

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**“FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES
ASOCIADOS A PIE DIABETICO EN UCSF: LOURDES, SAN MIGUELITO,
SAN ROQUE, MEJICANOS EN EL PERIODO DE FEBRERO A JULIO 2018.”**

Informe presentado por:

Andrea Fernanda Martínez Trejo.

José Ricardo Roldan Castillo.

José Miguel Rodríguez Cruz.

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dra.: Celina Bermúdez de Estrada.

INDICE

No.	Acápite	No. Pag
1	Resumen	3
2	Introducción	4
3	Objetivos	5
4	Marco Teórico	6
5	Diseño Metodológico	17
6	Operacionalización de variables	21
7	Resultados, gráficas y análisis	26
8	Discusión	49
9	Conclusiones	53
10	Recomendaciones	55
11	Bibliografía	56
12	Anexo	57

RESUMEN

Se realizó un estudio sobre el perfil epidemiológico, factores clínicos y socioculturales de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que padezcan pie diabético y que consultan las UCSF: Lourdes, San Roque, San Miguelito en el periodo febrero – julio del 2018.

Por lo que se realizó una investigación, descriptiva, de corte transversal, tomando una muestra de 94 pacientes, de 45 a 85 años con diagnóstico de pie diabético; Para la obtención de datos se dispuso de un instrumento que se dividió en dos partes; la primera: con información brindada por el paciente como: datos generales, factores socioculturales, datos clínicos y tratamiento recibido. La segunda parte se extrajo información del expediente clínico durante su consulta. Para el proceso de información se realizó una base de datos en programas como: Excel y SPSS.

Se obtuvieron los siguientes resultados: la mayoría de la población oscilaba entre los 65 a 85 años, que represento 71%; además se marca un predominio de sexo femenino sobre el masculino en un 40.4% sobre el 31.9%; sin embargo es de aclarar que no es una tendencia, debido a que la población femenina consulta más los establecimientos de salud. Entre los síntomas más predominantes encontramos que un 26% manifestó: calambres, parestesias o dolor al caminar.

Al clasificar la población según la escala de Wagner se evidencio que el 40% tienen por lo menos una ulcera superficial en sus pies y un inadecuado control glicémico: sin embargo el 40% solo necesita curación; no obstante el 19% ya tiene por lo menos una amputación; debido a los datos obtenidos se recomienda cambiar los estilos de vida no saludables, reconocer los signos y síntomas del pie diabético para una consulta oportuna y pertinente, mejorar los controles glicémicos, con el fin de evitar futuras complicaciones y entre ellas las amputaciones.

INTRODUCCION

Debemos considerar a la diabetes mellitus como la primera causa de amputación no traumática en miembros inferiores. Uno de los problemas secundarios más graves, debido a la calidad de vida de los diabéticos, la aparición de úlceras en los pies de estos pacientes, es consecuencia del efecto sostenido en el tiempo de dos entidades crónicas: la neuropatía periférica y la insuficiencia vascular.

Las amputaciones a que da lugar la diabetes provocan muchas defunciones y discapacidades evitables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (FID) señalan a la atención de este problema y advierten que más de la mitad de esas amputaciones de miembros inferiores podrían prevenirse con unos servicios de detección y atención adecuados. Por lo cual debido a la tasa significativa de pacientes que padecen de pie diabético, en las diferentes etapas; se desarrolló el presente trabajo que engloba al paciente con diferentes perfiles como: epidemiológicos, clínicos y socioculturales a fin de conocer el impacto de cada uno de ellos sobre el paciente que consulta el primer nivel de atención en salud.

Existe un alto riesgo de desarrollar pie diabético si el paciente presenta alguna de estas manifestaciones: úlcera previa, pérdida de la sensibilidad, deformidad en el pie o compromiso circulatorio

El tratamiento de las complicaciones del pie diabético absorbe el 15%-25% de los recursos invertidos en atender a esos pacientes (OMS). Se calcula que el tratamiento y atención básicos de la diabetes permitirían prevenir hasta el 80% de las amputaciones de pies diabéticos.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el perfil epidemiológico, factores clínicos y socioculturales de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que padezcan pie diabético que consultan UCSF Lourdes, San Roque, San Miguelito en el periodo febrero - julio del 2018.

Objetivos específicos:

- Identificar las características epidemiológicas de los pacientes con pie diabético.
- Determinar los factores socioculturales que se asocian al pie diabético y las medidas preventivas respectivas que adoptan los pacientes para evitar complicaciones.
- Determinar el cuadro clínico del paciente con pie diabético.
- Verificar en que estadio de la clasificación de Wagner se encuentra el paciente con pie diabético que consulta los establecimientos de salud.
- Identificar el tratamiento farmacológico y no farmacológico del pie diabético.

MARCO TEORICO

GENERALIDADES

Diabetes Mellitus comprende en un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglicemia. Los factores que contribuyen a la hiperglicemia pueden ser: deficiencia de la secreción de insulina, disminución de la utilización de glucosa o aumento de la producción de esta. Por lo cual es la primera causa de nefropatía en etapa terminal, amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores y ceguera en adultos. ¹

El llamado «pie diabético» es el resultado de la coexistencia de neuropatía y vasculopatía (que favorecen la aparición de lesiones hísticas) e infección, y puede progresar a situaciones tan graves como la gangrena. Constituye, por tanto, una importante causa de morbimortalidad en los pacientes diabéticos, e incluso puede llegar a ocasionar situaciones francamente invalidantes como consecuencia de las técnicas quirúrgicas empleadas (amputación), o incluso la muerte. El pie diabético es la complicación crónica de la diabetes mellitus de más sencilla y fácil prevención.

EPIDEMIOLOGIA

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las diez primeras causas de hospitalización, consulta externa y mortalidad en mayores de 45 años; un estudio realizado en Colombia estimó en 2% la prevalencia en población adulta y un estado de glucemia alterada del ayuno o prediabetes en 4,3%; entre los 40-69 años, se halló una prevalencia de DM2 del 5,16% en hombres y del 3,8% en mujeres, así como prediabetes en hombres del 20,6% y en mujeres del 9,1%. Todavía se requieren estudios para precisar la frecuencia de hospitalización por las diversas complicaciones de la DM2 como el pie diabético y la nefropatía diabética. El estudio de Aschner y colaboradores, reportó una prevalencia de diabetes mellitus del 7% en ambos sexos para la población de 30 a 64 años. La Asociación Colombiana de Diabetes estimó que el 7% de la población colombiana mayor de 30 años tiene DM2 y entre 30%-40% de los afectados desconocen su enfermedad. ²

El diez por ciento de la población en El Salvador es diabético por arriba de los 40 años de edad. Uno de cada diez salvadoreños por arriba de los 40 años tiene diabetes; y la incidencia de la diabetes en la población menor de 40 años que antes era cercana al cero o al uno por ciento, ahora ha aumentado a alrededor de tres por ciento.³

La diabetes mellitus es una de las más comunes e importantes enfermedades metabólicas que afecta de 2 a 5% de la población en Europa, aproximadamente de 5 a 10% de la población en Estados Unidos y a 20% en algunas otras partes del mundo. Entre sus complicaciones evolutivas figuran como las más importantes, junto con la nefropatía y la retinopatía diabética, la ulceración o infección del pie, o ambos.⁴

El problema de pie diabético como complicación de la diabetes mellitus, es uno de los más dramáticos, aproximadamente 20% de los pacientes que presentan un episodio de pie diabético mueren antes de un año, se ha calculado que uno de cada cinco diabéticos presentará un cuadro de pie diabético en el transcurso de su vida, una gran proporción de los pacientes que lo desarrolla están en riesgo 15 veces mayor de sufrir una complicación; por lo que 20% requerirán amputación de la extremidad y el 30% experimentarán una segunda amputación ipsilateral o contralateral dentro de los 12 meses posteriores y el 50% en menos de 5 años, es más frecuente después de los 40 años y se incrementan con la edad.⁵

La incidencia de arteriopatía en extremidades inferiores al momento del diagnóstico de diabetes mellitus es, en términos globales, de 8 a 10%; a los 10 años de la enfermedad hasta de 15% y alcanza 50% cuando ésta lleva 20 años.⁵

La gangrena es 71 veces más frecuente en diabéticos, que en no diabéticos. Los tiempos requeridos de hospitalización por lo general son mayores en promedio que por otras complicaciones. De todas las amputaciones 70-80% son precedidas por úlceras crónicas. La enfermedad vascular periférica puede alcanzar hasta el 25% de los casos, quienes tienen un riesgo 30 veces mayor de sufrir una amputación.

Se sabe que el síndrome del pie diabético constituye una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en los pacientes con diabetes mellitus y que un rápido reconocimiento y adecuado manejo de sus factores de riesgo pueden prevenir o retardar la aparición de úlceras, amputaciones y otras complicaciones.

Se afirma que un detallado interrogatorio y exhaustivo examen físico ofrecen hasta el 90 % del diagnóstico etiológico, lo cual se corroborará con los exámenes complementarios que incluyen tanto los indispensables como los más específicos estudios imagenológicos.

FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores socioculturales en el paciente diabético tienen un alto impacto sobre el control de la enfermedad, ya que se evitan diferentes complicaciones que pueden llevar a comprometer la vida. Depende de qué tipo de educación tiene el paciente, si comprende las diferentes recomendaciones que el médico le indica, que tipo de alimentación debe consumir y cual debe evitar, si el paciente es consciente de su enfermedad comprenderá que es un conjunto de actitudes y factores que al no cumplir puede presentar pie diabético.

Cuando al paciente se le da la noticia sobre su condición de hiperglicemia en sangre, se debe orientar sobre los diferentes problemas que a largo plazo puede presentar al no tener un total control metabólico; el consumo de alcohol, tabaco, una mala alimentación o el sedentarismo puede propiciar al paciente a empeorar su diagnóstico y acortando la calidad de vida; acompañando al no cumplimiento de su tratamiento es un escenario propicio para aparición de pie diabético.

La familia, a la vez juega un papel importante para evitar la aparición de pie diabético en estos pacientes, si el paciente vive solo y en malas condiciones económicas, muy difícilmente tendrá un buen control tanto metabólico como psicológico al padecer de pie diabético.

La educación es primordial en el paciente cuando sabe que tiene una enfermedad crónica, con la Diabetes mellitus es un constante aprendizaje tanto del paciente como de su cuidador o familiar encargado para evitar complicaciones que comprometa la vida. El nivel educacional y grado de entendimiento es importante. Varios estudios revelan que los pacientes diabéticos con poca escolaridad tienen altas probabilidades de llevar un control deficiente de su glicemia y presentar complicaciones.⁶

MEDIDAS PREVENTIVAS

Reconocer los factores de riesgo tempranamente, así como revisar los pies por los pacientes y los médicos tratantes, es parte fundamental de la prevención del daño en el pie diabético. De acuerdo a sus antecedentes, actividad física, estilo de vida y tipo de pie al paciente se le recomendará siempre higienización y humectación del pie.⁷

El engrosamiento de la placa ungueal provoca un conflicto con el calzado que traumatiza el dedo por el aumento de presión. Este traumatismo mantenido puede iniciar una herida debajo de la uña, que tratándose de pacientes con alteraciones de la sensibilidad puede convertirse en una lesión o infección.

Otro de los factores importantes para evitar la aparición de pie diabético, es el uso adecuado del calzado, debe de ser adecuado para el pie del paciente, no debe quedar ajustado o apretado de los dedos, ya que el paciente diabético por la pérdida de sensibilidad en los pies puede desarrollar ampollas u otro tipo de lesiones que se asocian a úlceras o infecciones.

Al paciente se le debe dar una serie de pasos que debe seguir para evitar la aparición de pie diabético:

- Inspección diaria del pie para detectar lesiones ampollosas, hemorragias, maceraciones o escoriaciones interdigitales. Se utilizará un espejo para la inspección de la planta y talón.

- Antes de proceder a calzar el zapato, inspeccionar con la mano su interior para detectar resaltes, costuras con rebordes o cuerpos extraños, que deberán ser eliminados.
- El calzado idóneo es aquel que cumple estos principios básicos:
 - Absorción de la carga mediante plantillas elásticas.
 - Ampliación de la carga por distribución de la presión en mayor área.
 - Modificación de zonas de apoyo conflictivas.

Por tanto, el tipo de calzado debe ser siempre extra profundo y ancho; cuando no existe deformidad se asociará a plantillas blandas para distribuir la presión y, si existe deformidad, a órtesis rígidas para disminuir y distribuir las presiones anormales.

- Las zapatillas de deporte que tengan estas características son las más adecuadas para los paseos.
- No caminar nunca sin calzado. Utilizar zapatillas amplias en lugares como la playa o piscina.
- No utilizar nunca bolsas de agua caliente o almohadillas eléctricas para calentarlos.
- No utilizar nunca la resección de uñas encarnadas o callosidades. Acudir al podólogo.
- No apurar el corte de las uñas, sino hacerlo de forma recta y limarlas suavemente.

HISTORIA CLÍNICA

Una tercera parte de los enfermos diabéticos, presentan alteraciones neuropáticas de diversa tipología en el momento de su diagnóstico, que suelen remitir, aunque no en todos los casos, cuando el control ajustado de la alteración metabólica es el correcto.

Existen entre mononeuropatía y polineuropatía, tanto de los nervios craneales como de los nervios periféricos hasta nivel central, los síntomas de las neuropatías dependen de que sitio anatómico o nervio este afectado; puede estar afectado el área sensitiva que puede manifestarse desde alteraciones en el dolor, la propiocepción, táctil, termoanalgesia y

vibratoria. La isquemia secundaria a la macroangiopatía se asocia en los enfermos diabéticos y en el 40% al 50% de los casos con lesiones en los pies, aunque las manifestaciones clínicas pueden estar atenuadas por la presencia de la neuropatía.

Entre las manifestaciones clínicas del pie diabético tenemos:

- Claudicación intermitente
- Pie frío
- Dolor en reposo
- Dolor en reposo que mejora con el declive
- Palidez con la elevación del pie
- Retraso del relleno venoso tras la elevación del pie
- Eritema con el declive
- Atrofia de piel y faneras
- Uñas engrosadas
- Ausencia de pulsos
- Necrosis

La celulitis o infección del tejido celular subcutáneo presenta un enrojecimiento en la zona peri ulcerosa. La infección puede complicar tanto las lesiones neuroisquémicas como las neuropáticas. Si no se detecta precozmente suele evolucionar con rapidez y supone una pérdida tisular extensa, por lo que es importante su identificación en el examen inicial del pie. En casos severos, el enfermo presenta fiebre elevada y en agujas, y la compensación metabólica es muy problemática mientras persiste esta situación.

