

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION DEL
PIE DIABETICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
SAN ANTONIO-2022**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TANIA LUISA MALAGA ALMIRON

Callao, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- DRA. VILMA MARIA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESOR: DR. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: N°173-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 20 de Octubre del 2022

Resolución de Consejo Universitario: N.º 099-2021-CU., de fecha 30 de junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios que me guía y bendice en mi formación profesional.

A mi madre por su apoyo incondicional

A mi padre que desde el cielo me guía

A mi esposo e hijas por su amor y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

A mis docentes de la especialidad por compartir sus experiencias adquiridas durante el recorrer de su vida profesional.

A mi asesor que ha permitido el término de mi trabajo académico.

A la universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud, por contribuir al desarrollo profesional de enfermería.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	10
DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	10
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	12
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	12
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	14
<i>2.2 Bases teóricas</i>	16
2.2.1 TEORIA DEL AUTOCUIDADO:	16
2.2.2 Modelo de Promoción a la Salud	21
<i>2.3 Base conceptual</i>	28
2.3.1 DIABETES MELLITUS TIPO II	28
2.3.2. PIE DIABÉTICO	31
CAPITULO III.	42
PLAN DE INTERVENCIONES	42
<i>3.1 JUSTIFICACIÓN</i>	42
3.2 OBJETIVOS	42
3.2.1 OBJETIVO GENERAL:	42
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	42
3.3. META:	43
<i>3.3 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES</i>	43
<i>3.5 RECURSOS</i>	51
3.5.1. MATERIALES	51
3.5.2 RECURSOS HUMANOS	52
<i>3.6.- EJECUCION:</i>	53

3.7 EVALUACIÓN.....	55
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES.....	57

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más frecuentes en todo el mundo y un problema de salud pública debido a sus complicaciones crónicas y agudas. Los pacientes presentan hiperglucemia persistente acompañada de alteraciones en el metabolismo lipídico y proteico que conducen a lesiones vasculares, afectando a grandes y pequeños vasos produciendo macro y microangiopatías; además, lesiones neuropáticas, nefróticas e inmunológicas, que en conjunto producen disminución en la calidad de vida, limitación funcional y en algunos casos hasta la muerte.

El pie diabético una de sus complicaciones más frecuentes, nos encontramos ante una problemática de salud que va a afectar a un gran número de personas con factores de riesgo. Ante esta situación los profesionales de enfermería tienen responsabilidades desde la prevención, orientadas a la prevención y cuidados del pie diabético de forma integral mejorando la calidad de vida del paciente, reduciendo sus complicaciones, y así evitar una necrosis de la extremidad lesionada, amputación, etc.

A nivel internacional en el año 2016, según el informe mundial de la OMS sobre la diabetes existió 422 millones de adultos con diabetes, la mayoría en los países en desarrollo. En el año 2019 esta misma organización reportaba la adicción próxima de 62 millones con diabetes mellitus tipo 2 en las Américas. De ahí que se plantea que esta entidad para el 2030 será la séptima causa de mortalidad.

A nivel nacional Según reportes de Ministerio de Salud peruano, el pie diabético y la neuropatía periférica diabética son las principales causas de complicación en diabetes, con 30 % y 7 % de prevalencia respectivamente, y se encuentran en la costa norte del Perú. además, según el Centro Nacional de Epidemiología, Control y prevención de Enfermedades, la frecuencia de complicaciones en casos de diabetes durante los años 2018 al 2021 para el caso del pie diabético, fue 4,9% de casos nuevos.

A nivel Regional según la Gerencia Regional de Salud, los casos de diabetes mellitus se han incrementado, hasta noviembre del 2020 se presentaron 2180 casos, en jóvenes a partir de los 18 años de edad, razón por la cual, se requiere de nuevas estrategias de intervención y de reflexión.

