Autocuidado en usuarios diabéticos, en centros de salud urbanos

Self care by diabetics attending urban health centers

Darynka Parada Jiménez1,2 https://orcid.org/0000-0002-7497-8330

Andrés Castillo López1 https://orcid.org/0000-0003-4781-934X

Khanda Zapata Morales1 http://orcid.org/0000-0001-98325636

Ismael Morales Ojeda1* http://orcid.org/0000-0002-1752-7023

Priscila Fuentes Vera1 https://orcid.org/0000-0003-1394-787X

Daniela Andrea Flores Farías1 https://orcid.org/0000-0003-1102-1678

1Universidad Adventista de Chile. Chillán, Chile.

2Universidad Pedro de Valdivia. Chillán, Chile.

*Autor para la correspondencia: ismaelmoralesojeda@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Dado el aumento en la prevalencia de diabetes, el autocuidado es una estrategia eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas y la reducción de los costos de salud.

Objetivo: Describir el autocuidado en diabéticos según sus características sociodemográficas.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional cuantitativo, realizado en 60 pacientes diabéticos pertenecientes a centros de salud. Se utilizó un cuestionario aplicado durante la asistencia de los usuarios a control.

Resultados: Del total de la muestra, 70 % tenía antecedentes familiares de diabetes, 65,5 % poseía escolaridad básica, 41,6 % desconocía el tipo de calzado necesario para prevenir pie diabético, 11,7 % declaró no saber cómo realizar una correcta higiene de pies, 58,3 % refirió asistir al podólogo y 22,4 % había presentado alguna herida en sus pies. Se observó un alto consumo de pan, bajo consumo de frutas, verduras y agua. El 30 % conocía los efectos adversos del consumo de alcohol.

Conclusiones: Se observó una capacidad de autocuidado mejorable. Debe considerarse la educación como una herramienta fundamental en la prevención de pie diabético, y dar importancia a la evaluación de los cuidados nutricionales.

Palabras clave: Autocuidado; diabetes; enfermería; salud.

ABSTRACT

Introduction: Given the increase in diabetes prevalence, self-care is an effective strategy to improve the quality of life of patients and reduce health care costs.

Objective: Describe the self-care actions performed by diabetics according to their sociodemographic characteristics.

Methods: An observational quantitative descriptive study was conducted of 60 diabetic patients attending health centers. A questionnaire was applied during the patients' attendance to control sessions.

Results: Of the total sample, 70% had family antecedents of diabetes, 65.5% had completed basic education, 41.6% did not know about the type of shoes required to prevent diabetic foot, 11.7% reported not knowing how to perform appropriate hygiene of the feet, 58.3% reported attending the podiatry service, and 22.4% had experienced some sort of injury on their feet. High intake of bread was observed, while intake of fruits, vegetables and water was low. 30% were aware of the adverse effects of alcohol consumption.

Conclusions: It was found that self-care capacity could be improved. Education should be viewed as a fundamental tool in diabetic foot prevention, and importance should be given to evaluating nutritional care.

Keywords: self-care, diabetes, nursing, health.

Recibido: 02/04/2019

Aceptado: 01/07/2019

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye una problemática de salud pública actual, su prevalencia mundial ha ido en aumento debido a causas como: el envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios asociados al estilo de vida, lo que se traduce como una causa importante de morbimortalidad prematura.(1) La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe respecto de la diabetes, afirma que la prevalencia de esta enfermedad se ha duplicado desde el año 2014, pues se ha incrementado de un 4,7 % al 8,5 % en la población adulta. Lo anterior se asocia a un incremento en los factores de riesgo, como el sobrepeso o la obesidad.(2) En el año 2012, en el mundo se registraron 347 millones de personas con diabetes y por esta causa ese año fallecieron 1,5 millones de personas; se destaca que más del 80 % de las defunciones reportadas por esta enfermedad se registraron en países de ingresos bajos y medios.(3)