Para el momento de la evaluación del paciente con pie diabético, el abordaje debe incluir exploración física general, además del examen dirigido de las extremidades inferiores:

TIPO DE EXPLORACION	¿QUE SE EVALUA?	¿COMO SE EVALUA?
Dermatológica	Aspecto general de la piel, si existe anhidrosis, hiperqueratosis, deformidades, fisuras o grietas, onicopatías, edemas y cambio de temperatura.	Con la inspección de la piel de las piernas y los pies en sus caras dorsal, plantar, medial y lateral.
Musculoesquelético	si existe descenso en el arco plantar, dedos en garra o en martillo, deformidades osteoarticulares o pie de Charcot.	Debe evaluarse la limitación de la articulación metatarso-falángica y tibio peroneoastragalina en la inspección, durante la marcha y en exámenes de gabinete, en su defecto rayos X.
Neurológico	Si existe disestesia, parestesia, hiperalgesia, debilidad muscular, limitaciones en la movilidad articular.	-Exploración de la presión fina cutánea (monofilamento) en 10 zonas distintas del pie. -Evaluación de la sensibilidad vibratoria con diapasón en la epífisis distal del 1° metatarsiano.
Vascular	Presencia o ausencia palpatoria de los pulsos tibiales, poplíteos y femoral; soplo en la arteria femoral común; temperatura y cambio de coloración en la cara dorsal y plantar de los pies.	A través de la inspección y palpación se puede determinar los pulsos; el índice tobillo pie con la presión arterial determina el grado de isquemia de la extremidad y puede ser útil la termometría.

CLASIFICACION DEL PIE DIABETICO:

En relación con las clasificaciones, la de Wagner se divide en seis grados dependientes de la profundidad y extensión de la lesión; sin embargo, no permite especificar la gravedad de la infección, coexistencia de isquemia y otras comorbilidades. La Universidad de San Antonio Texas permite clasificar a la lesión de acuerdo con su profundidad, isquemia e infección, escala que ha sido validada y aceptada permitiendo establecer un valor predictivo para la posibilidad de curación, indicación de revascularización y amputación. Otro sistema híbrido y muy aceptado es el denominado PEDIS. Éste evalúa: perfusión, extensión/ tamaño del tejido involucrado; infección y sensibilidad.

Clasificación de lesiones de pie diabético de la universidad de San Antonio Texas				
ESTADIO	GRADO			
	0	1	2	3
A	Lesiones pre o post ulcerosas completamente epitelizadas.	Herida superficial, no involucra tendón, capsula o hueso.	Herida a tendón o capsula.	Herida penetrante a hueso o articulación.
B	Infectada.	Infectada.	Infectada.	Infectada.
C	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.
D	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.

Fuente: Classification of injuries on diabetic fooms. A non-solved problem.

Clasificación según Wagner (para las úlceras y lesiones preulcerativas)	
Grado 0	No úlcera, pie en riesgo (deformidades óseas y lesiones preulcerativas).
Grado I	Úlcera superficial, no infección clínica
Grado IIA	Úlcera profunda que afecta ligamentos, tendones, articulación y/o huesos.
Grado IIB	Similar a lo anterior más infección, celulitis.
Grado IIIA	Absceso profundo más celulitis.
Grado IIIB	Osteomielitis más celulitis.
Grado IV	Gangrena localizada.
Grado V	Gangrena extensa, del pie completo.

Fuente: Classification of injuries on diabetic foots. A non-solved problem.

TRATAMIENTO DEL PIE DIABETICO

El tratamiento debe enfocarse, principalmente, a los mecanismos patogénicos desencadenantes y ser multidisciplinario. Se puede hablar de un esquema general en el enfoque de la terapéutica del pie diabético: primero el control del estado metabólico y después el tratamiento específico, dependiendo del grado de afectación clínica.

Un control demasiado estricto implica el riesgo de hipoglucemia y en algunos enfermos, sobre todo en aquellos que han perdido la facultad de reconocer sus síntomas precursores, los beneficios de la normoglucemia así conseguida se ven anulados por los peligros de la propia hipoglucemia. La corrección de la hiperglucemia disminuye o previene la agravación de complicaciones como la nefropatía, la retinopatía y la neuropatía, pero el control metabólico se ha manifestado hasta el momento insuficiente por sí solo para prevenir completamente o limitar la progresión de las complicaciones vasculares en la diabetes mellitus.

Tratamiento del dolor neuropático

El dolor es constante, molesto y difícil de controlar. Afortunadamente, existen diversos tipos de medicamentos bien estudiados y que han demostrado efectividad en el tratamiento, entre ellos los antidepresivos tricíclicos, la carbamazepina, tramadol, gabapentina, capsaicina, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), pregabalina y duloxetina.

Úlcera vascular

El tratamiento de las úlceras vasculares debe enfocarse a resolver el problema desencadenante, en este caso la revascularización es el objetivo principal. Existen cuatro opciones técnicas de revascularización en la enfermedad isquémica de las extremidades: bypass, endarterectomía, cirugía vascular y simpatectomía.

En caso de infección, el antibiótico debe iniciarse en forma empírica en función del tipo de infección y los gérmenes más frecuentemente involucrados. Las úlceras clínicamente no infectadas no deben cultivarse ni recibir tratamiento antibiótico profiláctico.

Tratamiento del pie diabético ulcerado e infectado

El tratamiento inicial en heridas infectadas debe ser empírico y basarse en la gravedad y características de la infección, las condiciones del paciente, sus factores predisponentes y, posteriormente, ajustarse de acuerdo con los resultados de cultivo recientes tomados a través de aspirado, biopsia o curetaje y evolución clínica. En heridas aparentemente no infectadas no es necesario el tratamiento profiláctico con antibiótico, por riesgo a la resistencia antimicrobiana y los efectos adversos en el paciente.

Es necesario adecuar el tratamiento antimicrobiano a la respuesta del paciente, la evolución de la infección y las evidencias clínicas y microbiológicas de la infección de acuerdo con las biopsias y cultivos tomados durante la debridación o aspiración de abscesos.

Tratamiento ortopédico-quirúrgico

Como parte del tratamiento ortopédico, las medidas iniciales deben basarse en evitar completamente el apoyo sobre la extremidad afectada. Esto se logra principalmente con el apoyo de muletas y el reposo en cama. Dependiendo de la gravedad de la lesión, en ocasiones será necesaria la implantación de otros instrumentos ortopédicos reductores de carga, como silla de ruedas, yeso de contacto total, bota de yeso, férula de marcha removible con tacón en mecedora, ortesis de contacto total diseñada para el paciente, ortesis para apoyo en el tendón patelar, zapatos modificados, zapatos quirúrgicos moldeados, caminadora o bastón. La cirugía ortopédica en el pie diabético tiene como objetivo obtener un pie plantígrado, estable y sin prominencia.

DISEÑO METODOLOGICO.**TIPO DE INVESTIGACION.**

El tipo de investigación que se realizó fue de tipo descriptivo, corte transversal; debido a que solo se observaron los factores epidemiológicos, clínicos y socioculturales de cada uno de los pacientes, sin modificar ninguno de los parámetros.

PERIODO DE INVESTIGACION.

El periodo de investigación comprende de febrero a Julio de 2018.

POBLACIÓN O UNIVERSO.

El universo que se tomó son todos los pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus tipo 2 que cumplieron los criterios de selección y a los que se tiene acceso a la información a través de los expedientes clínicos; los cuales consultaron UCSF: Lourdes, San Miguelito, San Roque.

MUESTRA.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para realizar el muestreo se tomaron todos los pacientes que consultaron y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, resultando un total de 94 pacientes que consultaron en las UCSF: LOURDES, SAN MIGUELITO, SAN ROQUE.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas de 45 a 85 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de Pie diabético.
- Perteneciente a la área geográfica en estudio.
- Que consultaron en el periodo de febrero a junio de 2018.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con Diagnóstico de Diabetes, pero sin diagnóstico de Pie Diabético.
- Pacientes que no firman consentimiento informado o no deciden participar en la investigación.
- No pertenecientes al área geográfica.
- Que consultaron en un periodo menor a febrero o mayor a junio 2018.

VARIABLES.

- Factores epidemiológicos.
- Factores clínicos.
- Estadio según clasificación de Wagner.
- Tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Factores socioculturales y medidas preventivas utilizadas por los pacientes.

TECNICA DE OBTENCION DE INFORMACION:

En la consulta de atención de enfermedades crónicas, se tomaron en cuenta aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron idóneos para los datos requeridos; estos datos se obtuvieron mediante una guía de entrevista semiestructurada y de la información plasmada en el cuadro clínico del paciente que consultó. Para la recolección de datos el método utilizado es la observación y el instrumento será un cuestionario con un puntaje previamente asignado.

Al momento de la recolección de datos se realizaron en dos situaciones:

1. Los pacientes que llegaban a pasar su consulta de control, de abastecimiento de medicamentos o a su curación, se les pasó el instrumento y luego se consultaba en expediente clínico para datos sobre los niveles de glicemia central con los exámenes de laboratorios vigentes.

2. Se realizó visitas domiciliarias a los pacientes dentro del área de cobertura de la Unidad de Salud, con la compañía del promotor de salud encargado de la zona, se realizó control glicémico con HGT disponible y luego de la visita se consultaba si el paciente tenía exámenes de laboratorio vigentes o la última vez que consulto en dicho establecimiento de salud.

TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

Luego de la recolección de datos por medio del instrumento de investigación, estos mismos se ordenaron y se clasificaron con ayuda de tablas de frecuencia, para luego presentarlas en: Gráficas de pastel.

Los programas a utilizados para procesar la información fueron:

1. Microsoft Word: se utiliza para redactar y corregir la información obtenida.
2. Microsoft Excel: programa para realizar una matriz con los diferentes indicadores para poder graficar en una plataforma distinta de Office.
3. Programa de agrupación de datos SPSS
4. Oracle Data Visualization 12c: programa de la plataforma Oracle para realizar presentaciones estadísticas empresariales, utilizando hojas de cálculo de Excel y lenguaje de programación.
5. Microsoft Power Point: para presentar los resultados de la investigación durante la defensa de la misma.
6. SPSS

ASPECTOS ETICOS.

- ✓ Se solicitó permisos a las UCSF: LOURDES, SAN MIGUELITO, SAN ROQUE: para la recolección de datos a través de un cuestionario; garantizando el debido respeto y confidencialidad; aclarando que toda información recaudada es para fines académicos.
- ✓ Toda información se obtuvo con el debido consentimiento de las participantes y se dió la libertad de interrumpir su participación sin ninguna consecuencia sobre ello.
- ✓ Los datos obtenidos con la investigación se utilizaron únicamente para el análisis de los mismos en ningún momento se pretendió hacer público los resultados, se respetó el anonimato de las personas que brindaron la información.
- ✓ En caso de ser solicitado, el grupo investigador tiene la obligación de informar a los sujetos de investigación los resultados disponibles en forma clara, apropiada y comprensible.
- ✓ Se explicó el alcance de la investigación para no generar falsas expectativas.

Operacionalización de variables**OBJETIVO 1**

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Identificar las características epidemiológicas de los pacientes con pie diabéticos.	Perfil epidemiológico	La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos(enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.	Para cuantificar las diferentes características epidemiológicas del pie diabético se utilizan indicadores no modificables (edad, sexo, nivel de escolaridad)	Sexo	Masculino Femenino	Entrevista	Encuesta
				Edad	45 – 65 años 65 – 85 años		
				Escolaridad	Ninguna Básica Bachillerato Universitario		

OBJETIVO 2

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Determinar los factores socioculturales y medidas preventivas que se asocian al pie diabético y las medidas preventivas que adoptan los pacientes	Factores socioculturales y medidas preventivas	Los factores socioculturales son elementos que están arraigados en un individuo o un grupo de individuos que obedecen a practicas, comportamientos o formas de pensar dentro de de su entorno social y cultural Las medidas preventivas son las decisiones que debe adoptar el paciente, como consecuencia de la evaluación de los riesgos de salud que no hayan podido evitarse.	La medición de los factores socioculturales de los pacientes con pie diabético se analizara a través del conocimiento de la enfermedad, los estilos de vida, y las medidas preventivas aplicadas por los pacientes y controles de seguimiento de la enfermedad.	Controles por año	Mayor a 2 1 -2 Ninguno	Entrevista	Encuesta y cuadro clínico
				Estilo de vida no saludable	Sedentarismo Tabaquista Etilista		
				Estado Civil	Soltero Casado Acompañado Viudo Divorciado		
				Ingreso económico	Trabajo Familia Pensión No Posee		
				Calzado	Zapato Abierto Zapato cerrado		

OBJETIVO 3

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Determinar el cuadro clínico del paciente con pie diabético.	Cuadro clínico del paciente con pie diabético.	El cuadro clínico es el listado de los distintos signos y síntomas que el paciente manifiesta al momento del interrogatorio con el personal médico, el cual refiere un tiempo de evolución y ciertas características propias de cada signo y/o síntoma.	El cuadro clínico se acompaña del interrogatorio y el examen físico, el cual puede cuantificar el nivel de daño que pueda padecer el miembro afectado del paciente con pie diabético.	Síntomas del pie diabético	Dolor al caminar Dolor al reposo Calambres Parestesias	Entrevista	Encuesta y cuadro clínico
				Hallazgos dermatológicos:	Eritema Calor Celulitis Cambios tróficos Úlcera		
				Hallazgos musculoesqueléticos:	Inflamación Deformidad Movilidad articular Luxación		
				Hallazgos neurológicos:	Prueba del monofilamento Propiocepción Vibración		
				Hallazgos Vasculares	Pulso pedio ausente o asimétrico Rubor gangrena		

OBJETIVO 4

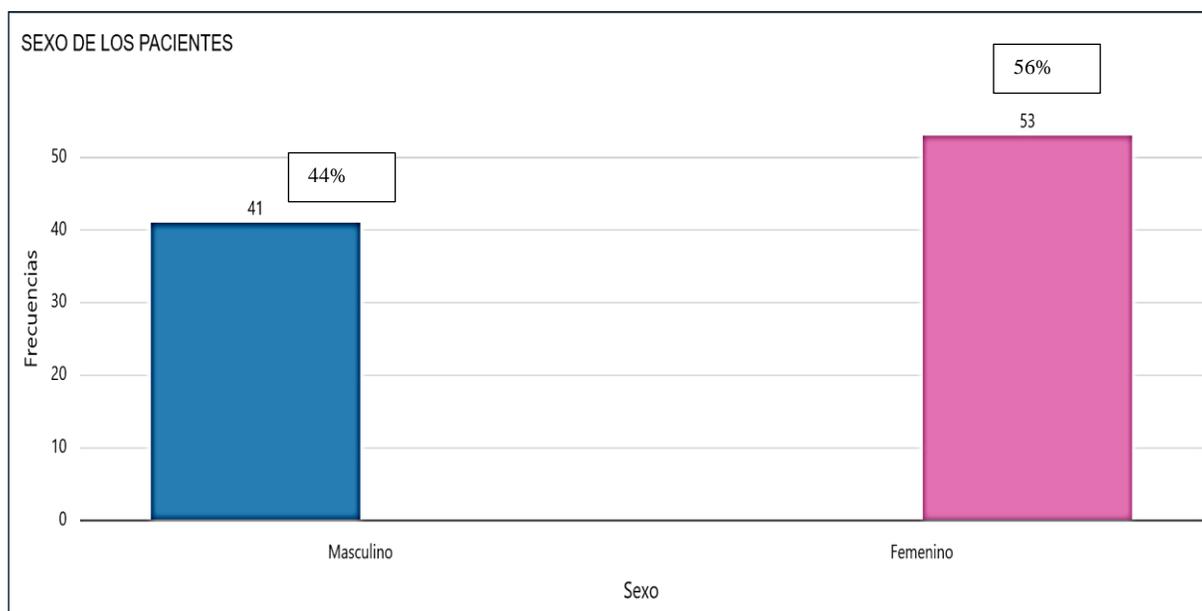
Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Verificar en que estadio de la clasificación de Wagner se encuentra el paciente con pie diabético	Estadios de la clasificación de Wagner	Conjunto de signos y síntomas relacionados con las alteraciones neurológicas, vasculares, infecciosas que se originan en el pie diabético, la clasificación de Wagner es el método más empleado	La clasificación de Wagner se basa en 6 estadios desde el 0 (cero) al 5 (cinco) evaluando aparición de úlcera hasta complicaciones como osteomielitis y gangrena.	Clasificación del pie diabético	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 0: sin ulcera deformación osea • Grado 1: ulcera superficial • Grado 2: ulcera profunda • Grado 3: ulcera profunda con celulitis • Grado 4: gangrena localizada • Grado 5: gangrena extensa, compromiso de todo el pie. 	Entrevista	Encuesta y cuadro clínico