En el Centro de Salud San Antonio se observó en el año 2021 se presentaron 152 Casos de Diabetes Mellitus tipo 2, de los cuales el 5% han padecido de la amputación de uno de los miembros inferiores por pie diabético.

Ante esta problemática el presente trabajo académico orienta a desarrollar plan de intervención que consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de Anexos.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más frecuentes a nivel mundial. así como un problema de salud pública, debido a sus complicaciones crónicas y agudas. Los pacientes diabéticos presentan hiperglucemia persistente que se encuentra acompañada de alteraciones en el metabolismo lipídico y proteico que conducen a lesiones vasculares, afectando a grandes y pequeños vasos ocasionando macro y microangiopatías; además, lesiones neuropáticas, nefróticas e inmunológicas, estos provocan el deterioro en la calidad de vida, limitación funcional y en algunos casos hasta la muerte. (1)

A nivel internacional en el año 2016, según según el informe mundial de la OMS referente a la diabetes se encontró 422 millones de adultos con diabetes, la mayor parte en los países en desarrollo (2). En el año 2019 esta organización reportaba el incremento próximo de 62 millones con diabetes mellitus tipo 2 en las Américas (3) Por lo que se plantea que para el 2030 la diabetes mellitus tipo 2 será la séptima causa de mortalidad (2)

Dentro de las complicaciones de la diabetes mellitus(DM) encontramos al pie diabético que a nivel internacional, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2022, afirma que las úlceras del pie diabético están relacionadas con la discapacidad y la muerte entre los pacientes con diabetes, si no se previenen o controlan (2).Las personas con diabetes Mellitus tienen una probabilidad del 15-25% de desarrollar una úlcera del pie diabético durante su vida, y una tasa de recurrencia del 50 al 70% durante los siguientes 5 años (4). La prevalencia de complicaciones de la diabetes mellitus que afectan a extremidades inferiores se está agudizando debido al radical incremento del número de personas con Diabetes mellitus y a que las modalidades de tratamiento modernas han aumentado la esperanza de vida de las personas con diabetes mellitus (5) Como consecuencia de estas complicaciones, se ha estimado que los pacientes diabéticos con úlceras del pie recurrentes

requieren amputación en un 71%-85% de los casos (6). La tasa actual de amputaciones asociadas a la diabetes es revelador: la OMS estima que, cada media hora se realiza la amputación de una pierna en el mundo por consecuencia de la diabetes (5), con un promedio de más de 2500 miembros amputados al día, así tenemos pues a la diabetes como la principal causa de amputaciones no traumáticas en miembros inferiores sobre todo en pacientes con diabetes tipo 2 (7).

Asimismo, existe una alta tasa de mortalidad después de una amputación por úlceras de pie diabético (10) siendo del 50% en los 5 años posteriores a la amputación inicial y del 61% a los 7 años. (10).

Las amputaciones en el pie diabético son 15 veces más frecuentes entre personas con DM, aunque un 50% podría ser prevenidas

A nivel nacional Según reportes de Ministerio de Salud peruano, el pie diabético y la neuropatía periférica diabética son las principales causas de complicación en diabetes, con 30 % y 7 % de prevalencia respectivamente, y se encuentran en la costa norte del Perú (11)

Además según el Centro Nacional de Epidemiología, Control y Prevención de Enfermedades, la frecuencia de complicaciones en casos de diabetes durante los años 2018 al 2021 para el caso del pie diabético, fue 4,9% de casos nuevos. (12)

A nivel Regional según la Gerencia Regional de Salud, los casos de diabetes mellitus se han incrementado, hasta noviembre del 2020 se presentaron 2180 casos en jóvenes a partir de los 18 años de edad, razón por la cual, se requiere de nuevas estrategias de intervención y de reflexión.