En Cuba, la diabetes mellitus fue la séptima causa de muerte en el año 2014, se reportaron 2210 defunciones, con una tasa de prevalencia de 55,7 por cada 1000 habitantes.(4) Asimismo, la Fundación Colombiana de Diabetes indica que en Colombia un millón trescientos mil personas padecen diabetes mellitus.(5) En Brasil, según un informe que del Ministerio de Salud, hay cerca de seis millones de diabéticos, y solo tres millones de estos pacientes tratados en las Unidades Básicas del Sistema Único de Salud.(6)

En el caso de Chile, debido a los cambios en la estructura demográfica de la población, la prevalencia de la diabetes ha aumentado desde el año 2003 al 2010 en un 3,1 %, donde la prevalencia en el tramo de mayores de 65 años fue de 25,8 % y significativamente más alta en el nivel socioeconómico bajo en comparación con los niveles superiores.(7) Sumado a esto, se presenta una alta prevalencia de complicaciones, especialmente por un mal control metabólico, causado por la dificultad de seguir un tratamiento farmacológico y no farmacológico de por vida.(8) El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) ha redactado diversas guías de tratamiento de diabetes, las que tienen en común la intención de entregar pautas generales con criterios

definidos por la OMS para el diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento, con abordaje terapéutico integral de pacientes.(9,10)

Pese a todas las acciones dirigidas al tratamiento de la diabetes, la complicación del pie diabético continúa siendo un problema en Chile, ya que constituye uno de los principales motivos de ingreso en los servicios hospitalarios, y afecta el funcionamiento fisiológico, social y emocional de las personas. Su impacto negativo está íntimamente relacionado con la falta de conocimientos sobre los riesgos de diabetes y de cómo prevenir la aparición del pie diabético.(11,12) En este contexto, el autocuidado se considera una práctica de gran importancia para las personas, pues ayuda a lograr un funcionamiento saludable y un continuo desarrollo personal y de bienestar.(3) Así, el autocuidado es considerado como parte del estilo de vida de las personas, y es comprendido a partir de estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social, lo que se basa, según la teoría de Dorothea Orem, en que el autocuidado no es innato, sino una conducta que se aprende y que se vive durante el crecimiento y desarrollo humano, que se origina desde las relaciones interpersonales que se establecen con los padres y posteriormente se desarrolla con amigos y otros familiares. Es evidente que estas conductas pueden ser afectadas por creencias culturales, hábitos, costumbres o prácticas habituales de la familia o comunidad a la que se pertenece. Asimismo, el autocuidado se sustenta en factores que se condicionan de distintas formas, tanto en capacidades, como en acciones, incluyendo factores relacionados con la edad, sexo, sistema familiar, nivel educacional, disponibilidad de recursos y patrones de vida y estado de salud.(13)

La OMS recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de hacerles responsables por el cuidado de su salud y ayudarles a convivir mejor con la enfermedad, estimulándoles a modificar o mantener los hábitos saludables, y con ello la autoconfianza para sentirse mejor, independientemente de la gravedad de la enfermedad. De esta forma, el autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de salud, lo que colabora en la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, ayudando al uso racional de medicamentos y a la mejor relación entre el profesional de salud y el paciente.(14)

La relevancia de evaluar el autocuidado en la persona con diabetes se centra fundamentalmente en identificar las fortalezas y debilidades presentes en el estilo de vida, de manera que se puedan reforzar las buenas prácticas y corregir las falencias relacionadas con la dieta, calzado correcto y la adherencia al tratamiento farmacológico indicado por los profesionales de la salud.(15) Esta investigación tuvo como objetivo describir el autocuidado en diabéticos según sus características sociodemográficas.

MÉTODOS

Esta investigación es de tipo descriptivo, observacional cuantitativo. Fue realizada en pacientes diabéticos de los dos Centros de Salud de la ciudad de Parral. Los criterios de inclusión fueron: ser usuario diagnosticado con diabetes mellitus tipo 1 o 2 (DM-1 o DM-2), de ambos sexos, ser mayor a 18 años de edad y asistir a sus controles médicos desde hace un año como mínimo. Se excluyeron aquellos usuarios que no aceptaron participar y que no asistieron a tomarse exámenes el día de la aplicación del instrumento.