OBJETIVO 5

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Técnica	Instrumento
Identificar el tratamiento farmacológico y no farmacológico del pie diabético	Tratamiento farmacológico y no farmacológico	El tratamiento es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas	El paciente con pie diabético primero debe controlar su control glicémico, dependiendo la severidad del cuadro clínico es tratado con analgesicos, antibioticos e incluso al no mejorar con tratamiento farmacológico se opta por la cirugía	Tratamiento	Dieta Insulina Hipoglicemiantes orales	Entrevista	Encuesta y cuadro clínico
				Analgesia	AINES Opioides Antidepresivos Antiepilépticos Relajantes musculares		
				Antibiótico	Oral Parenteral Tópico		
				Curación	Solución salina Miel Parche		
				Cirugía	Desbridacion Bypass Amputación		
				Equipo de soporte	Silla de ruedas Muletas Andadera		

RESULTADOS DE FICHA CLINICA OBTENIDA DE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN LAS UCSF-B SAN ROQUE, UCSF-I LOURDES Y UCSFE SAN MIGUELITO

Gráfico #1: Sexo de la población encuestada



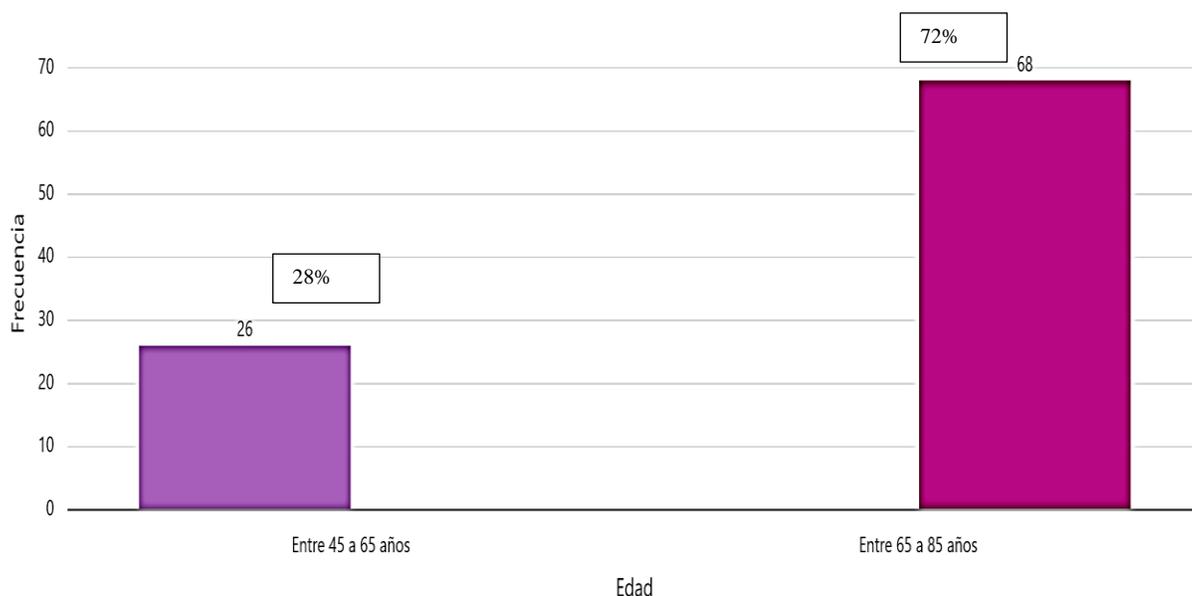
FUENTE: instrumento de investigación denominado “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018”

Interpretación: El 56% de la población encuestada pertenece al sexo femenino, mientras que el 44% es representado por el sexo masculino.

Análisis: Podemos concluir que la mayoría de pacientes que consultan por diabetes Mellitus con complicación de pie diabético son mujeres. Esto no significa que hay mayor prevalencia de la enfermedad en sexo femenino que en el sexo masculino, pero estadísticamente la mayor población que asiste a sus controles en nuestras unidades de salud y cumplen los criterios en este caso corresponden al sexo femenino.

Gráfico #2: Edad de la población encuestada

EDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS



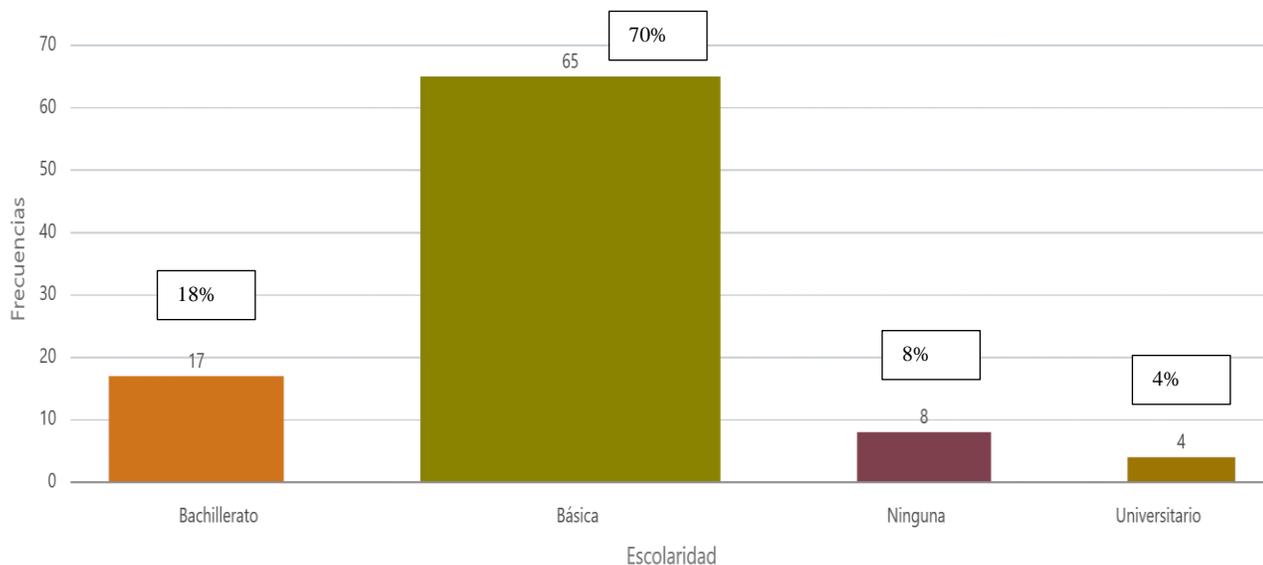
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Interpretación: Para poder comprender sobre el predominio de edades se dividió la población en dos grandes grupos: aquellos que resultaron con edades 65 a 85 años representaron el 72%, mientras que los de 45 a 65 años representaron el 28%.

Análisis: entre los criterios de inclusión para dicha encuesta son pacientes mayores de 45 años con diagnóstico de pie diabético, los pacientes mayores de 65 años presentan más complicaciones por el tiempo de evolución de la enfermedad, desarrollando microangiopatías periféricas que afectan ojos y miembros inferiores. La pérdida de la visión con el paso de edad se deteriora y fácilmente pueden traumatizarse lo pies y la consecuencia final es la ulcera.

Grafica #3: Escolaridad de los pacientes

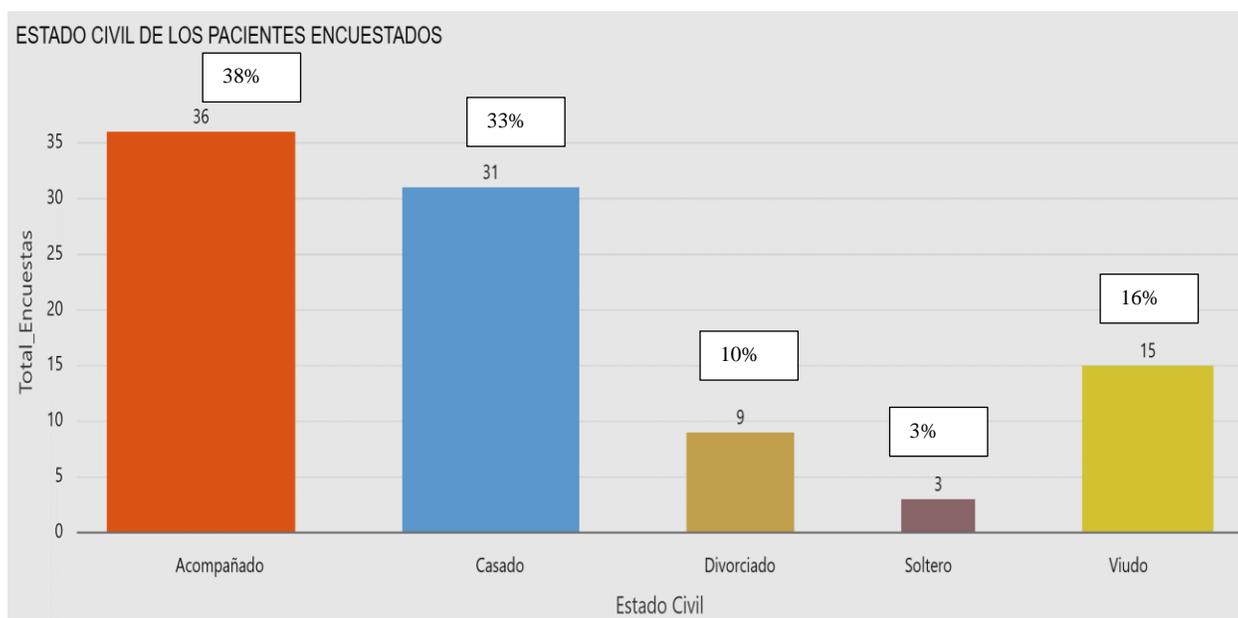
ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS



FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Analisis De los 94 pacientes encuestados, 8 personas (8%) no tienen escolaridad, por lo tanto no saben leer ni escribir; 65 personas (70%) tienen una escolaridad básica, significa que son pacientes que cursaron desde 1° grado hasta 9° grado; 17 personas (18%) realizaron bachillerato, y 4 personas (4%) realizaron estudios universitarios.

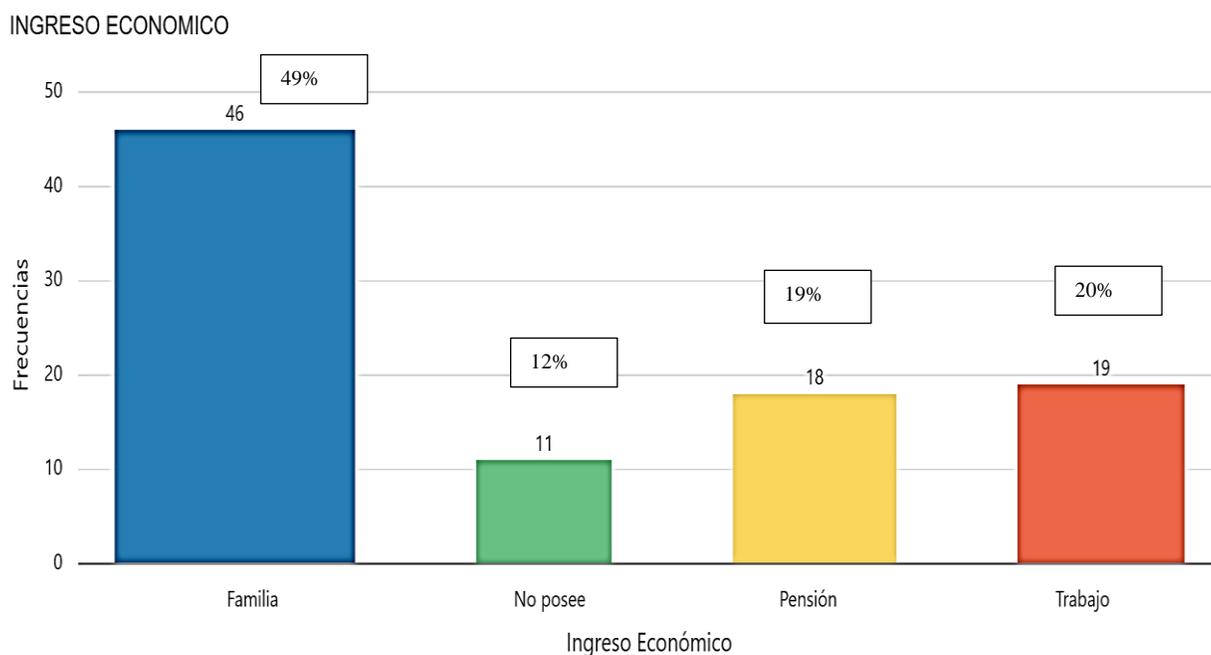
Interpretacion la mayoría de pacientes son personas que saben leer y escribir, el 70% de encuestados la escolaridad es básica, algunos concluyeron los 9 años, otros solo realizaron hasta 2° grado. El grado de conocimiento de un paciente influye con el conocimiento de la enfermedad que padezca, los que tienen mayor escolaridad saben las medidas preventivas para evitar complicaciones de su enfermedad, en cambio los pacientes con poca o ninguna escolaridad no tienen la suficiente información sobre las diferentes complicaciones de la enfermedad que actualmente padece. Incluso al momento de la consejería durante la consulta, el paciente no logra comprender lo que el medico le dice por la falta de conocimiento.

Grafica #4: Estado Civil de los pacientes encuestados

FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Interpretación: Del total de pacientes encuestados el 38% (36 pacientes) están acompañados; el 33% (31 pacientes) están formalmente casados; una pequeña cantidad que corresponde al 10% (9 pacientes) son divorciados; solo 3 pacientes están solteros (3%) y una cantidad considerable de pacientes están viudos (15 pacientes) con el 16%.