En el Centro de Salud San Antonio se observó en el año 2021 se presentaron 152 Casos de Diabetes Mellitus tipo 2, de los cuales el 5% han padecido de la amputación de uno de los miembros inferiores por pie diabético. (13)

Por tal razón es necesario implementar el Plan de intervención para la prevención del pie diabético en pacientes que acuden al Centro de Salud San Antonio

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TALAYA N., TARRAGA M, MADRONA M, ROMERO DE A, TÁRRAGA L. (España,2022) En el artículo científico sobre la Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. El objetivo fue analizar las estrategias preventivas para la enfermedad del pie diabético, y de esta forma, poder evitar las posibles amputaciones asociadas a esta. La metodología de estudio fue la revisión bibliográfica mediante búsquedas sistemáticas en Web of Science. Llegaron a la siguiente conclusión: La carga global de la enfermedad del pie diabético se puede reducir considerablemente mediante un tratamiento preventivo de los pacientes con riesgo de desarrollar una úlcera en el pie. Si se reduce este riesgo, se disminuiría por tanto las tasas de amputaciones de la extremidad inferior relacionadas con el pie diabético. El tratamiento preventivo consiste principalmente en el trabajo organizado de un equipo multidisciplinar que preste un cuidado integral del pie a los pacientes diabéticos, prestando información y educación a los pacientes y haciendo evaluaciones periódicas para identificar al pie en riesgo, y así tratar de manera precoz los signos preulcerativos, además de prestar la atención adecuada y precoz a las úlceras. (14)

El presente trabajo de investigación se relaciona con el presente plan de intervención en que ambos se avocan a la prevención del pie diabético y sus complicaciones.

RAMIREZ C, PERDOMO A Y RODRÍGUEZ M. (Colombia, 2019) En el artículo sobre Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. Metodología: descriptivo correlacional de corte transversal. La población fue de 1402 usuarios del programa RCV. Sus resultados indican que las mujeres realizan prácticas de autocuidado medianamente adecuadas, no obstante, en la revisión de la literatura los hallazgos en

torno al análisis del conocimiento, actitudes y prácticas muestran que los hombres tienen estadísticamente más conocimiento sobre el calzado adecuado, mientras que las mujeres muestran más disposición a incluir prácticas de autocuidado en su rutina. Los conocimientos son importantes en el cuidado para la prevención del pie diabético, por lo que es importante reconocer como los niveles bajos en el tema se asocian a la escasa información que reciben por parte de los profesionales de salud. (15)

El presente trabajo de investigación se relaciona con el presente plan de intervención por ambos enfocan al conocimiento que deben tener los pacientes en cuanto a la prevención del pie diabético y sus complicaciones.

QUEMBA M, GONZÁLEZ N y CAMARGO M. (Colombia,2021)

Realizaron el estudio Intervenciones educativas para la prevención del pie diabético. La Metodología fue la revisión narrativa de la literatura en bases de datos Ovid Nursing, LILACS, Google Scholar, Medline y fuentes de literatura gris. Analizaron 56 artículos que cumplieron los criterios de selección, publicados entre los años 2008 al primer trimestre del 2020. Resultados sugirieron las siguientes categorías de análisis: 1. Tipos de intervenciones (educación de grupo, educación entre pares, visitas presenciales y telefónicas, redes sociales y comunicación participativa); 2. Ítems a tratar en cada intervención (inspección diaria de los pies, ejercicios y demás cuidados); 3. Duración de las Intervenciones; y, 4. Impacto de las intervenciones (resultados obtenidos). Conclusiones los autores concluyeron, que al usarse las diferentes intervenciones educativas adecuadamente se mejora el nivel de autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus y se mitigan el desarrollo del pie diabético. (16)

El presente trabajo de investigación se relaciona con el presente plan de intervención refiere que las intervenciones educativas contribuyen en el autocuidado de la persona; por consiguiente, los pacientes tendrán mejor manejo de la prevención del pie diabético y sus complicaciones.

