.

1. Correcto
2. Regular
3. Incorrecto

Estilos de vida (E.V): Conocimiento que tiene y adopta el paciente para evitar el pie diabético, hace referencia a la alimentación adecuada que debe tener por la enfermedad que cursa y si realiza actividad física con frecuencia para así disminuir las posibilidades de una etapa más avanzada. Donde correcto, agrupa a los pacientes que cumplen correctamente los dos requisitos, Regular: solo cumple con uno de ellos, e Incorrecto: no cumple ni con la dieta ni actividad física.

1. Correcto
2. Regular
3. Incorrecto

Lesiones de Pie Diabético: se estudió la cantidad de lesiones presentes en un diabético.

1. 1
2. 1-3
3. 3-5
4. Más de 5

Información del kinesiólogo sobre la enfermedad al paciente (I.K.P): Se determinó si el kinesiólogo brindó información sobre la enfermedad al paciente.

1. Si
2. No

Prevención Kinésica: Se determinó si el kinesiólogo fomentó o no la prevención de Pie Diabético a sus pacientes.

1. Si
2. No

Intervención Kinésica: Se buscó conocer en qué etapa de la prevención interviene el kinesiólogo.

1. Prevención primaria
2. Prevención secundaria
3. Prevención terciaria

MATRIZ DE LOS DATOS

Matriz Pacientes

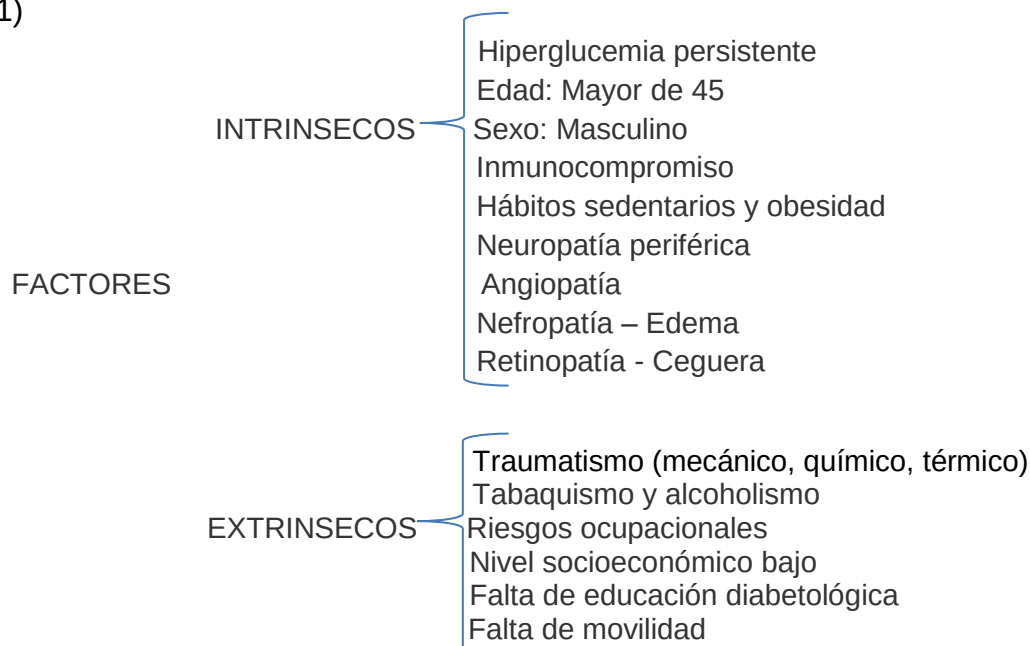
Nº Paciente	Edad	Sexo	Tipo de DBT	Tiempo de diag.	Conocimiento de la patología	Factores de riesgo	E.S	E.V	Lesiones en Diabéticos	I.K.P	C.A.P.S
1	4	1	1	2	2	3	3	3	2	2	1
2	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1
3	3	2	1	1	2	2	3	3	4	2	1
4	3	2	1	1	2	2	3	3	1	2	1
5	4	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1
6	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1
7	3	2	1	1	2	2	3	3	2	2	1
8	3	2	2	1	2	3	3	3	2	2	1
9	3	1	2	1	1	3	2	2	3	2	1
10	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1
11	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	4	1	1	1	2	3	2	2	2	2	1
13	3	1	2	2	1	3	2	2	3	2	1
14	3	1	2	2	1	1	3	3	3	2	1
15	4	2	2	2	2	3	3	3	2	1	1
16	4	1	2	1	2	3	3	3	2	2	1
17	3	1	2	1	2	2	3	3	1	1	1
18	4	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1
19	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
20	4	1	2	2	2	3	2	2	1	2	1
21	4	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
22	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1
23	4	1	2	1	2	3	3	3	3	2	1
24	4	1	1	1	2	2	3	3	3	2	1