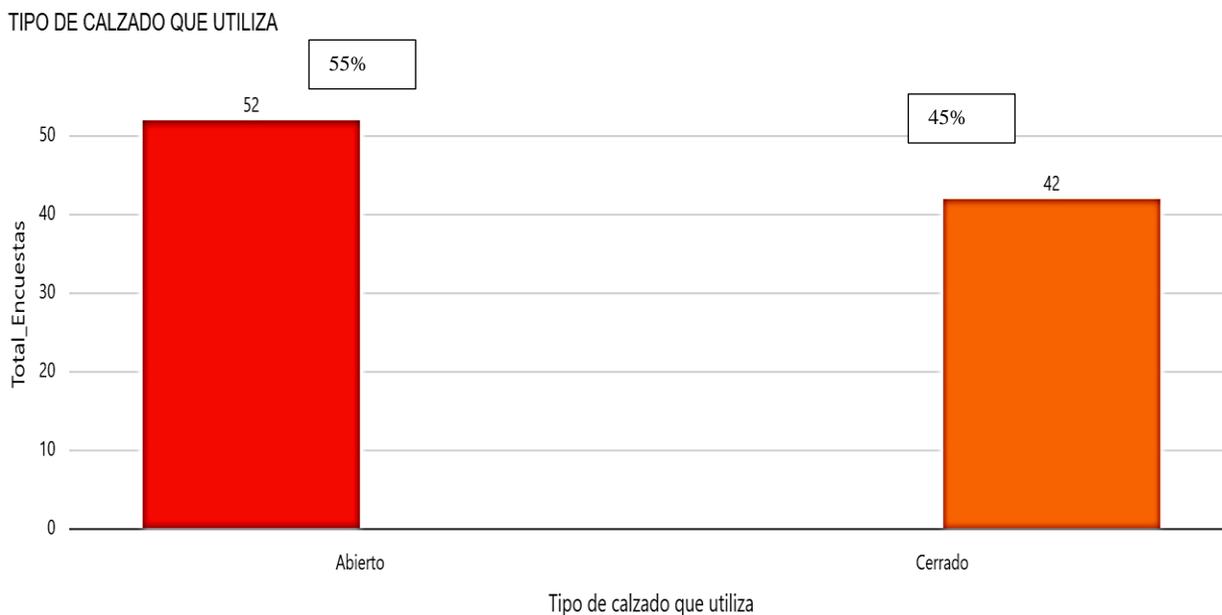
Análisis: en la mayoría de los casos los pacientes que consultan en las unidades de salud son personas que tienen el apoyo familiar con una pareja estable ya sea casado o acompañado, lo cual influye mucho en el tratamiento o la calidad de vida que éste pueda tener, ejemplo de ello son problemas como el cuidado, las actividades cotidianas, el dolor, ansiedad o depresión que influye mucho en la evolución del paciente, comparado con pacientes que no tienen el apoyo de su pareja para sobrellevar todo este tipo de situaciones.

Gráfico #5: Ingreso Económico

FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Interpretación: el soporte económico de estos pacientes se desglosa de la siguiente manera: el 49% depende de la familia, 20% poseen un empleo, 19% son pensionados y un 12% no posee un ingreso económico.

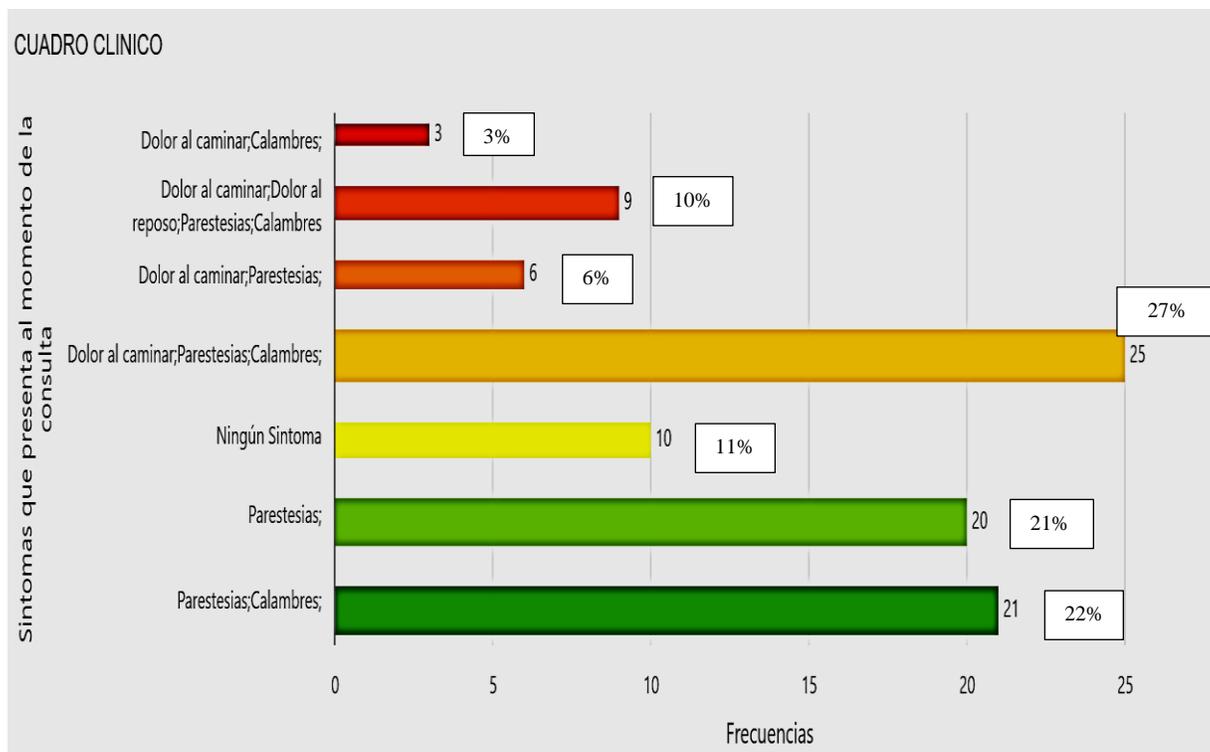
Análisis: En su mayoría el 88% de los pacientes (con apoyo: familiar, trabajo, pensión) tienen un ingresos económicos, el cual es ventajoso, debido que permite al individuo a desplazarse, comprar medicamentos, y tener un mayor apego a su tratamiento. Pero el 12% de la población que no posee ingreso, es catalogado como grupo de riesgo debido a que se le presentan múltiples limitantes.

Gráfica #6: Tipo de calzado que utiliza diariamente

FUENTE: instrumento de investigación denominado “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018”

Interpretación: De las 94 personas encuestadas, 52 personas (55%) refieren utilizar zapato abierto y 42 personas (45%) utilizan zapato cerrado.

Análisis: la función del calzado en paciente con pie diabético es importante para evitar la aparición de una nueva lesión que se transforme en ulcera, también para propiciar a los pies un adecuado andar para no sobrecargarlos de impacto que concurran a dolores o luxaciones de los ortijos o metatarsos o evitar que la ulcera existente se complique con la utilización de un calzado muy apretado. Lo recomendable es utilizar un zapato cerrado que sea cómodo, no ajustado, que la suela sea adecuada para evitar el sobre impacto óseo.

Gráfico #7: Cuadro Clínico

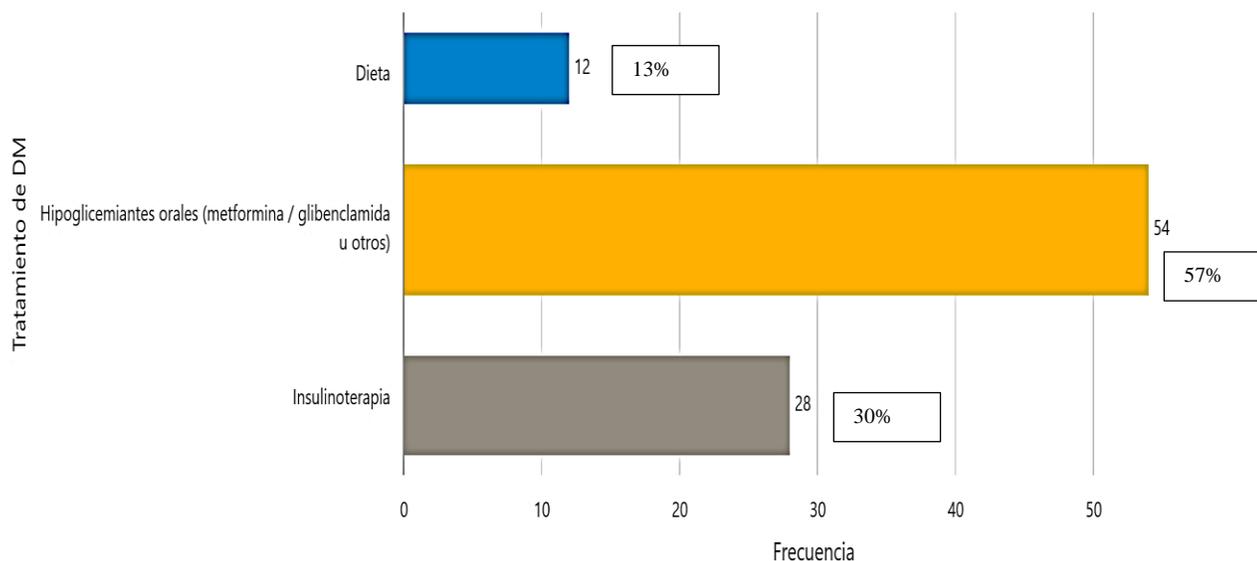
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis: de las 94 personas encuestadas solo el 3% (3 personas) de pacientes presentan dolor y calambres al caminar, el 10% (9 personas) de pacientes se le suma además dolor al reposo y parestesias; el 6% (6 personas) de pacientes presentan una combinación entre dolor al caminar y parestesias; Solo el 27% (25 personas) de pacientes presentan dolor al caminar, parestesias y calambres; El 21% (20 personas) de pacientes solo presentaron parestesias; El 22% (21 personas) solo parestesias y calambres y solo el 11% (10 personas) de pacientes refirió no tener ningún síntoma

Interpretación: En la sintomatología del paciente con pie diabético es característico los síntomas como la parestesia y los calambres, esto como parte del desarrollo de complicaciones que se le conoce como microangiopatía periférica, algo propio del pie diabético; éste grafico demuestra que la mayoría de pacientes es compatible con la sintomatología descrita en la literatura consultada, lo cual dificulta la movilidad o deambulacion del paciente y es en éste momento donde la mayoría tiende a consultar por primera vez antes de un cuadro ya complicado.

Gráfico #8: Manejo actual del paciente

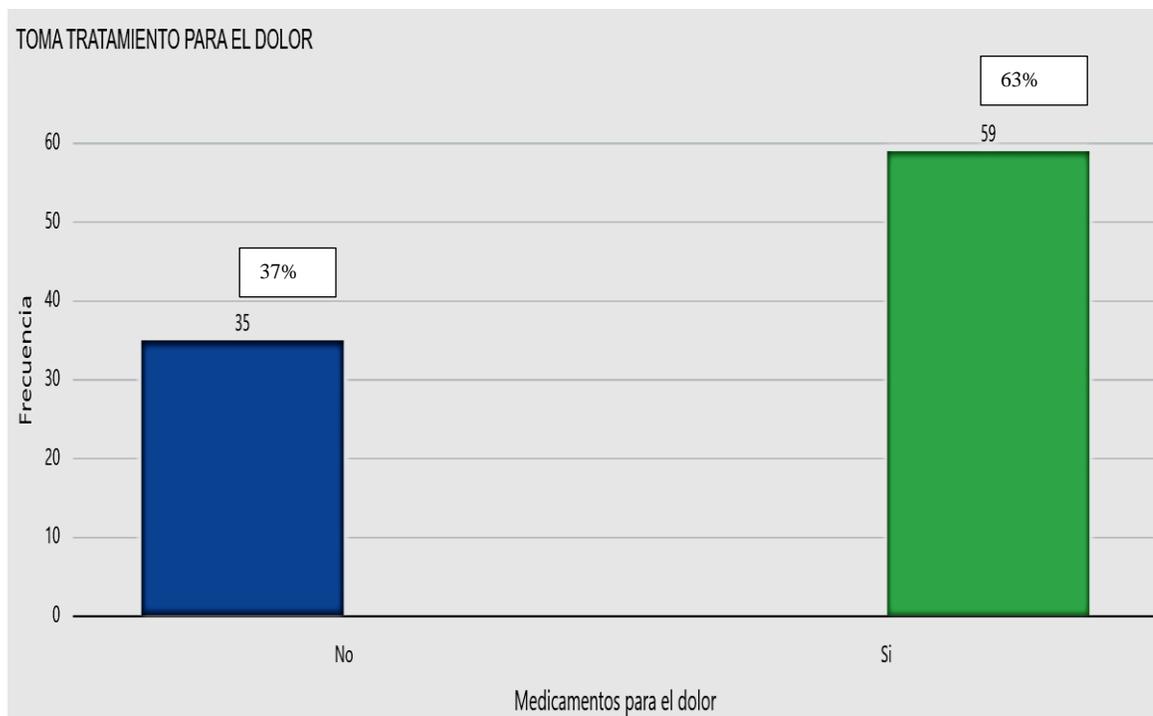
TRATAMIENTO ACTUAL



FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis: de las 94 personas encuestadas, 12 personas (13%) es manejado solo con Dieta ; 54 personas (57%) utiliza hipoglicemiantes orales de cualquier tipo y solo 28 personas (30%) utiliza insulinoterapia.

Interpretación: La mayoría de pacientes que consultan en las tres unidades de salud que conforman este estudio son pacientes manejados a través de medicamentos orales en la consulta externa ya sea con controles cada dos o tres meses, dependiendo de la evolución del cuadro clínico. Son pocos los pacientes que controlan sus glicemias con la dieta baja en carbohidratos y los pacientes con insulinoterapia se puede interpretar que sus niveles glicémicos son difíciles de controlar y se utiliza la última opción de tratamiento para dicha enfermedad.

Gráfico #9: Tratamiento para el dolor

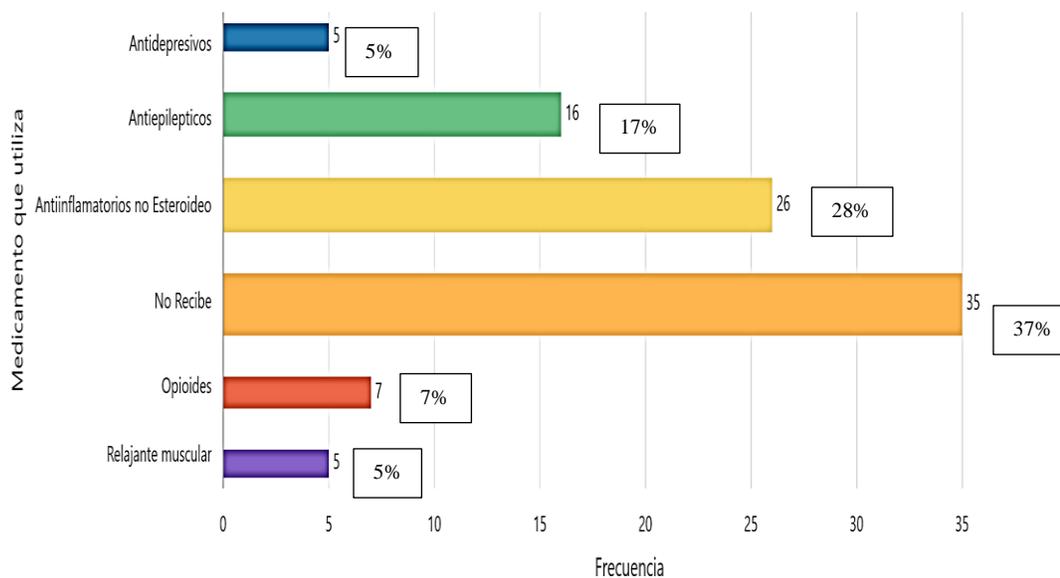
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis de las 94 personas encuestadas, 35 personas (37%) de pacientes si recibe tratamiento con analgésicos y 59 personas (63%) de pacientes no recibe tratamiento para el dolor.