Viramontes, I. González L. (España, 2018). Realizaron un trabajo de investigación sobre Intervención Educativa de Enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con Diabetes mellitus. Objetivo: probaron una intervención educativa con fundamento en la teoría de autocuidado, con aplicación pedagógica de la educación dialógica para el autocuidado de los pies. su estudio fue cuantitativo de diseño cuasiexperimental de preprueba y pos-prueba. El grupo experimental estaba conformado por 40 personas y el grupo de comparación por 32 personas. La variable de autocuidado de los pies fué medido a través de dos instrumentos, “Autocuidados para prevenir el pie diabético” y “Autocuidados del pie diabético”. Resultados en la preprueba refieren que el 35 % de las personas del grupo experimental presentó un nivel bajo de autocuidado, el 28 % medio y el 37 % alto. Conclusiones, determinaron que una intervención educativa con fundamento teórico influye en la mejora del autocuidado de los pies de las personas que viven con diabetes, donde la enfermería cumple un papel fundamental para su desarrollo (17).

El presente trabajo de investigación se relaciona en que ambos abordan el autocuidado como estrategia de prevención del pié diabetico de los pacientes con diabetes mellitus.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

ARROYO, W. (Arequipa 2019) Realizo un trabajo de investigación “Nivel de conocimientos del autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio de pie diabético. Objetivo fue identificar el nivel de conocimientos de autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aplicó el cuestionario a los pacientes. El estudio fue observacional, prospectivo de corte transversal. Resultados: arrojaron con un conocimiento adecuado sobre autocuidado de los pies un 97.4% de pacientes con diabetes tipo 2, en tanto que el 2.6% de pacientes presentaron un nivel inadecuado sobre autocuidado de los pies. Llegaron a la conclusión que los pacientes que asistieron al Consultorio de pie

diabético tuvieron un adecuado nivel de conocimiento en autocuidado de los pies. (18)

El presente estudio se relaciona por los conocimientos que el paciente tiene acerca del autocuidado del pie diabético, porque de esta manera se evitaría las amputaciones de miembros inferiores.

Pocotay, F. (Lima, 2018) En su investigación “Prácticas de autocuidado del pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Servicio de Endocrinología en el hospital María Auxiliadora”.. Su Objetivo: Conocer las prácticas en autocuidado del pie en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fué la adecuada. Metodología: cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal. Dentro de sus resultados respecto a la práctica de autocuidado del pie, se encontró que el 57.1% tenían una práctica inadecuada, el 42.9% presentaron una práctica adecuada; en cuanto a la inspección de los pies el 67.7% los examina, en tanto que el 32.3% no lo realizan, el 76.1% presentaron un adecuado cuidado de sus pies, mientras que el 23.9% lo realizaron inadecuadamente; en cuanto al uso de calzado, se encontró que el 57.1% tuvieron un inadecuado uso del calzado, mientras que un 42.9% lo usaron adecuadamente. (19)

El presente plan se realizo con el presente por que ambos tocan las formas de autocuidado para evitar la formación de úlceras con la correspondiente complicación de esta.

MORA J. (Lima,2018) realizaron un trabajo de investigación denominado “Nivel de conocimientos sobre la prevención del pie diabético en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II en la unidad de pie diabético. Objetivo determinar el nivel de conocimientos en la prevención del pie diabético en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Metodología: cuantitativo, descriptivo; la muestra estuvo conformada por 121 pacientes adultos. Conclusiones se encontró con un bajo nivel de conocimientos sobre la enfermedad que aqueja a los pacientes, un 64.5%. En tanto a los conocimientos generales sobre la Diabetes Mellitus tipo II, se encontró un nivel de conocimiento medio con un 42%. En cuanto a la higiene de los pies, se encontró que el 69.4% con un nivel de conocimiento medio. Con

respecto a la inspección de los pies, el 68% con un nivel de conocimiento bajo. El corte de las uñas el 46% nivel de conocimiento medio. El calzado que deberían usar, en un nivel de conocimiento medio con un porcentaje del 72%. (20).