25	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	1
26	3	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1
27	3	2	2	2	1	3	3	3	4	2	1
28	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
29	4	2	2	2	1	2	3	3	3	2	1
30	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1
31	3	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2
32	4	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
33	3	1	2	1	1	3	3	3	2	2	2
34	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2
35	4	2	2	1	2	3	3	3	3	2	2
36	2	1	2	1	2	2	3	3	1	2	2
37	4	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2
38	3	1	2	1	2	2	3	3	2	2	2
39	3	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2
40	3	2	2	2	1	2	3	3	2	1	2
41	3	1	2	2	2	2	3	3	1	1	2
42	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
43	3	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2
44	3	2	2	2	1	2	3	3	1	2	2
45	3	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2
46	4	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2
47	3	1	2	2	1	2	3	3	3	2	2
48	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2
49	4	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2
50	3	1	2	1	2	2	3	3	4	2	2
51	3	2	2	2	1	2	3	3	1	2	2
52	3	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2
53	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2
54	4	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2
55	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
56	3	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2
57	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2
58	3	1	2	2	1	2	3	3	3	2	2
59	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2
60	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2

Matriz Kinesiólogos

Nº Kinesiólogo	P.K	I.K
1	2	3
2	2	3
3	1	1
4	2	3
5	1	1
6	2	3
7	2	3

1)



2)

Grado	Lesión	Características
0	Ninguna “pie de riesgo”	Callos gruesos, cabeza de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades
I	Ulceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel.
II	Ulceras profundas	Afección de la piel, grasa y ligamentos sin llegar al hueso; infección.
III	Úlcera profunda más Absceso	Úlcera extensa y profunda, secreción, mal olor.
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón, planta.
V	Gangrena extensa	Afección de todo el pie. Efectos sistémicos.

Pie Diabético en riesgo de lesión:

Grupo 1:



Grupo 2:



Pie Diabético en estado avanzado y crítico

Grupo 3:



Grupo 4:



Fuente propia: Fotos de pacientes encuestados

Clasificación de Ulceras:

Úlcera Neuropática



Úlcera Neuroisquémica



Fuente Digital: <http://www.ulceras.net/>

Pie Diabético infectado

Fuente Digital: <http://www.ulceras.net/>



Fuente Digital: <http://www.ulceras.net>

Fuente Digital: <http://es.slideshare.net/>

Tabla:

Edad*Sexo tabulación cruzada

Recuento

		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Edad	16-30	4	4	8
	31-60	16	18	34
	Más de 60	13	5	18
Total		33	27	60