Interpretación Durante el desarrollo de la enfermedad es muy frecuente los dolores ya sean de origen neuropático o muscular, y como parte del tratamiento al paciente diabético se pueden adicionar analgésicos en aquellos casos donde el dolor es incapacitante o dificulta cualquier proceso físico, ya sea la deambulaci3n continua hasta el mantenerse en bipedestaci3n.

Gráfico #10: Tipo de medicamento analgésico

TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBE PARA EL DOLOR



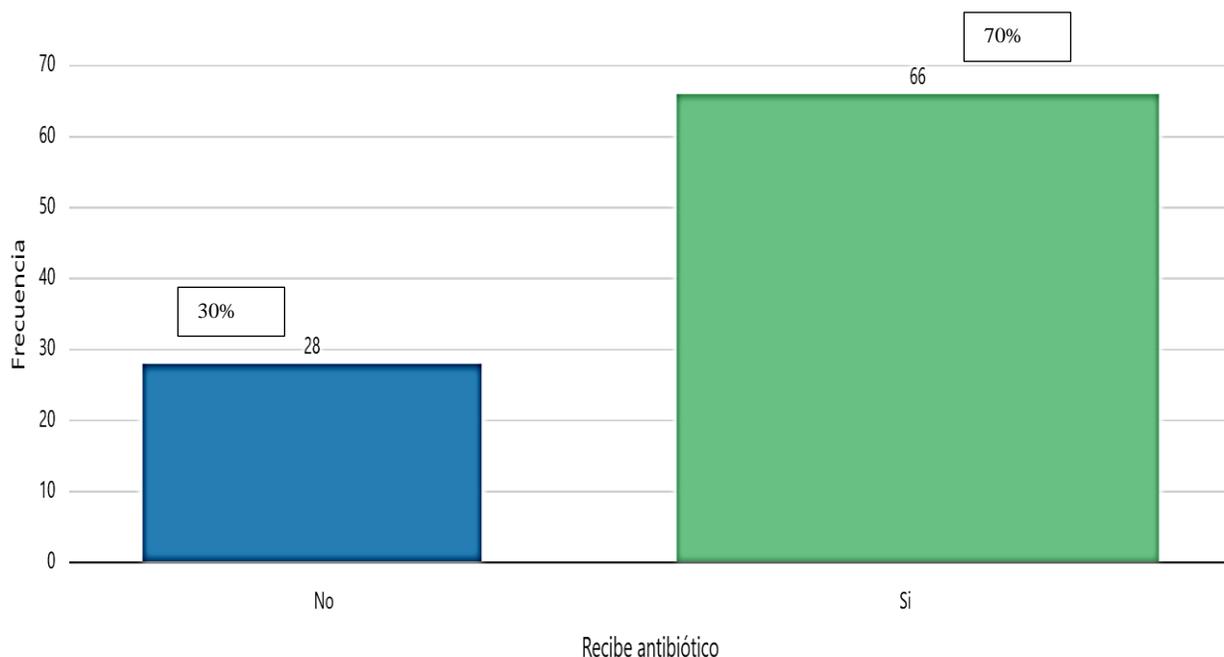
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis: En el presente gráfico se describe los diferentes medicamentos utilizados para el manejo del dolor del paciente con pie diabético. De las 94 personas encuestadas, 5 pacientes (5%) son manejados con antidepresivos; 16 personas (17%) son manejados con antiepilépticos; 26 personas (28%) utilizan medicamentos AINES; 7 personas (8%) utilizan opioides; 5 personas (5%) utilizan relajantes musculares, y 35 personas (37%) no recibe medicamentos para el dolor.

Interpretación: Los anti inflamatorios no esteroides son los medicamentos que con mayor frecuencia son utilizados para el manejo de los síntomas de dolor para pacientes con pie diabético, tomando en cuenta la disponibilidad de medicamentos en las unidades de salud. Pero esto depende mucho del desarrollo clínico y del criterio de cada médico para manejo de los diferentes pacientes. Los pacientes que no reciben analgésicos son pacientes que no presentan dolor, sin embargo esto no indica que no hay presencia de complicaciones.

Gráfico #11: Tratamiento con Antibiótico

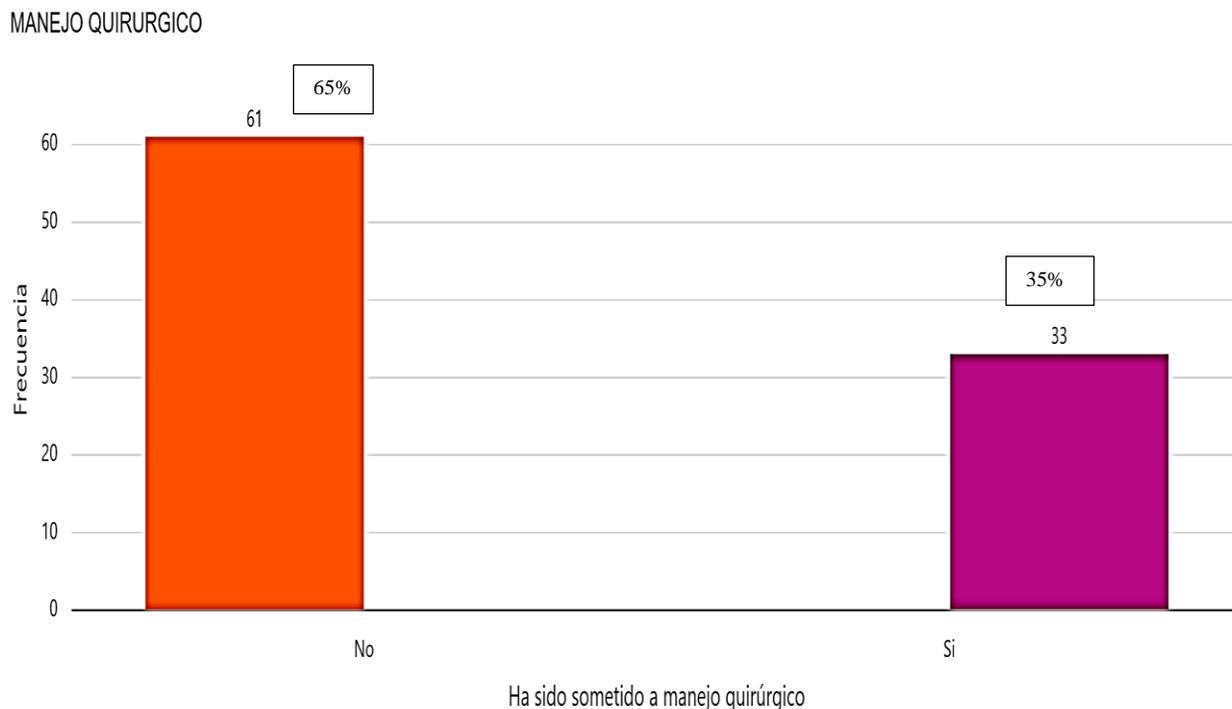
RECIBE TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICO



FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Marzo-junio 2018"

Análisis de las 94 personas encuestadas, 66 personas (70%) utilizan antibióticos y 28 personas (30%) no utilizan ningún tipo de antibióticos.

Interpretación Como parte del manejo de las úlceras en los pacientes diabético es importante adicionar un esquema de antibioticoterapia para mejorar el curso clínico de las úlceras o lesiones dermatológicas, en aquellos pacientes que así lo requieran. De las 94 personas encuestadas y que asisten a las unidades de salud, 66 personas reciben antibióticos para prevenir infecciones o curar úlceras infectadas, siendo así que el 70% de pacientes cree pertinente el uso de este tipo de medicamentos.

Gráfico #12: Manejo Quirúrgico

FUENTE: instrumento de investigación denominado “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018”

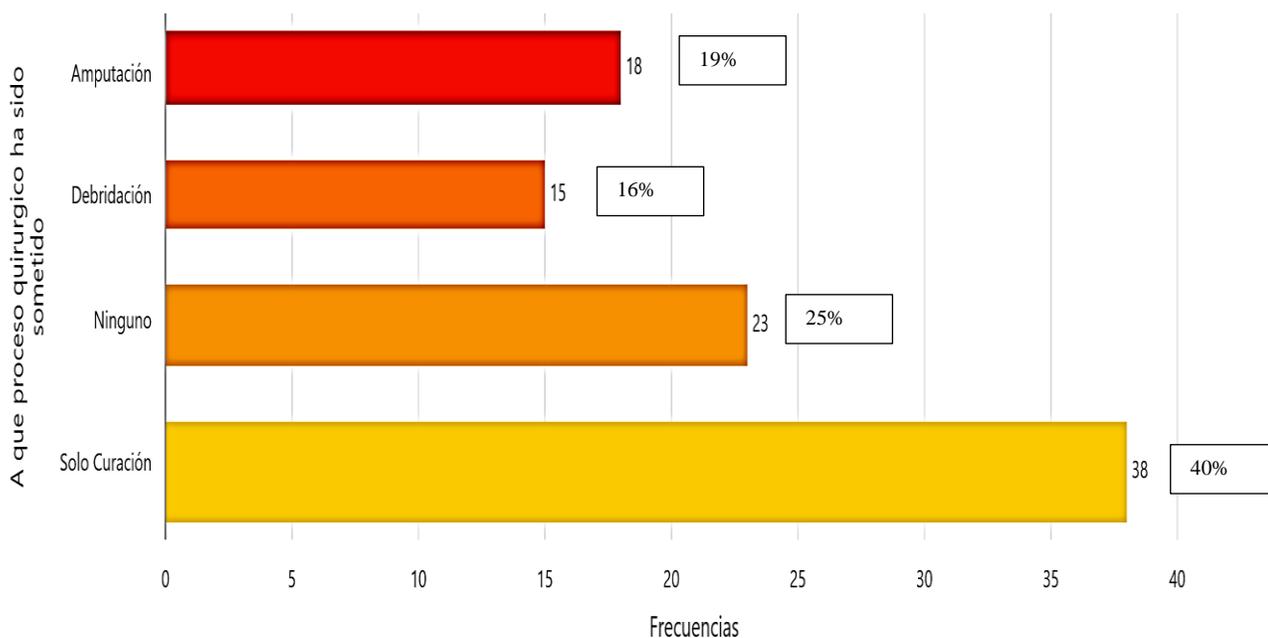
Análisis de las 94 personas encuestadas, 61 personas (65%) manifestaron que no han sido intervenidos quirúrgicamente y 33 personas (35%) si tienen un proceso quirúrgico a lo largo del desarrollo de la enfermedad.

Interpretación

A pesar de la alta cantidad de pacientes con lesiones dermatológicas o úlceras la mayoría de pacientes que consultan en las 3 unidades de salud, solo el 35% han sido sometidos a procedimientos como debridacion y amputaciones. El resto de pacientes han controlado su enfermedad y han acatado indicaciones médicas evitando así la complicación de las lesiones iniciales.

Gráfico #13: Tipo de proceso quirúrgico

TIPO DE MANEJO QUIRURGICO



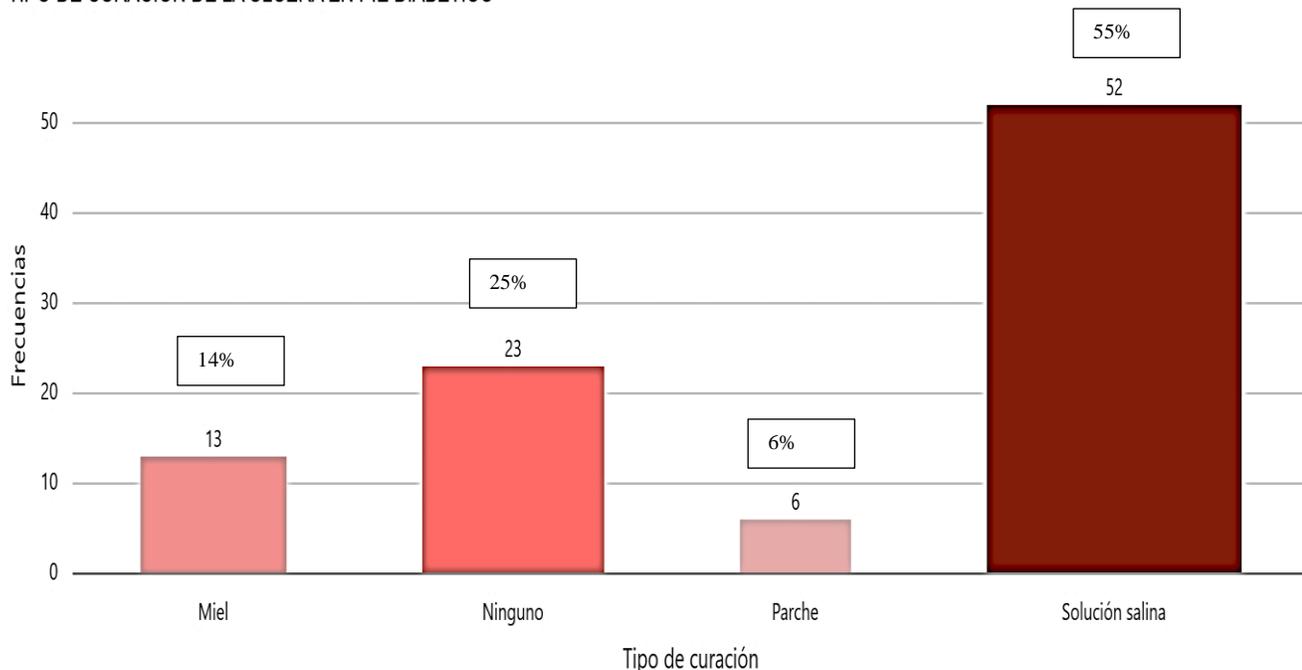
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis según la presente gráfica, de las 33 personas que han sido sometidas a manejo quirúrgico, solo 18 personas (19%) han sido amputadas de uno o ambos miembros inferiores; 15 personas (16%) han sido debridados. De las 61 personas que respondieron y que no han sido sometidos a manejo quirúrgico, a 23 personas (25%) no se les ha realizado ningún procedimiento y 38 personas (40%) solo han recibido curación de ulcera.

Interpretación La complicación más grande del paciente con pie diabético es la necrosis irreversible del tejido que conlleva a la amputación, en nuestras unidades de salud la cantidad de pacientes que han tenido que ser manejados quirúrgicamente con la amputación del miembro es reducido, y son pacientes que presentan lesiones ya sea del mismo miembro o del otro, además el mayor porcentaje de pacientes encuestados presentan úlceras iniciales que requieren manejo con curaciones diarias.