El presente trabajo identifica las consecuencias que los pacientes llegarían a tener por los cuidados inadecuados de los pies. Esto se relaciona con el plan de intervención por que incrementaría los casos de pacientes con pie diabético que posteriormente podrían sufrir amputaciones de los miembros inferiores.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 TEORIA DEL AUTOCUIDADO:

Es una teoría introducida por Dorothea E Orem en el año 1969. Es una conducta que se presenta en situaciones precisas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular las causas que aquejan a su desarrollo y funcionamiento en bien de su vida, salud o bienestar. (21)

Ella constituyó la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí:

La teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de relación para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Define además tres requisitos del autocuidado, entendiendo por estos los objetivos o resultados que se desean alcanzar con el autocuidado:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Factores condicionantes básicos: son los factores externos e internos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. Además, perjudican al tipo y cantidad de autocuidado requerido.

Dorothea E. Orem en 1993 reconoce diez factores condicionantes básicos y variables agrupadas: sexo, edad, estado de salud, estado de redesarrollo, orientación sociocultural, factores ambientales, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrones de vida, adecuación de los servicios y disponibilidad. Estos pueden ser elegidos para propósitos específicos de cada estudio, de acuerdo a sus supuestos, deben estar vinculados de acuerdo al interés que se desee investigar(21)

En conclusión, el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, cuidado y conservación de su salud.

Meta paradigmas. Dentro de estas encontramos tres subcategorías:

- **Persona:** define al ser humano como un ente biológico, con capacidad de pensar y de ser racional. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de realizar acciones predeterminadas que afecten a él, a otros y al entorno, estas condiciones le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Es una persona con capacidad de pensar, conocerse, comunicarse y guiar sus esfuerzos y experiencias a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado en favor de su cuidado.
- **Salud:** Tiene diferentes significados. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia del deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano. Entoces tenemos como significado de salud, es la percepción del bienestar de una peersona.

- **Enfermería:** Se define como prestar servicio humano, que se realiza cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para el mantenimiento de la vida. la salud y el bienestar, es brindar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos. El entorno se reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Finalmente coincidimos con las definiciones elaboradas por E Orem pues la persona debe ser vista holísticamente desde el punto de vista biológico, psicológico y social (21)

La teoría del déficit de autocuidado.

Es la relación que existe entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las posesiones humanas en las que las conductas desarrolladas para el autocuidado que componen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Las personas pueden adaptarse a los cambios que se producen en su entorno o en sí mismo. Se pueden dar una situación en que la demanda total que se realiza a un individuo exceda su capacidad para responder. En esta situación, la persona puede necesitar ayuda incluyendo las intervenciones de amigos, familiares y del personal de enfermería

Dorothea E Orem se refiere a agente de autocuidado para dirigirse a la persona que proporciona cuidados o realiza alguna acción específica.

La agencia de autocuidado es la capacidad de las personas para participar en su cuidado y satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. (21)

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado empieza con la toma de conciencia del estado de salud de la misma persona. Esto requiere que la persona tenga un pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, con el fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en que debe de existir el deseo y compromiso de continuar con el plan.

Limitaciones del cuidado: son las limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí y que no tenga deseos de adquirirlos. Se puede presentar dificultades para anunciar juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento adecuado de buscar ayuda y consejo de otras personas.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. La acción de autocuidado es interna o externa puede decidirse a través de la observación, obteniéndose datos subjetivos del agente de autocuidado.

Las acciones de autocuidado interna y externa están orientadas a proporcionar un índice general sobre la validez de los métodos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

1. Secuencia de acción de búsqueda de ayudas y recursos
2. Acciones expresivas interpersonales
3. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos.

Los dos tipos de acciones de autocuidado orientadas internamente son:

1. Secuencia de acción de recursos para el control de los factores internos.
2. Secuencia de acción para autocontrol (pensamientos, sentimientos, orientación) y de esa manera regular los factores internos o las orientaciones externas propias.