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

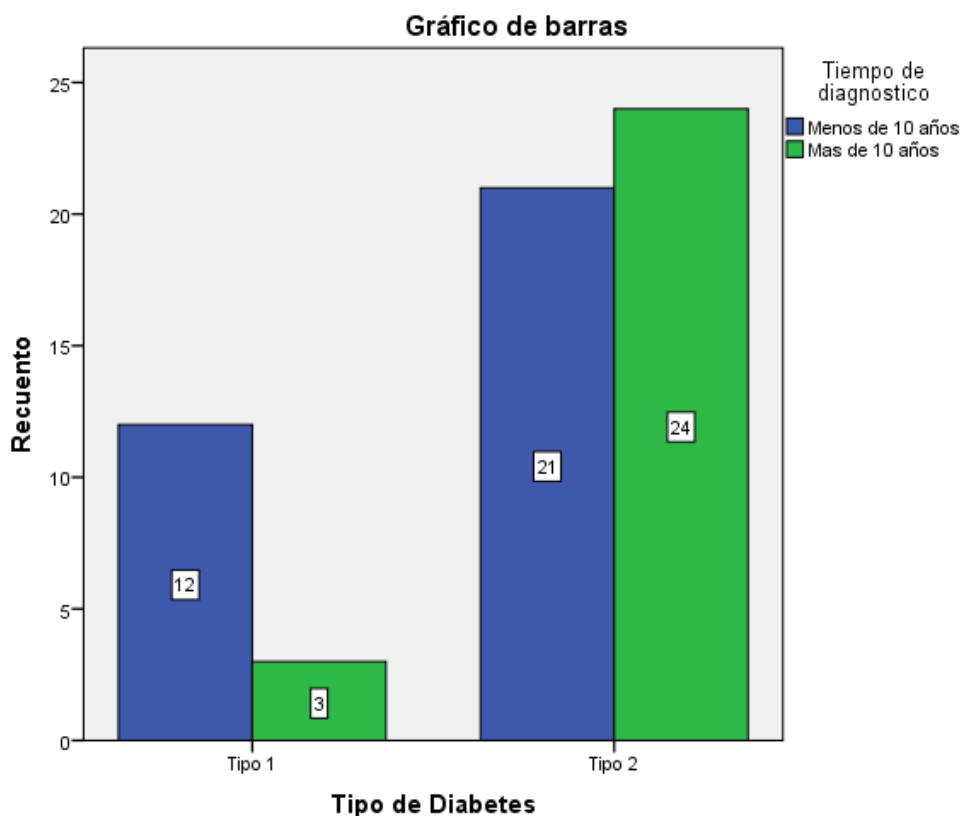


Gráfico:

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

Factores de riesgos presentes en los pacientes con diabetes

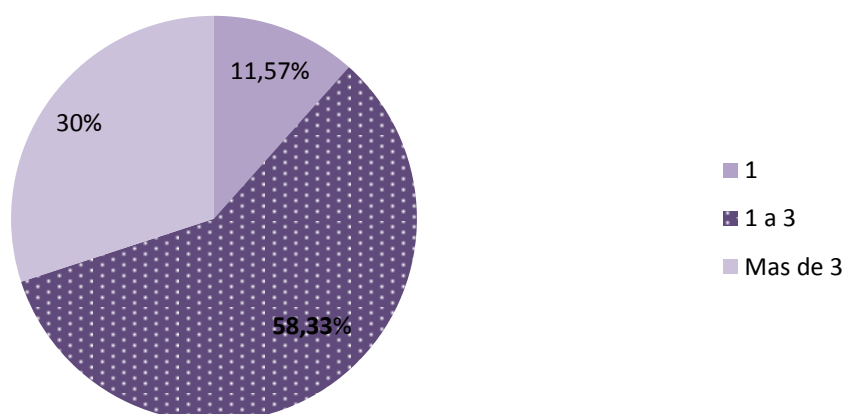


Gráfico:

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

Conocer la cantidad de pacientes que reciben informacion por parte del kinesiologo (I.K.P)

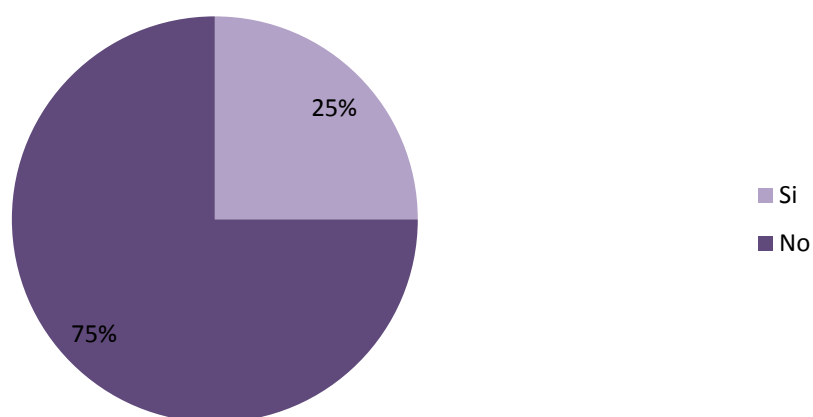


Gráfico:

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

Conocimiento de la patología por parte del paciente

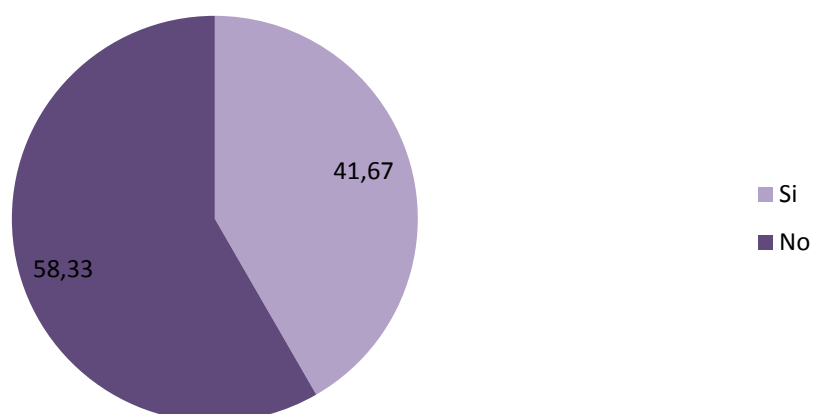


Gráfico:

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

Tabla:

Educación sanitaria y Estilos de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Correcto	10	16,7	16,7	16,7
	Regular	19	31,7	31,7	48,3
	Incorrecto	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

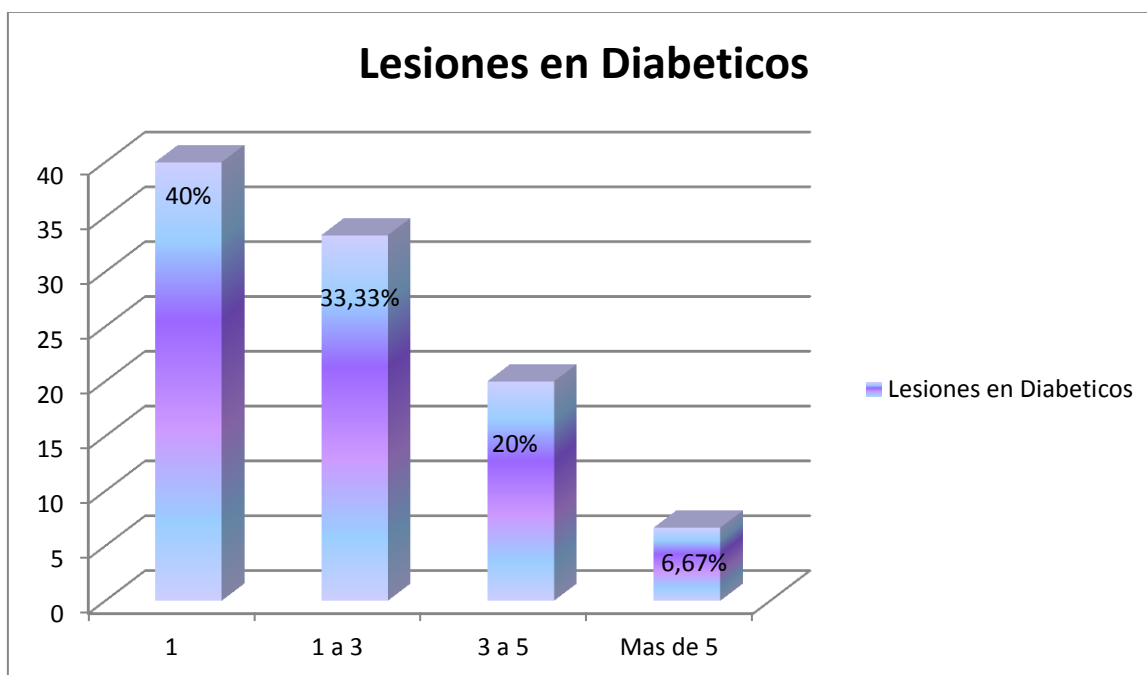


Gráfico:

Fuente: Matriz de datos de pacientes, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

Tabla:

Intervención Kinésica-Prevención Kinésica tabulación cruzada

			Prevención Kinésica		Total	
			SI	No		
Intervención Kinésica	Primera Etapa	Recuento	2	0	2	
		% del total	28,6%	0,0%	28,6%	
	Tercera Etapa	Recuento	0	5	5	
		% del total	0,0%	71,4%	71,4%	
Total			Recuento	2	5	7
			% del total	28,6%	71,4%	100,0%

Matriz de Datos del Kinesiólogos, cuyos resultados se obtuvieron a partir de una encuesta de elaboración propia.

ENCUESTA: *Cuidado de los pies de pacientes diabéticos de las áreas programáticas La Rioja*

N° Paciente:

C.A.P.S:

Edad:

Sexo:

Tipo de Diabetes:

Tiempo de diagnóstico:

FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA**Conocimiento de la patología:**

PREGUNTA	SI	NO
1- ¿Sabe en qué consiste la diabetes?		
2- ¿Conoce los Riesgos?		
3- ¿Conoce los órganos que afecta?		