Gráfico #14: Manejo de la úlcera en paciente con pie diabético

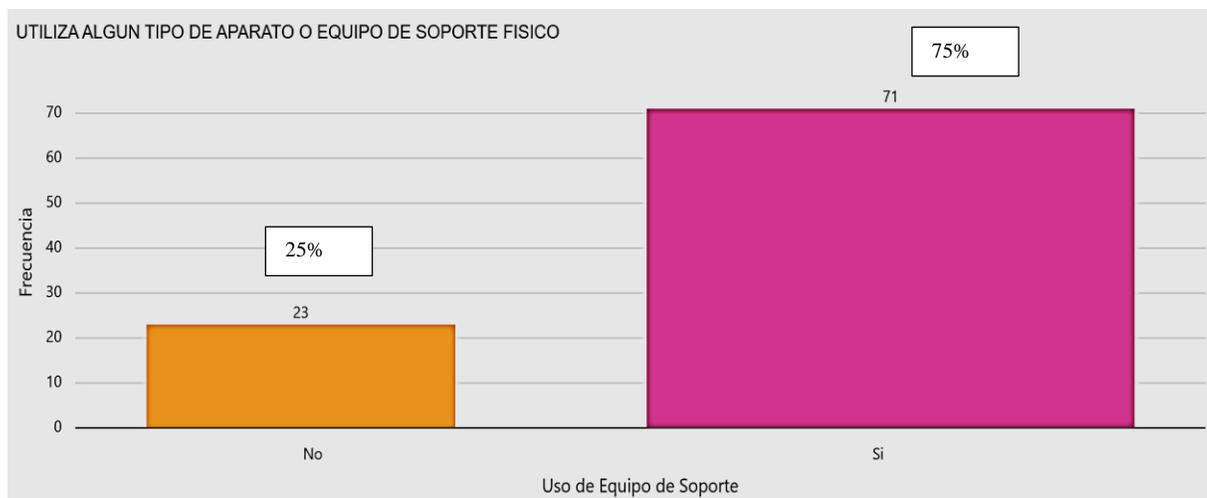
TIPO DE CURACION DE LA ULCERA EN PIE DIABETICO



FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis De las 94 personas encuestadas, 13 personas (14%) utilizan miel durante sus curaciones, 6 personas (6%) utilizan parche, 52 personas (55%) solo utilizan solución salina para curación y 23 personas (25%) que no se curan.

Interpretación La mayoría utilizan solución salina para curar las úlceras; esto es correcto debido a que evita lesiones ocasionadas por antisépticos irritantes en la piel por ser una solución neutra. Se ha demostrado que con un protocolo clínico adecuado de manejo de heridas se logran cicatrificaciones en más del 70% de las úlceras que ameritaban amputación. La miel como coadyuvante de la cicatrización se ha visto beneficiada del su uso ya que ayuda al crecimiento de tejido de granulación. El parche es utilizado en casos especiales donde la cicatrización es difícil y solo aproximadamente el 6% de pacientes lo utilizan.

Gráfico #15: Soporte de uso mecánico

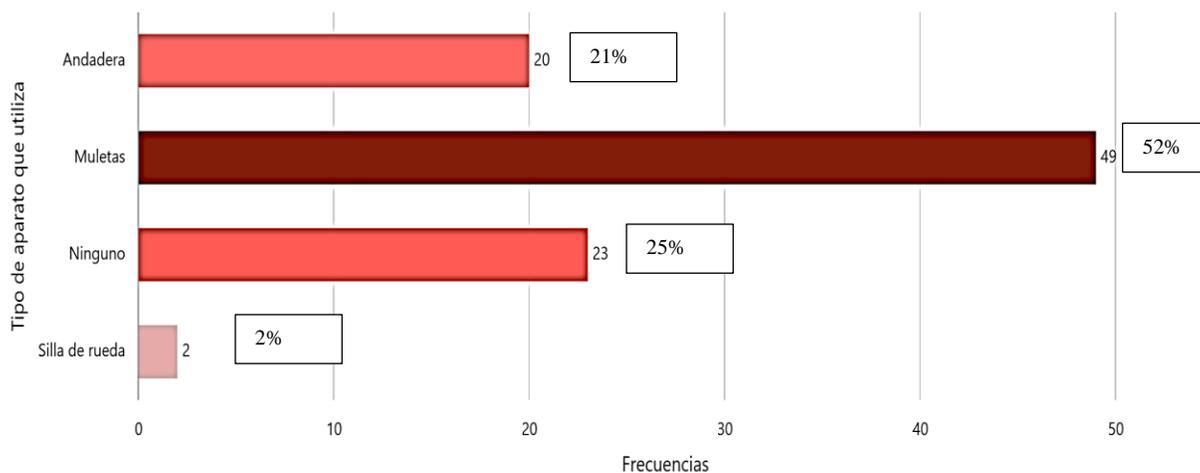
FUENTE: instrumento de investigación denominado “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018”

Análisis En esta grafica se evidencia que 71 personas (75.5%) dependen de un aparato de soporte para su movilidad y 23 personas (25%) son pacientes cuya condición les permite valerse por sí solos.

Interpretación La mayoría de pacientes en un grado crónico de la enfermedad se ven afectados por las diferentes complicaciones físicas discapacitantes que produce la ulceración de los miembros o la falta de uno o ambos miembros inferiores, por lo que la mayoría de pacientes encuestados que recurren al uso de diferentes aparatos especiales para su movilidad.

Gráfico #16: Tipo de aparato utilizado

TIPO DE APARATO O SOPORTE FISICO QUE UTILIZA LOS PACIENTES ENCUESTADOS



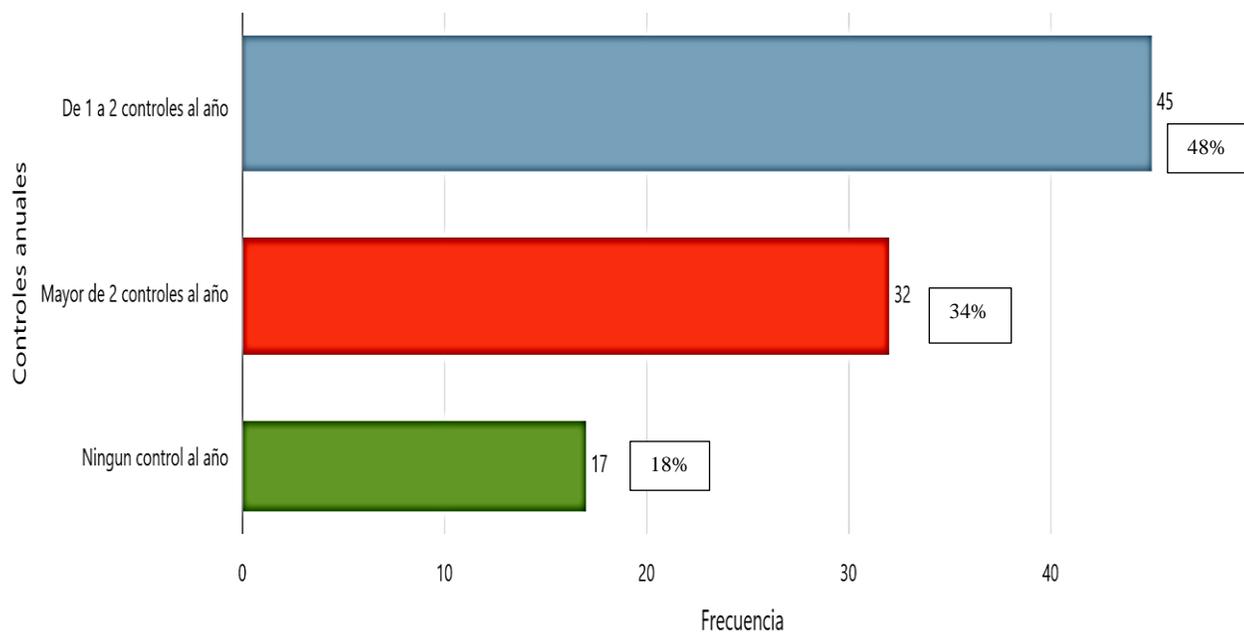
FUENTE: instrumento de investigación denominado “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018”

Análisis de las 94 personas encuestadas, 49 personas (52%) utilizan muletas para movilizarse; 20 personas (21%) usan andadera para asistir a sus controles o curaciones. Una minoría que corresponde al 2%, o sea a 2 personas, usa silla de ruedas; 23 personas (25%) no utiliza ningún tipo de soporte.

Interpretación El uso de aparatos como andadera o muletas son de fácil acceso a la población por lo que corresponde a la gran mayoría de aparatos de uso diario ya sea en hogar o fuera de casa. Solo dos pacientes de ellos con lesiones en extremidades incapacitantes o amputaciones requieren de silla de ruedas para desplazarse, y 16 pacientes en la misma condición utilizan muletas.

Gráfico #17: Controles Anuales

Controles Anuales



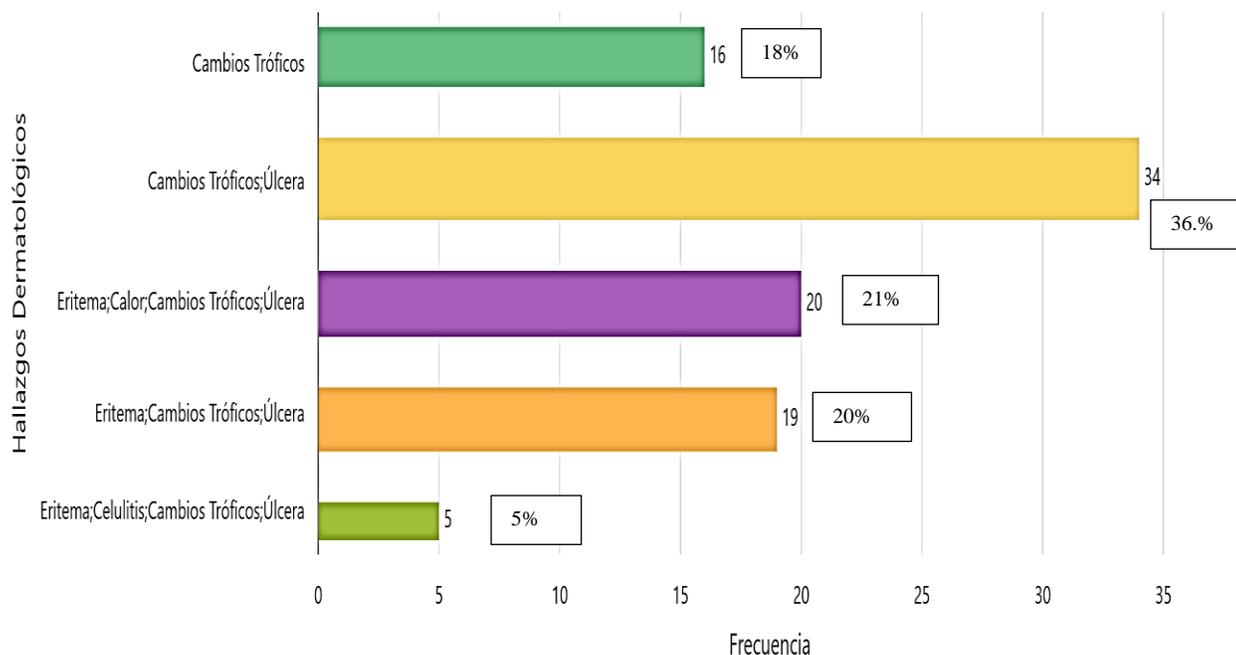
FUENTE: instrumento de investigación denominado “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de febrero-junio 2018”

Análisis En esta grafica podemos ver representado que 45 personas (48%) son pacientes que tienen controles de 1 a 2 veces al año, 32 personas (34%) tienen más de 2 controles al año y 17 personas (18%) manifiesta que no tiene ni un solo control al año.

Interpretación La mayoría de pacientes con enfermedades crónicas en este caso la diabetes mellitus se exige que se tengan al menos un control cada 3 meses si el paciente se encuentra estable, en nuestras unidades de salud influye mucho la localización de la clínica de salud, y la dificultad del acceso a la misma. Además, existen pacientes que por su estado asintomático no se presentan a su control. Al momento de realizar visitas domiciliarias a se verifica que por la incapacidad de movilizarse o por la dificultad económica de pagar el transporte no se presentan a su consulta.

Gráfico #18: Lesiones Dermatológicas

HALLAZGOS DERMATOLOGICOS EN APACIENTES ENCUESTADOS



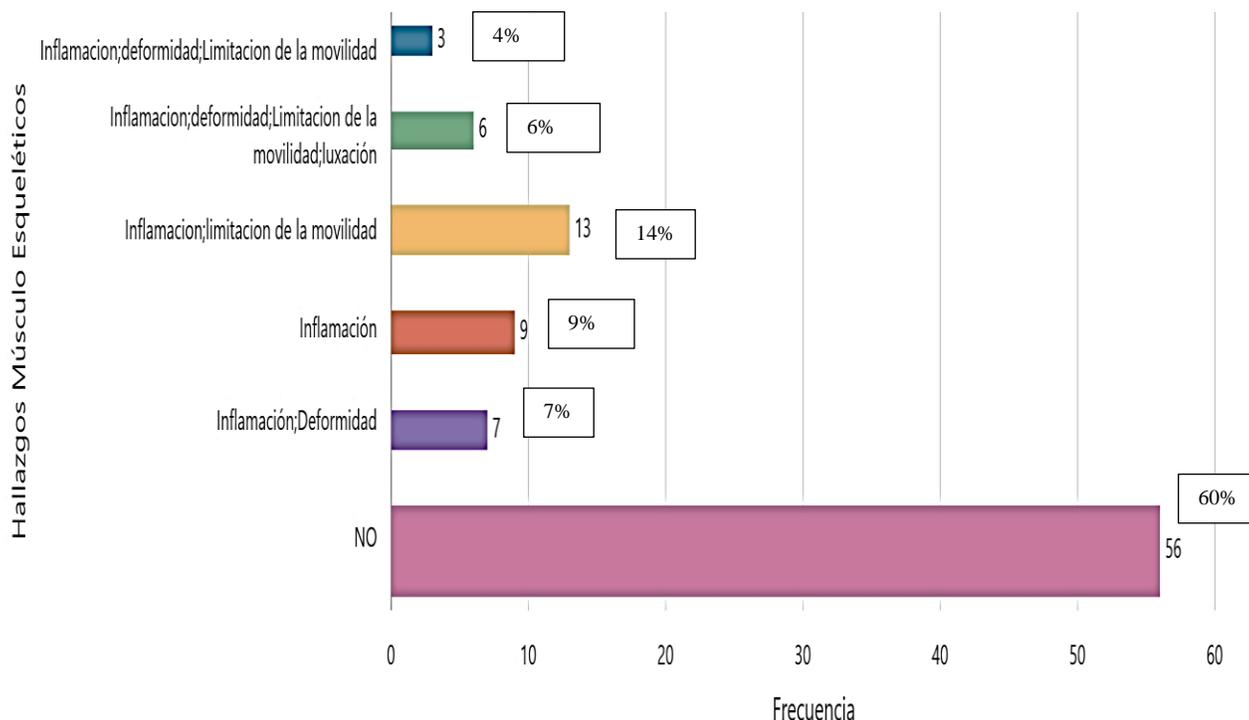
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de febrero-junio 2018"

Análisis de las 94 personas, se observan solo cambios tróficos en el 18% (16 personas) de los pacientes entrevistados; El 36% de pacientes (34 personas) presenta úlceras además de cambios tróficos; De éstos el 21% de los pacientes (20 personas) tiene eritema, calor adicional a los ya descritos; El 20% (19 personas) de pacientes solo presentaron eritema cambios tróficos y presencia de úlcera; Y celulitis solo en el 5% (5 personas)

Interpretación: El curso clínico de la enfermedad cuando ya existe una lesión dermatológica varía dependiendo de la gravedad del cuadro. Observamos que la presencia de la úlcera está presente en más del 80% de los casos descritos y es el principal factor por el que consulta o por el que asiste a curación el paciente. Es decir el 100% de la población estudiada tiene lesión dermatológica.