La comprensión del autocuidado es una acción intencionada con orientaciones internas y externas ayuda al profesional de enfermería a adquirir, desarrollar y perfeccionar las habilidades necesarias para:

1. Asegurar información válida y fidedigna para describir los sistemas de aprendizaje del cuidado de las personas.
2. Analizar la información descriptiva de los sistemas de aprendizaje de cuidado dependiente y autocuidado.
3. Emitir juicios para ayuda a los individuos en la realización de las operaciones del aprendizaje de autocuidado terapéutico, e identificar las secuencias de acciones de una demanda de aprendizaje en autocuidado terapéutico, e identificarse y agruparse de acuerdo con sus orientaciones internas y externas.

Las formas de determinar y la satisfacción de sus necesidades de autocuidado, aprendizaje, son aprendidas de acuerdo a las creencias, hábitos y prácticas que se caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.

La necesidad terapéutica abarca a pacientes que requieren ayuda del profesional de enfermería por su incapacidad para realizar actividades de autocuidado, ejemplo: Cuadripléjico. Pero también reconoce aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ejemplo: El baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a hacerlas siempre con ayuda, (21)

En el déficit de autocuidado, el personal de enfermería pueden equilibrarlo a través del Sistema de Enfermería, que puede ser: parcialmente compensatorio, totalmente compensatorio y de apoyo educativo. El sistema de enfermería refiere del grado de participación de la persona para realizar su propio cuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo. (21)

2.2.2 Modelo de Promoción a la Salud

Modelo conceptual para la Salud Preventiva realizado por la Dra. Nola J. Pender en 1975; fundó una base para el estudio en que las personas deciden sobre el cuidado de su salud dentro del entorno de enfermería. Explora los procesos biopsicosociales complejos que incentivan a las personas a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud, se basa teóricamente en la Teoría de Expectativa - Valor y la Teoría Cognoscitiva Social, enfatiza el rol activo de las personas para formar, mantener las conductas de salud y modificar el contexto ambiental de las conductas de salud. (Pender, 1996). Esta teoría identifica factores de tipo cognitivo-perceptivo en la persona: como la importancia de la salud, los beneficios percibido de las conductas que promueven salud, las barreras percibidas de las conductas promotoras de salud, el estado de salud percibido, la definición de salud y el control percibido de salud, estos factores predicen la participación de la persona en la conducta promotora, la salud, es el objetivo máximo que una persona desea alcanzar. (22)

Su programa de investigación actual y futuro se centra en dos temas principales:

1. El desarrollo de un programa informático interactivo como intervención para aumentar la actividad física en las niñas adolescentes (Pender, 2006).
2. La comprensión de la auto eficacia que afecta al esfuerzo y a las respuestas afectivas (de efecto relacionado con la actividad) de las niñas adolescentes en el reto de la actividad física.

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

El modelo de la promoción de la salud se basa:

1: La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que habla sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta.

2: Modelo de la valoración de expectativas de la motivación humana descrita por Feather (1982), afirma que la conducta es racional y económica

PRUEBAS EMPÍRICAS

El modelo de promoción de la salud sirvió como referencia para la investigación orientada a presagiar en sistemas de promoción de la salud globales y conductas específicas, el uso de protección auditiva o el ejercicio físico. Pender desarrolló un programa de investigación financiado por el National Institute of Nursing Research para evaluar el MPS en cuatro poblaciones:

1. Adultos mayores que viven en la comunidad
2. Pacientes ambulatorios de cáncer
3. Adultos trabajadores
4. Pacientes de rehabilitación cardíaca

Estos estudios demostraron la validez del modelo de promoción de la salud

CONCEPTOS PRINCIPALES & DEFINICIONES

Los siguientes factores son factores cognitivo-perceptuales y se definen como "mecanismos motivacionales primarios" de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

Conducta previa relacionada: Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado efectos directos o indirectos de comprometerse con las conductas de promoción en salud.