Las variables investigadas fueron: tipo de alimentación (consumo de frutas, verduras, pan, agua y carnes rojas), adherencia al tratamiento, años de control de la enfermedad (0-2 años, 3-5 años, 6-8 años, 9-11 años y 12 años o más), antecedentes de diabetes en familia, consumo de alcohol y tabaco (conocimiento de daño y tiempo de consumo).

La muestra fue de 60 personas. La información se recolectó durante la asistencia de los usuarios al CESFAM. Se utilizó el Cuestionario para Evaluar el Autocuidado en Usuarios Diabéticos, validado por expertos pertenecientes a la Universidad Adventista de Chile. (16)

Los datos se procesaron y analizaron mediante el programa SPSS v.23, las variables cualitativas se describieron con tablas de frecuencia y porcentaje, las variables cuantitativas con porcentajes y desviación estándar.

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Adventista de Chile.

RESULTADOS

El promedio de edad de la población fue de 62,03 años. La distribución por sexo fue: 45 % masculino y 55 % femenino. El 70 % de la muestra tenía familiares directos con antecedentes de diabetes, 65,5 % declaró poseer escolaridad básica. En relación a los años de control de la diabetes, 41,7 % de los encuestados manifestaron eran controlados desde hacía 3 a 5 años (Tabla 1).

Se observó que 60 % de los encuestados señaló consumir un pan por día, muy similar con respecto al consumo de frutas, donde se evidenció que 53,3 % refirió consumir una fruta diaria. El 85,0 % de los encuestados indicaron que mantuvieron un consumo de una verdura por día, 51,7 % declaró un consumo de carnes rojas una vez a la semana y 36,7 % indicó consumir tres a cuatro vasos de agua por día (Tabla 2).

Se observó que el 73,3 % de los encuestados no fumaba regularmente. Con respecto al conocimiento del daño producido por la nicotina en la diabetes, 56, 7 % señaló tener conocimiento sobre el tema. Se evidencia que un 85,0 % refirió no consumir alcohol. En relación a los efectos del alcohol en la diabetes, un 70,0 % desconoce los efectos en la enfermedad (Tabla 3).

En cuanto al tipo de calzado a utilizar, 58,3 % señaló conocer el calzado adecuado frente al 41,7 % de la muestra que lo desconocía. En relación a la correcta higiene de pies, el 88,3 % de los encuestados declaró realizar una correcta higiene de sus pies. Además, la asistencia al podólogo de manera regular fue de un 58,3 %, mientras el 41,7 % refirió no tener un control de manera regular con el podólogo. A pesar de ello, solo 22,4 % presentó alguna herida en sus pies, y de ellos, 61,0 % acudió a las curaciones de su CESFAM.

Sobre el consumo de una dieta alimenticia acorde a su enfermedad, 85,0 % mantuvo una dieta equilibrada. El 88,3 % asistió a controles periódicos (donde evalúan su condición de salud, tratamiento farmacológico y nivel de hemoglobina glicosilada.), 61,7 % manifestó tener conocimiento del resultado de su último control de hemoglobina glicosilada, y si esta se encontraba en rangos normales (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Se evidenció que el 70 % de la muestra tenía familiares directos con diabetes y una escolaridad básica en un 65,5 %, lo que es un factor de riesgo a tomar en cuenta al momento de prevenir y educar sobre autocuidado. Respecto a esto, un estudio de la Universidad de Chile, en el año 2001, indica que los parientes de primer grado tienen un riesgo entre 10 a 20 veces mayor al de la población en general de adquirir la enfermedad, lo que se asocia a variables como grado de parentesco, edad y color de piel.(17,18)

Dentro de las medidas generales a recomendar, encontramos el cese del tabaquismo, consumir una dieta saludable y, no menos importante, la adherencia terapéutica, ya que la ausencia de esta se encuentra condicionada principalmente a la falta de conocimientos sobre la dieta a seguir, pilar fundamental para el control de la enfermedad.(19)

Con respecto a los hábitos alimentarios, se observó que el consumo de pan en el 40 % de la población en estudio es igual a 1 unidad por día, lo que aporta entre 120 y 180 gramos de carbohidratos diarios, correspondiente a la mitad del requerimiento en una persona promedio.