Gráfico #19: Lesiones Músculo esqueléticas

HALLAZGOS MUSCULOESQUELETICOS EN PACIENTES ENCUESTADOS



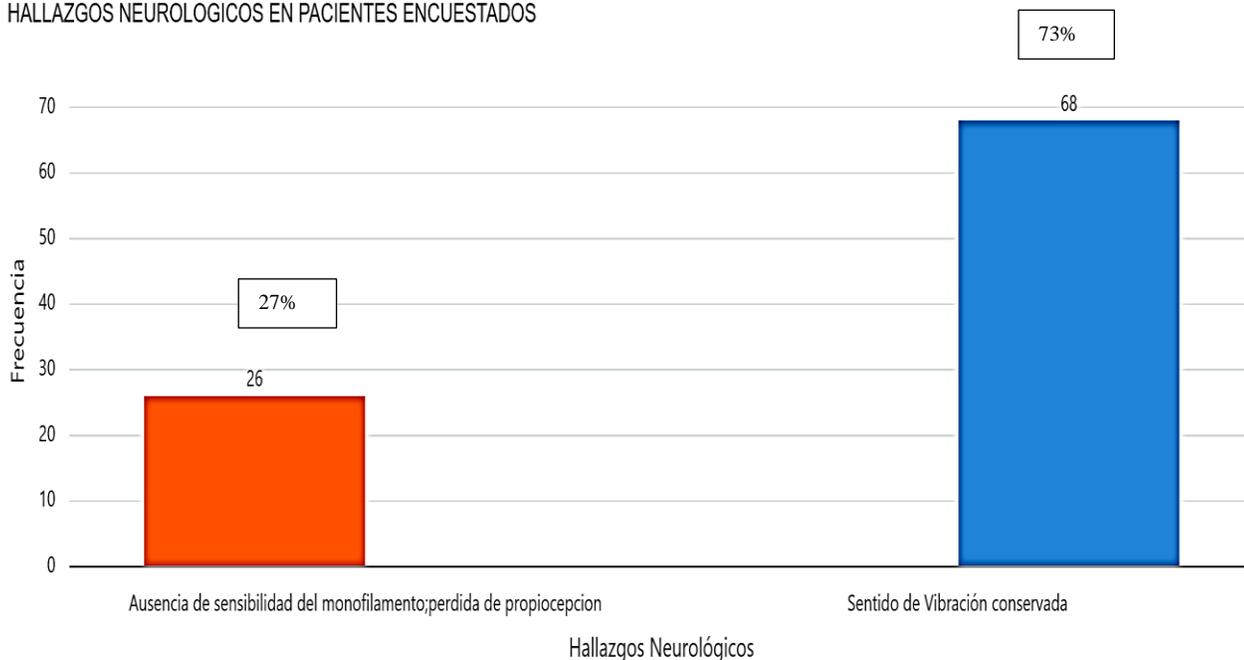
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de febrero-junio 2018"

Análisis La grafica actual nos muestra que el 9% (9 personas) son pacientes únicamente con inflamación; el 6% de pacientes (6 personas) son pacientes con deformidad; 4% de pacientes (3 personas) presentan limitación de la movilidad; el 7% de pacientes (7 personas) son pacientes con un agregado de luxación y el 14% (13 personas) son pacientes con limitación de la movilidad e inflamación. Un alto porcentaje del 60% (56 personas) no presentan lesiones musculoesqueléticas.

Interpretación La mayoría de pacientes entrevistados son pacientes con lesiones que aún no afectan el musculo o el sistema óseo que permite con marcadas limitaciones la función de la extremidad, por lo que se puede ver una marcada diferencia entre pacientes que si presentan algún tipo de deformidad y dificultad a la movilidad

Grafico #20: Hallazgos neurológicos

HALLAZGOS NEUROLOGICOS EN PACIENTES ENCUESTADOS



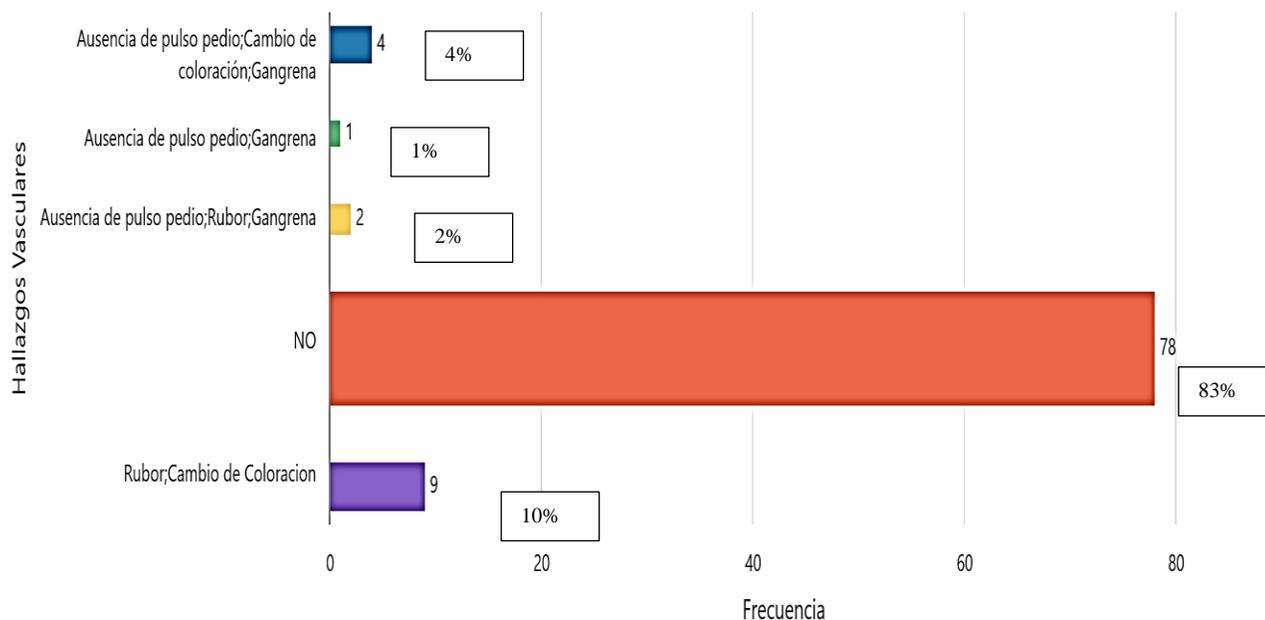
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis En un pequeño porcentaje 26 personas (27%) son pacientes que tienen ausencia de sensibilidad al monofilamento y 68 personas (73%) de pacientes que tienen la vibración conservada

Interpretación esto se debe a la poca evolución de las úlceras de los pacientes que presentaban en las extremidades ya que conservan su sentido de vibración al momento del examen físico. En la mayoría de pacientes encuestados mantienen la función neurológica de los nervios terminales, esto debido a que inicialmente se afectan las fibras de diámetro pequeño (dolor, temperatura e información autonómica); mas tardíamente se afectan las fibras de diámetro grande (propiocepción, tacto fino y motoras).

Gráfico #21: Hallazgos Vasculares

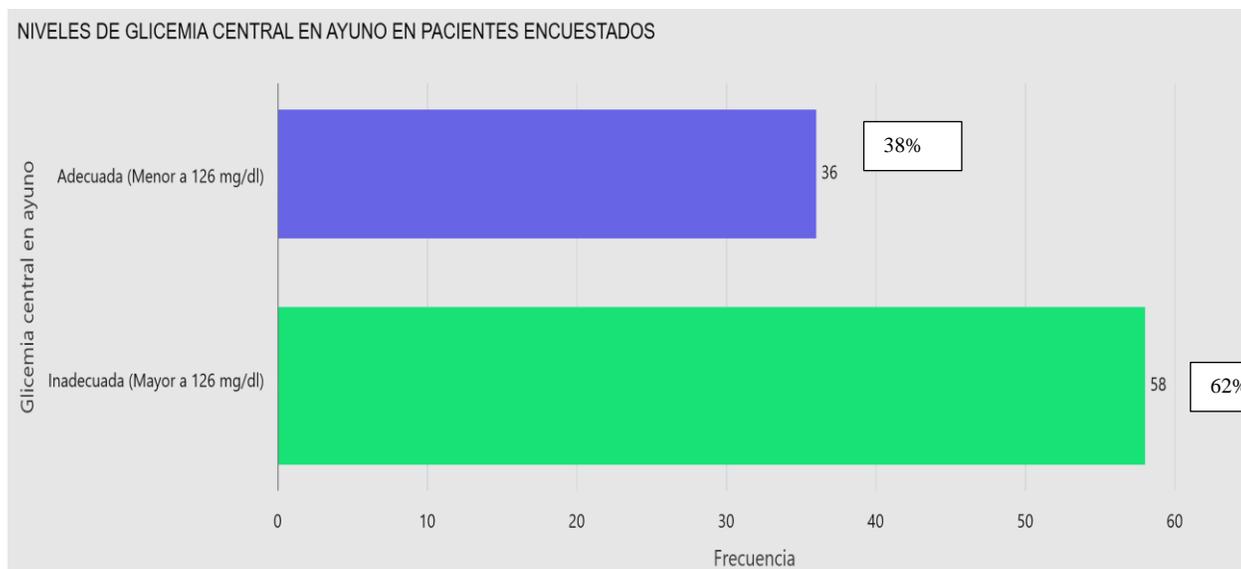
HALLAZGOS VASCULARES EN PACIENTES ENCUESTADOS



FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis El pulso pedio, cambios de coloración o gangrena solo estaba descrito en el 4.3% de los pacientes que corresponde a 4 personas; una pequeña fracción con un 1% describen ausencia de pulso pedio y gangrena que significa a una persona encuestada; Cambios de coloración son 10% (9 personas) y en el 83% (78 personas) de los pacientes no se describe ninguna de estas alteraciones.

Interpretación La ausencia de descripción de lesiones vasculares se puede deber a un examen físico pobre donde solo los pacientes con lesiones significativas eran los que tenían un complemento de lesión vascular descrito, en los expedientes clínicos o incluso al momento de la consulta los profesionales de salud no se detienen a valorar la calidad de pulso en un miembro inferior y no se describen si hay algún cambio de coloración o cambio de temperatura para saber la severidad de compromiso vascular de ese pie diabético.

Gráfico #22: Valores de Glicemia

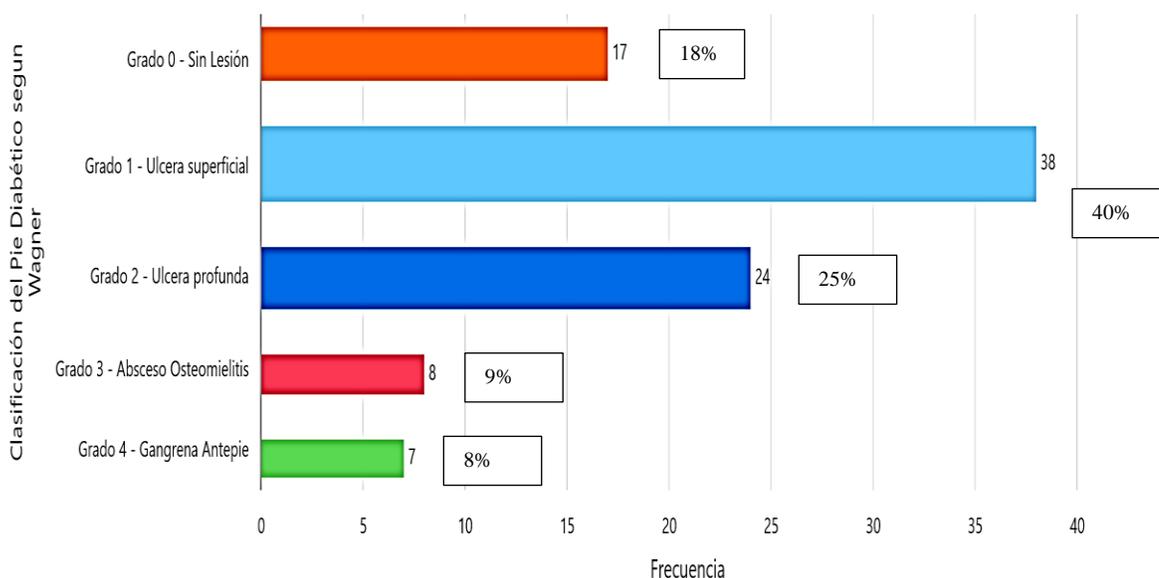
FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de Febrero-junio 2018"

Análisis El 38% de los pacientes que corresponde a 36 personas encuestadas tienen valores aceptables de glicemia y la gran mayoría tienen glicemias descompensadas o mal controladas que corresponden al 62%, es decir, 58 personas encuestadas.

Interpretación Los pacientes encuestados son pacientes que fallan al momento de acatar recomendaciones nutricionales, pacientes con infecciones latentes o pacientes con dosis inadecuadas de medicamentos por lo que conlleva a una complicación o una recuperación desfavorable en el cuadro clínico del pie diabético. Y como factor adicional, un mal control glicémico es directamente proporcional a la aparición de pie diabético.

Gráfico #23: Clasificación de Wagner

CLASIFICACION DEL PIE DIABETICO SEGUN ESCALA DE WAGNER



FUENTE: instrumento de investigación denominado "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO que consultan las Unidades de Salud Lourdes, San Miguelito y San Roque de febrero-junio 2018"

Análisis En la gráfica, de las 94 personas encuestadas, 17 personas (18%) no tienen lesión, pertenece al Grado 0; 38 personas (40%) son pacientes con ulcera superficial, relacionada al Grado 1; ulcera profunda, es decir, grado 2, solo el 25% de los pacientes (24 personas); El 9% (88 personas) tenían formado un absceso, por lo que se cataloga como Grado 3 y el 8% de pacientes ya tenían lesiones gangrenosas que corresponden al Grado 4. Grado 5 que significa gangrena en todo el pie la cifra de personas fue de cero por lo que no está representada en la gráfica.

Interpretación La mayoría de pacientes que consultan o se presentan a las unidades de salud en curaciones son lesiones superficiales que permiten un manejo médico conservador, seguido de pacientes con úlceras profundas. La mayoría contrasta con pocos controles médicos o poco interés sobre su enfermedad. Los pacientes con gangrena Antepié, es decir, con Grado 4 de la escala de Wagner fueron referidos oportunamente para evaluación por 2º nivel de atención para un manejo adecuado.

DISCUSION

Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. Es por lo que la diabetes mellitus es una de las enfermedades que más ha aumentado sus índices en los últimos años, siendo una de las primeras causas de hospitalización, consulta externa y mortalidad en mayores de 45 años. Dentro de las complicaciones crónicas que más impacto tiene no solamente al paciente sino al sistema de salud, tanto en la prestación de servicios como también en la generación considerable gasto público se encuentra el pie diabético.

Debido a lo planteado anteriormente, dentro de la casuística del paciente diabético con padecimiento de pie diabético; se realizó una investigación descriptiva, corte transversal en UCSF: Lourdes, San Roque, San Miguelito; partiendo de la formulación de su entorno: epidemiológicos, socioculturales y clínicos que son de gran impacto en el paciente que consulta el primer nivel de atención.

De acuerdo a la revisión del marco teórico y la recolección de datos a través de un cuestionario que permitió obtener la información, tanto directamente del paciente, como de su expediente clínico; se puede generar un tipo de discusión objetiva y así dar pie a futuras investigaciones.