Factores de Riesgos Presentes:

- Obesidad ☐ -Tabaquismo ☐
- Sedentarismo ☐ -Traumatismos ☐
- Alcoholismo ☐ -Antecedentes ☐

Prevención de Pie Diabético

PREGUNTA	SI	NO
Estilos de Vida		
¿Realiza actividad física con frecuencia?		
¿Mantiene una alimentación adecuada?		
Educación Sanitaria		
¿Realiza correctamente el lavado-secado de sus pies?		
¿Utiliza calzado adecuado?		
¿Hidrata sus pies?		
¿Realiza un adecuado corte de uñas?		

Información por parte del kinesiólogo:

- Si
- No

Lesiones de Pie Diabético:

- Deformidad ☐ - Ulceras ☐ - Fractura ☐
- Sequedad ☐ - Celulitis ☐ - Hongos ☐
- Cambios Color ☐ - Gangrena ☐ - Amputaciones ☐

Observaciones:

Maria Noelia Almonacid

ENCUESTA: *Cuidado de los pies de pacientes diabéticos de las áreas
programáticas La Rioja*



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Nº Kinesiólogo:

C.A.P.S:

¿Realiza prevención de Pie diabético en sus pacientes?	SI	NO	A VECES
--	----	----	---------

Etapas de intervención:

Prevención primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
---------------------	-----------------------	----------------------

Observación:

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL CUIDADO DE
LOS PIES EN PERSONAS CON DIABETES?

Porque al padecer diabetes, tienes un PIE DE RIESGO

El pie diabético es una de las principales complicaciones de la diabetes mellitus (DM), y es causa frecuente de amputación de miembros inferiores. Un 15% de los pacientes con diabetes podrá desarrollar problemas en sus pies a lo largo de su vida.

La diabetes puede producir problemas de salud como alteraciones en la circulación, disminución de la sensibilidad nerviosa y mayor riesgo de padecer heridas; éstas debido a la falta de circulación serán de lenta y difícil curación, con gran peligro de infecciones, predisponiendo todo esto a padecer pie diabético.



¿Qué es un Pie de Riesgo?

El pie de una persona con diabetes, aunque no presente lesiones, tiene una alta probabilidad de desarrollarlas porque presenta condicionantes de riesgo. Cuando aparece una lesión, ya es considerado un PIE DIABÉTICO.

Recuerda...

Tú puedes evitarlo

La persona que conoce su diabetes vive mejor.

Tener bien controlada la diabetes es lo principal para evitar la aparición de un pie diabético.

Ante cualquier problema en tus pies consulta con los profesionales sanitarios.

Si tienes diabetes...
cuida tus pies



UN PAR PARA TODA
LA VIDA

RECOMENDACIONES

1. Revisa a diario tus pies.

Si no puedes, pide ayuda. Busca lesiones como rozaduras, grietas, zonas enrojecidas, ampollas, cortes o heridas.



2. Lava diariamente tus pies con agua templada y jabón neutro, no más de 10 min, y sécalos bien; sobre todo entre los dedos.



3. Hidrata bien tu piel, por dentro y por fuera; bebe agua frecuentemente, si no está contraindicado, y aplica crema por tus pies y piernas, pero NO entre los dedos.



4. Lima tus uñas con lima de cartón o córtalas rectas con tijera de punta roma. NO debes dejarlas muy cortas. Si no puedes hacerlo solo, pide ayuda o acude a tu podólogo.



5. NO trates tus pies con productos callicidas, antisépticos colorantes ni cuchillas.



Ante cualquier lesión, lava, seca, tapa con apósito estéril y acude a un profesional sanitario.

6. Utiliza siempre un calzado y calcetín adecuado. El calcetín debe ser de fibra natural y sin elástico. El calzado debe ser flexible, que no oprima, antideslizante y sin costuras internas.

Compra los zapatos al final del día.



7. NO apliques calor o frío directamente en tus pies ni camines descalzo.



Puedes tener menor sensibilidad y sufrir lesiones sin darte cuenta.

8. Haz ejercicio de forma regular cuando no esté contraindicado, utiliza para ello un calzado y calcetín adecuado.



9. No fumes, no bebas alcohol y haz una dieta equilibrada.



10. Mantén controlada tu diabetes:

- Conoce bien tu diabetes.
- Sigue una alimentación adecuada.
- Haz ejercicio físico a diario.



- Mantén a raya las cifras de glucemia.
- Cuida y vigila tus pies.

Fuente Digital: <http://www.saludextremadura.com/>

COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES Y TRABAJOS FINALES DEL IUCS

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Sres.