El MINSAL recomienda a través de las guías de alimentación basadas en alimentos para la población chilena (GABA), consumir 3 porciones de frutas al día, solo el 6,7 % cumplía con la recomendación. Esto sin considerar el tipo de fruta, ya que para diabéticos se recomienda el consumo de frutas de bajo índice glicémico, tales como manzanas, peras, frutas cítricas, frutos rojos y duraznos, por ser un predictor significativo en la disminución de la hemoglobina glicosilada y otorgar beneficios en el control glicémico.(20)

En lo que respecta el consumo de verduras, predominó el consumo de una porción al día (85 %), lo que se puede considerar inadecuado, en base a un estudio de la Agencia Ejecutiva de Salud Pública.(21)

En lo referente al consumo de carnes rojas, el 51,7 % de la población consumía entre 1-2 porciones a la semana, consumo dentro de las recomendaciones nutricionales dadas por la OMS para este tipo de pacientes.

Un alto consumo de grasas de origen animal tiene una estrecha relación con el aumento de mayor incidencia de diabetes mellitus y obesidad, tal cual como lo reafirma un estudio realizado por Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile en el año 2009, donde se asocia el consumo de grasas totales, saturadas y carnes procesadas con alto riesgo de diabetes tipo 2, independiente del índice de masa corporal.(22)

Por otra parte, es interesante considerar los hábitos tóxicos presentes en la población de pacientes diabéticos que actúan de manera negativa y perjudicial en el estado de su salud, con un impacto negativo en la calidad de vida. Entre quienes consumen bebidas alcohólicas, con respecto a si conocen los efectos del alcohol en la diabetes, solo 30 % estaba informado, lo cual es escaso. Por tanto, se debe educar con énfasis acerca de los riesgo y las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas en estos pacientes, considerar que el consumo sobre los 200 ml de dichas bebidas se asocia con un aumento del riesgo de síndrome metabólico, incluso el consumo en ayunas pudiese producir hipoglicemias en individuos que utilizan medicamentos hipoglicemiantes o insulina exógena.(20)

Dentro de las recomendaciones específicas dadas a los pacientes se encontró la inspección del pie, atención a la higiene y el uso de calzado protector (zapato holgado, sin costuras en el interior y sin taco) con medias apropiadas,. Además, se debe revisar el interior y exterior del calzado todos los días para controlar que no haya elementos lesivos o cuerpos extraños, caminar siempre con calzado y en lo posible que este no sea de material sintético, ya que no permite que el pie se ventile adecuadamente.(23,24)

El 41,6 % de los sujetos del estudio desconocía el tipo de calzado necesario para prevenir el pie diabético, y 11,7 % declaró no saber cómo realizar una correcta higiene de pies. La correcta higiene de pies es un aspecto esencial dentro del autocuidado. Abarca aspectos como un buen secado interdigital, corte de uñas apropiado y prevención de infección u hongos, lo que se relaciona además con la asistencia al podólogo. El 58,3 % de la muestra refirió asistir al podólogo del centro de salud u otro. Los usuarios declaran temor de adquirir alguna infección en el servicio de podología del centro de salud, factor que afecta el autocuidado en este aspecto.

La infección del pie es la causa más común de hospitalización relacionada con la diabetes, lo que a su vez representa un factor de riesgo para la amputación de la extremidad inferior. Según un estudio realizado por el equipo de cirugía vascular y endovascular de la Universidad de Chile, el 85 % de las amputaciones son precedidas por una úlcera, por tanto personas con esta enfermedad tienen 25 veces más riesgo que la población general de perder una de sus extremidades; cada año en el mundo más de un millón de personas pierde una extremidad inferior por diabetes.(25) En la población encuestada solo el 22,4 % ha presentado alguna herida en sus pies a lo largo de su enfermedad, heridas que han sido leves y principalmente tratadas en el centro de salud. Los pacientes diabéticos tienen un riesgo de desarrollar una úlcera en el pie entre el 12 % y el 25 %, lo que genera preocupación en ellos. En un estudio del año 2013 se estima que el 85 % de las complicaciones podrían ser prevenidas si los pacientes cuidaran de sus pies, haciendo la evaluación diaria y adoptando medidas de prevención para disminuir la magnitud y la incidencia del problema.(26,27)