Los resultados obtenidos dentro del contexto epidemiológico, se pudo evidenciar un predominio del 56% del sexo femenino sobre el masculino; tal como se plantean estudios recientes a nivel mundial; así mismo se dividieron a los pacientes en dos grandes grupos etarios que sus edades oscilaban de 45 a 64 años y de 65 a 85 años, siendo este último grupo el más representativo con un 72%, comparado con la teoría este tipo de pacientes ya presenta afectación de pie diabético. Además en diferentes tipos de bibliografía plasmadas en el marco teórico perfila a este tipo de pacientes con un nivel educativo bajo; no obstante dentro de la investigación se evidenció una población con nivel educativo.

En los factores socioculturales que se asocian al pie diabético y las medidas preventivas que adoptan los pacientes se optó por presentar aquellos que más impacto tienen en este tipo de pacientes como: la cantidad de controles médicos al año, el cual represento un 48% de la población que tienen de 1 a 2 controles anuales; sin embargo un 18% no tiene controles médicos; por otra parte el tipo de calzado que utilizan es inadecuado ya que un 55% usa calzado abierto; además en su mayoría este tipo de paciente depende económicamente de su familia en un 48%. Por lo que de acuerdo con la literatura los factores socioculturales son determinantes en la aparición lenta o progresiva de las complicaciones del pie diabético, siendo la población estudiada un ejemplo de los riesgos potenciales que tienen de agravar su condición médica.

En el contexto del cuadro clínico los síntomas más representativos fueron: dolor, parestesia y calambres (27%), no obstante un porcentaje muy representativo de un 10% refería dolor tanto a la deambulacion como en reposo más parestesias y calambres y un 3% dolor al caminar, calambres. Además este tipo de pacientes refería tener lesiones dermatológicas marcadas como: úlceras con cambios tróficos (36%); eritema, calor, cambios tróficos, úlcera (21%); eritema, cambios tróficos, úlcera (20%); cambios tróficos (18%); eritema, cambios tróficos, úlceras (5%). Por otra parte se pudo evidenciar que el 60% de los pacientes no presentaba ningún hallazgo musculoesquelético; y con respecto a los hallazgos neurológicos el 73% aun preserva el sentido de vibración. El 83% de la población estudiada no presenta hallazgos vasculares, pero sin embargo el 10% ya tenían cambios de coloración y rubor en sus extremidades. Por tal razón es importante comprender la evolución clínica de esta patología ya que la literatura refiere que si es cierto que en casi que el mayor porcentaje de pacientes diabéticos presente síntomas como parestesias, calambres y dolor en sus miembros inferiores; también es un indicador de un mal control metabólico; pero sin embargo el tipo de paciente que consulta ya tiene alteraciones dermatológicas que se pueden complicar si no recibe un tratamiento adecuado y oportuno.

El personal de salud a nivel mundial reconoce que es necesario un tipo de clasificar al paciente con padecimiento de pie diabético, con el objetivo de poder brindar el tratamiento oportuno, adecuado y que cumpla con sus necesidades; es por ello que a nivel mundial, una de las clasificaciones más aceptadas es la de Wagner la cual divide en seis grados dependientes de la profundidad y extensión de la lesión; sin embargo, no permite entre sus limitantes este tipo de clasificación no permite especificar la gravedad de la infección, coexistencia de isquemia y otras comorbilidades. Pero a pesar de sus contras, este tipo de clasificación es el que más se optó para perfilar a los pacientes que sufren esta sintomatología. En la investigación que se realizó se pudo clasificar de manera objetiva que en su mayoría el 40% de la población se encontraba dentro del grado 1 (ulcera superficial), un 25% en grado 2 (ulcera profunda), el grado 3 absceso osteomielitis (9%) y grado 4 gangrena ante pie (8%). Dado estos resultados y comparado con la literatura cabe recalcar que hay pacientes que son una cantidad mínima pero de mucha importancia como el grado 3 y 4 que tienen ya complicaciones severas y que por su complejidad necesitan tratamiento en el segundo o tercer nivel de salud. Sin embargo como primer nivel de atención se atienden lesiones grado 1,2 y 3. Pero la finalidad de toda esta clasificación de cada paciente con pie diabético y datos estadísticos que podemos evidenciar es dar resolución oportuna con la finalidad de evitar la más temida de las complicaciones del pie diabético, que es la amputación; la cual causa un gran impacto tanto social, familiar y a nivel de ministerio de salud.

Para finalizar se tomó a bien comparar la literatura sobre el manejo más óptimo, con el manejo recibido de cada paciente en los distintos establecimientos de salud. Y es así que con este último punto se tomó de manera muy amplia aspectos socioculturales, epidemiológicos y clínicos en el que el paciente está sumergido y que por ende es potencial a padecer de manera rápida y progresiva este tipo de complicaciones; por lo que es de suma importancia debido a que cuando el paciente consulta el ya presenta como mínimo una condición que necesita ser atendida.

Las guías clínicas así como la literatura recomienda de primera mano el ver aspectos que pueden ser modificables para poder retrasar lo más que se pueda la aparición de estas complicaciones crónicas (pie diabético); pero sin embargo los pacientes que consultan las unidades de salud hoy en día ya presentan úlceras o más de un procedimiento quirúrgico. Debido a esto se plantearon objetivos enfocados al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico; dentro del tratamiento farmacológico se plantearon variables como el tipo de medicamento que utilizan estos pacientes para poder tener un buen control glicémico, en este caso se evidencio que el 57% refería utilizar: hipoglucemiantes orales, no obstante el 30% es manejada con insulina; además del control metabólico estos pacientes ya tenían más de un tratamiento como: uso de analgésicos 63% manifestó que si usaba; y entre ellos el 28% preferían los antiinflamatorios no esteroideos; además el 70% refería tener antibioticoterapia a lo largo de la evolución de la úlcera. La siguiente parte que se observo es el tipo de tratamiento no farmacológico que cada paciente recibía como: los pacientes que asisten a las unidades de salud para ser atendidos en el área de curación por la presencia de úlcera en el pie que represento: 55% eran curados solo con solución salina, 14% ocupaban miel, 6% parche y un 25% no asistía a curaciones. Además este tipo de personas tenían un tipo de soporte que permitía la deambulaci3n: 52% usa muletas contra un 25% que no tiene ning3n tipo de aparato de soporte. Con este tipo de informaci3n, comparada a la literatura, se puede evidenciar que el paciente con pie diabético es multifactorial y que cada tratamiento va enfocado al tipo de necesidad que tenga el paciente y no puede ser manejado de manera estandar.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a la población estudiada en nuestras unidades de salud el sexo femenino predominó con un 56% sobre un 44 % comparado con el sexo masculino; con un rango de edades que oscilaban entre los 65 a 85 años. Sin embargo, esto no define una tendencia exclusiva a que el sexo femenino sea el más perjudicado, sino que es el género que más consulta los establecimientos de salud.
- Según los factores socioculturales que se evidenciaron; se pudo constatar que el nivel económico de estos pacientes en su gran mayoría son costeados por la familia, el cual represento un 49%. Del total de pacientes el mayor porcentaje tenia de 1 a 2 controles anuales en la unidad de salud, representando un 48% de la población contra un escaso porcentaje de que no tiene ningún control al año, es decir un 18%. Además se evidencio que el tipo de calzado utilizado es inapropiado debido a que es abierto con un porcentaje de un 55%. Por lo que se concluye que de todos los pacientes estudiados, estos en su mayoría tienen factores de riesgos marcados para poder padecer o agravar el cuadro clínico de pie diabético.
- Entre las manifestaciones clínicas: los síntomas más representativos fueron: dolor, parestesia y calambres (26.5%); las lesiones dermatológicas más frecuentes son: las úlceras más cambios tróficos (36.1%), y un porcentaje pequeño con celulitis (5.3%); en su gran mayoría es decir el 60% de todos los pacientes no presenta lesiones musculoesqueleticas; además el 72% conserva la propiocepción y tampoco tienen alteraciones vasculares (83%); por lo que se concluye que el tipo de pacientes que consultan, presentan signos y síntomas que pueden ser tratados en el primer nivel de atención de manera eficaz y oportuna con el fin de evitar futuras complicaciones; sin embargo un pequeño porcentaje de estos pacientes ya tiene un evento quirúrgico o complicación.

- Al clasificar a los pacientes con pie diabético el 40% de ellos solo tenía ulcera superficial, es decir que se encontraron en estadio 1; no obstante otro porcentaje significativo de un 25% se encontraba en estadio 2, con una ulcera profunda; pero también se reportó que en un 7.6% ya tenían lesiones gangrenosas, correspondientes al estadio 4 de la clasificación. Por tal razón es que se pudo evidenciar que en su mayoría los pacientes ya tienen lesiones significativas, que pueden ser clasificadas desde el inicio de la consulta, para brindarle una atención integral al paciente y ser tratadas de manera más objetivas en cada establecimiento de salud, o derivadas al segundo o tercer nivel de atención para un manejo temprano y evitar en cierta medida complicaciones en los pacientes.
- Además se verifico el tipo de tratamiento predominante en los centro asistenciales es la curación de lesiones en extremidades de los pacientes con pie diabético, observando que un buen porcentaje de la población afectada que consulta (55%) solo utilizan solución salina en las curaciones añadido a sus medicamentos hipoglucemiantes, y sus controles regulares cada 2 o 3 meses; sin embargo un porcentaje importante 24% no asiste al establecimiento de salud para poder tratar su ulcera, ni su enfermedad de base; por lo cual se toma esta cifra como alarmante debido a que no se le da la seriedad al problema y las futuras complicaciones que puede desarrollar a largo plazo y terminar en la consecuencia más fatal para un paciente con pie diabético que es la amputación de la extremidad. Sin embargo el 35% de la población ya tiene entre sus antecedentes un procedimiento quirúrgico llámese este: debridacion o amputación. Además un 28% cuenta con antibioticoterapia y un 27% necesita analgesia como: anti inflamatorios no esteroideos.
- Al final de la investigación se tomaron pilares multifactoriales como los epidemiológicos, clínicos y socioculturales con el fin de unir todo el entorno del paciente e identificar objetivamente los factores que pueden ser modificables y retrasar lo más que se pueda las complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Brindar recomendaciones al paciente para cambiar los estilos de vida que pueden ser nocivos para el padecimiento del pie diabético, como el uso inadecuado del calzado, la cantidad de controles anuales, y la puntualidad a sus consultas; brindar consejería al paciente sobre medidas preventivas a utilizar, informarle cuándo y en qué condiciones acudir al establecimiento de salud.
- Al personal de salud involucrado dentro del Ministerio de Salud actividades orientadas a promover el auto cuidado del pie, así como incrementar las actividades de promoción y prevención de la enfermedad en pacientes diabéticos para evitar complicaciones; hacer conciencia sobre la cantidad de controles anuales ideales que debe tener éste tipo de pacientes, y para el personal médico específicamente dejar plasmado en el expediente clínico en que categoría de la clasificación de WAGNER se encuentra el paciente con pie diabético.
- Se recomienda a la institución contar con escalas de WAGNER para poder clasificar al paciente que consulte con una ulcera en su extremidad, con el objetivo de utilizar la escala como instrumento diagnóstico que nos permita tratar al paciente de forma adecuada y de manera preventiva, orientada a evitar complicaciones, así como, tener la posibilidad de referir oportunamente a los pacientes que requieran manejo hospitalario, teniendo un registro en el expediente clínico con una historia clínica que oriente al médico que evalúe al paciente de una manera objetiva en su evaluación.
- Incentivar a los pacientes diabéticos o con diagnóstico de pie diabéticos a participar en talleres orientados a la prevención de complicaciones como club de diabéticos, adulto mayor, donde se brinden consejerías, se identifiquen complicaciones y se brinde información bibliográfica o lecturas recomendadas, consultas psicológicas constantes para evitar depresión o ansiedad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2. En: Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2007. p. 361-439.
2. Desarrollo de una vía clínica para el pie diabético. Rev Calidad Asistencial, 2003; 18(4): 235-243.
3. Epidemiología y costos de atención del pie diabético. En: Martínez JFR. Pie diabético atención integral. Segunda Edición. México; McGraw-Hill 2004: 5-18.
4. Guía clínica basada en evidencia para el manejo de pie diabético. Revista medicina Interna de Mexico, Vol 25, num 6, 2009.
5. Abordaje multidisciplinario de pie diabético. Sociedad mexicana de nutrición y endocrinología, Vol 14, num 4, 2005.
6. Tratado de Pie Diabético. Primera Edición. Madrid, España. 2006. Escudero Rodríguez, V. Ibáñez Esquembre, J.Rodríguez Olay.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA: “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO”

FICHA CLINICA

1. Datos Generales

Sexo:

Masculino

Femenino

Edad:

Entre 45 y 65 años

Entre 65 y 85 años

Escolaridad:

Ninguna

Básica

Bachillerato

Universitario

2. Factores Socioculturales

Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Acompañado
- Divorciado

Ingreso Económico:

- Trabajo
- Familia
- Pensión
- No posee

Tiene cuidador:

- Sí
- No

Estilos de vida no saludables:

- Alimentos ricos en grasa o azúcares
- Poca actividad física
- Consumo de bebidas alcohólicas
- Etilista

Tipo de calzado que utiliza:

- Abierto
- Cerrado

3. Datos Clínicos (por paciente)

Señale si presenta algunos de los siguientes síntomas (puede marcar varias opciones)

- Dolor al caminar
- Dolor al reposo
- Parestesias
- Calambres

4. Tratamiento

Tratamiento Actual:

- Dieta
- Hipoglicemiantes orales (metformina / glibenclamida u otros)
- Insulinoterapia

¿Recibe tratamiento con medicamentos para el dolor?: Si _____ No _____

Si su respuesta es sí escriba el nombre del medicamento que utiliza: _____

¿Su condición de Pie Diabético está siendo manejada con antibióticos? Sí _____
No _____

¿Como parte de su tratamiento ha tenido algún manejo quirúrgico? Sí _____
No _____

- Solo curaciones
-

Desbridamiento

Bypass

Amputación

¿Utiliza algún tipo de aparato o soporte especial? Sí _____ No _____

Tipo de aparato:

Silla de ruedas

Andadera

Muletas

5. Medidas Preventivas

¿Cuántos controles tiene usted al año?

Mayor de 2 controles al año

De 1 a 2 controles al año

Ningún control al año



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA: “FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, CLINICOS Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A PIE DIABETICO”

Segunda Fase

Revisión del expediente clínico (Éste ítem será llenado por entrevistador)

6. Examen físico al momento de la entrevista:

Hallazgos dermatológicos:

- Eritema
- Calor
- Celulitis
- Cambios tróficos (hiperqueratosis)
- Úlcera

Hallazgos Músculo esqueléticos

- Inflamación
- Deformidad (dedos en martillo)
- Limitación de la movilidad
- Luxación

Hallazgos Neurológicos:

- Ausencia de sensibilidad al monofilamento
- Pérdida de la propiocepción
- Sentido de Vibración conservada

Hallazgos Vasculares:

- Ausencia de pulso pedio
- Rubor
- Cambios de coloración
- Gangrena

7. Datos de Laboratorio:

Glicemia central en ayuno (en base a último control descrito en expediente)

Valor: _____

8. Clasificación de Pie Diabético:

Para el entrevistador: según el cuadro clínico de paciente clasifique según escala de Wagner