Yo Almonacid, María Noelia, identificada con D.N.I N° 36.278.286; teléfono: 03826-15409658 E-Mail: noeliaalmonacid@hotmail.com autora del trabajo de grado titulado "PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE PIE DIABÉTICO, Cuidado de los pies de los pacientes diabéticos de las áreas programáticas de los CAPS Jardín Residencial y faldeo del Velazco Sur- La Rioja" presentado y aprobado en el año 2.015 como requisito para optar el título de Lic. En Kinesiología y Fisiatría; autorizo a la Biblioteca Central del instituto Universitario de Ciencias de la Salud –Fundación H.A Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el repositorio institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web del repositorio institucional de la facultad de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la facultad a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central sin producir cambios en el contenido, la consulta y la reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde internet, etc y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo del trabajo de investigación final LA RIOJA CAPITAL-ARGENTINA

1- Identificación del trabajo final:

TÍTULO DEL TRABAJO: "PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE PIE DIABÉTICO"
Cuidado de los pies de pacientes diabéticos de las áreas programáticas de los CAPS jardín Residencial y Faldeo del Velazco Sur.

Tutor: LIC. MARÍA ISABEL QUIROGA
Fecha de defensa: 17/04/2015

2- Autorizo la publicación de:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------|
| a) Texto completo | (*) a partir de su aprobación |
| b) Texto parcial | () a partir de su aprobación |
| Identificar capítulos | |

3- NO AUTORIZO: Marque dentro del casillero

Nota: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en texto completo serán difundidas en la Biblioteca digital de tesis mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo tabla de contenido resumen. Se incluirá la leyenda "disponible solo para consulta en sala en su versión completa, en la Biblioteca Central del instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A Barceló".

La Rioja, Septiembre del 2.014

 Marcela Bué

Coordinadora de kinesiología y fisioterapia

María Ernestina Cubiló

Coordinadora de trabajo final

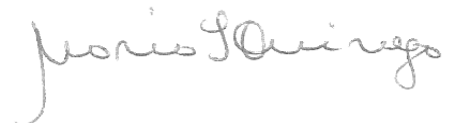
La que suscribe, Almonacid, María Noelia DNI: 36.278.286 tiene el agrado de dirigirse a Ud. A los efectos de solicitarle su autorización para la realización del trabajo de investigación final titulado: *PIE DIABETICO, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN, Cuidado de los pies de pacientes diabéticos de las áreas programáticas de los CAPS "Jardín Residencial" y "San Vicente"- La Rioja*, proceso que será acompañado por un tutor de contenido la Lic. María Isabel Quiroga, DNI: 6.205.524, Con número de matrícula 008.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludo a Ud. Muy atentamente.

Nombre y firma Alumno


Almonacid, Noelia

Tutor de contenido







Marcela S. Bué
Coordinadora
Lic. en Kinesiología y Fisioterapia
Universidad Barceló

María Noelia Almonacid



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

La Rioja, Z.Cde febrero de 2015

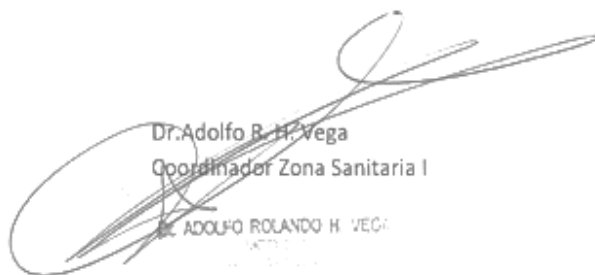
Al Dr. Adolfo R.H Vega

Su despacho

Por medio de la presente me dirijo a UD. A los efectos de solicitar autorización para que la alumna ALmonacid, Maria Noelia, D.N.I Nº 36.278.286 de la carrera de Lic. En Kinesiología y Fisiatría, acceda a las historias clínicas de los centros de Salud, "San Vicente y Jardín Residencial" para obtener información estadística sobre pacientes diagnosticados con diabetes.

La información será utilizada para la elaboración de su trabajo de investigación final denominado: Pie Diabético- Prevención y Promoción-, Cuidado de los pies de pacientes diabéticos de las áreas programáticas de los CAPS "Jardín Residencial" y "San Vicente"- La Rioja

Sin otro motivo, a la espera de una pronta y favorable respuesta, saludo a UD. muy atentamente.



Dr. Adolfo R. H. Vega
Coordinador Zona Sanitaria I
DR. ADOLFO ROLANDO H. VEGA



Lic. Marcela Bue
Coordinadora de la Carrera

Marcela S. Bue
Coordinadora
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Universidad Barcelo

Maria Noelia Almonacid