En general, la población en estudio tenía conciencia de su enfermedad, sabía que no asistir a sus controles médicos y no llevar un estilo de vida saludable puede traer consecuencias negativas, por lo que el 88,3 % asistía de manera periódica a sus controles médicos, donde evalúan su condición de salud, tratamiento farmacológico y nivel de hemoglobina glicosilada. El 61,7 % sabía que su último examen de hemoglobina glicosilada se encontraba dentro de rangos normales, en comparación con un 20 % que lo desconocía; similar a lo ocurrido en Cuba en el año 2016, donde refieren que el nivel primario es el más accesible al que llega la mayoría de la población, y otorga oportunidades para que el médico y el personal de enfermería aconsejen e intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y conductas saludables en la población general.(28)

En conclusión, se observó una capacidad de autocuidado mejorable. Debe considerarse la educación como una herramienta fundamental en la prevención de pie diabético, y dar importancia a la evaluación de los cuidados nutricionales. Se refleja, además la necesidad de mejorar las condiciones que permitan realizar una educación y controles de calidad orientados a la prevención de la enfermedad y complicaciones. Respecto a las prácticas cotidianas de autocuidado, el principal factor de riesgo detectado fue que los participantes no realizaban su control con el podólogo, lo que podría significar futuras heridas en sus pies con nefastas complicaciones, sobre todo si existe desconocimiento sobre el cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perales Torres A, Castillo Ruiz O, Castañeda Licón M, Alemán Castillo S, Jiménez Andrade J. La diabetes y la alimentación determinantes en la progresión de aterosclerosis. Arch Card Mex. 2016;86(4):326-34.

2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016 [acceso: 28/06/2017]. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/global-report

3. Flores Pérez M, Garza Elizondo M, Hernández Cortes P. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. Rev Enfer Herediana. 2015;8(2):70-4.

4. Soler Sánchez Y, Pérez Rosabal E, López Sánchez M, Quezada Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Arch Med Camagüey. 2016;20(3):244-52.

5. González Salcedo P. Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado. Rev Javeriana. 2008;10(2):63-95.

6. Gack Ghelman L, Souza MH, Machado Tinoco Feitosa Rosas AM. Conocimiento de las prácticas de autocuidado en los pies de los individuos con diabetes mellitus atendidos en una unidad básica de salud. Enfer Global. 2009 [acceso: 28/06/2017];(17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17b01.pdf

7. Galiano M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. Condición de salud y cumplimiento de la guía clínica chilena para el cuidado del paciente diabético tipo 2. Cienc Enfer. 2012 [acceso: 28/06/2017];18(3):49-59. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_06.pdf

8. Galiano M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. Cienc Enfer. 2013 [acceso: 28/06/2017];19(2):57-66. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_06.pdf

9. Subsecretaria de Salud Pública. Guia clínica AUGE Diabetes Mellitus tipo 1. Santiago: MINSAL; 2013.

10. Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública. Guía clínica Diabetes Mellitus tipo 2. Santiago: MINSAL; 2010.

11. Gallardo Pérez U, Zangronis Ruano L, Chirino Carreño N, Mendoza Vélez L. Conocimiento y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 [acceso: 28/06/2017];24(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n1/mgi07108.pdf

12. Méndez Salazar V, Becerril Estrada V, Morales del Pilar M, Pérez Ilagor Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. Cienc Enfer. 2010 [acceso: 28/06/2017];16(3):103-09. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_11.pdf

13. Vega Angarita O, González Escobar D. Teoría del déficit del autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Rev Cien Cuidado. 2001;4(4):28-35.

14. Baquedano I, Santos M, Martins T, Zanetti M. Autocuidado de personas con diabetes atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010 [acceso: 28/06/2017];18(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf

15. Pinilla A, Sánchez A, Mejía A, Barrera M. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa del primer nivel. Rev Salud Pub. 2011;13(2):262-73.

16. General Toloza F, Maureira Pino M, Salazar Barahona X, Salinas López P. Nivel de autocuidado en usuarios con pie diabético, CESFAM y CECOF de Chillán y CESFAM de Chillán Viejo [tesis]. Chillán (Chile): Universidad Adventista de Chile; 2012.

17. García BH. Factores de riesgo y prevención en diabetes mellitus tipo I: Actualización. Rev Chi Pediatr. 2001 [acceso: 18/04/2018];72(4):285-91. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000400002

18. Martin Alfonso L. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2018 [acceso: 14/04/2018]; 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006

19. Durán Agüero S, Carrasco Piña E, Araya Pérez M. Alimentación y diabetes. Nutr Hosp. 2012 [acceso: 14/04/2018];27(4):1031-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000400010&script=sci_abstract&tlng=ES

20. Jacoby E, Keller I. La promoción del consumo de frutas y verduras en América Latina: Buena oportunidad de acción intersectorial por una alimentación saludable. Rev Chil Nutr. 2006 [acceso: 14/04/2018];33(Suppl 1):226-31. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182006000300003&lng=es&nrm=iso

21. Pino L, Cediel G, Hirsch B. Ingesta de alimentos de origen animal versus origen vegetal y riesgo cardiovascular. Rev Chil Nutr. 2009 [acceso: 14/04/2018]; 36(3):210-6. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000300003

22. Rodríguez F, Dias F, Zuffi F, Borges M, Lara B, Ferreira L. Cuidado de los pies: conocimiento de los individuos con diabetes mellitus. Enferm. Glob. 2014 [acceso: 14/04/2018];13(35):41-51. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.13.3.167951/164101/

23. Pinilla Análida E, Barrera María del P, Sánchez Ana L, Mejía Arturo. Factores de riesgo en diabetes mellitus y pie diabético: un enfoque hacia la prevención primaria. Rev Colomb Cardiol. 2013 [acceso: 18/12/2017];20(4):213-22. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v20n4/v20n4a8.pdf

24. Mansilha A. Tratamiento y gestión del pie diabético. Angiología. 2017 [acceso: 18/12/2017];69(1):1-3. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-resumen-tratamiento-gestion-del-pie-diabetico-S0003317016301171

25. Pérez M, Godoy S, Mazzo A, Nogueira P, Trevizan M, Mendes I. Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. Enferm Glob. 2013 [acceso: 14/04/2018];12(29):43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100003

26. Casanova Moreno M, Bayarre Vea H, Navarro Despaigne D, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M. Intervención educativa con participación comunitaria dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2. Rev. Cubana Med. General Integral. 2016 [acceso: 14/04/2018];35(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100004

27. Seguel G. ¿Por qué debemos preocuparnos del pie diabético?: Importancia del pie diabético. Rev Méd Chile. 2013 [acceso: 14/04/2018];141(11)1464-9.

28. Vázquez Ramírez M, Franco Corona B. Estrategia educativa y capacidad de autocuidado de la persona con diabetes mellitus. Jóvenes en la Ciencia. 2016 [acceso: 18/12/2017];2(1):155-8. Disponible en: http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1020/659

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Darynka Parada Jiménez: Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito, asesoría técnica y metodológica y aprobación final del manuscrito.

Andrés Castillo López: Recolección/obtención de datos, redacción del manuscrito y revisión crítica del manuscrito.

Khanda Zapata Morales: Recolección/obtención de datos, redacción del manuscrito y revisión crítica del manuscrito.

Ismael Morales Ojeda: Análisis e interpretación de los resultados, asesoría estadística y asesoría técnica y metodológica.

Priscila Fuentes Vera: Redacción del manuscrito, aprobación final del manuscrito y asesoría estadística.

Daniela Andrea Flores Farías: Revisión crítica del manuscrito, aprobación final del manuscrito y asesoría técnica y metodológica.

Financiación

El presente proyecto fue financiado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista de Chile.

Bookmark and Share

Copyright (c) 2019 Ismael Antonio Morales Ojeda