Factores personales biológicos: Variables como edad, sexo, IMC, estado de menopausia, fuerza, agilidad capacidad aeróbica y equilibrio.

Factores personales psicologicos: autoestima, estado de salud percibido, definición de salud automotivación y competencia personal.

Factores personales: Factores predictivos de ciertas conductas.

Factores personales socioculturales: Raza, etnia, formación, estado socio económico y aculturación,

Auto eficacia percibida: Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta de promoción de la salud.

Efecto relacionado con la actividad: Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta en sí.

Beneficios percibidos de acción: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada

Influencias interpersonales: Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación.

Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:

Demanda contrapuesta: Conductas alternativas mediante las cuales los individuos tiene un bajo control por contingentes del entorno, como el trabajo y las responsabilidades de cuidado de la familia.

Preferencia contrapuesta: conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, poder elegir.

Conducta promotora de salud: Resultado de la acción, dirigido a los resultados de la salud positivos como: el cumplimiento personal, la vida productiva y el bienestar óptimo,

Influencias situacionales: Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan impedir o facilitar la conducta.

Compromiso con un plan de acción: El concepto de la intención y de la identificación de una estrategia planificada lleva al establecimiento de una conducta de salud.

Importancia de la salud: Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que busquen conservarla.

Beneficios percibidos de las conductas: Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. Otros factores modificantes, como: son la edad, el sexo, la educación, el peso corporal, la ingesta, los patrones familiares sobre las conductas en cuidados sanitarios. Estos factores modificantes están considerados como una influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.
(22)

Definición de la salud: Puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, que puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

Estado de salud percibido: El encontrarse saludable o encontrarse enfermo en un determinado momento de la vida puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas hacia la promoción de la salud.

METAPARADIGMAS. Dentro de esta encontramos cuatro subcategorías:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud es el más importante
- **Entorno:** Se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

- **Persona:** Es el individuo. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería es responsabilidad personal en los cuidados sanitarios de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos, la enfermera constituye en el principal intermediario encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El modelo de promoción de la salud tiene una competencia orientado al enfoque. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En su libro de Pender afirma que existe procesos biopsicosociales complejos que motivan a las personas para que se comprometan con las conductas orientadas a fomentar la salud. En su cuarta edición aparecen 14 afirmaciones teóricas derivadas del modelo:

- 1:** Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipa los beneficios derivados y valorados de forma personal.
- 2:** La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de conductas de promoción de la salud.
- 3:** La eficacia de uno mismo es percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

- 4:** La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta incrementa la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
- 5:** Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- 6:** El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
- 7:** Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
- 8:** Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modela su conducta esperan que se produzcan la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
- 9:** Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.
- 11:** Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
- 12:** El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.

13: Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.

14: Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

FORMA LÓGICA

El modelo de promoción de la salud se formulado por inducción, empleando las investigaciones existentes para crear un patrón de conocimientos. Las teorías de rango medio se construyen con frecuencia por este método. El modelo de promoción de la salud es un modelo conceptual que se enunció con el objetivo de integrar los conocimientos sobre la conducta promotora de la salud y generar así interrogantes para su comprobación posterior.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

Práctica profesional: . El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente en los últimos años. La práctica clínica actual como arte incluye la formación en la promoción de la salud, una de las ventajas del modelo es haber diseñado y validado instrumentos para su aplicación.

Formación: La formación clínica se enfoca mayormente a los equipos de cuidados en fase aguda. Cada vez más, el modelo de promoción de la salud, se incorpora al plan de estudios de enfermería como un aspecto para la valoración de salud, enfermería de salud comunitaria y cursos orientados al bienestar.

Investigación: El modelo de promoción de la salud constituye un cuestionario para la investigación. El modelo tiene implicaciones para su aplicación debido al énfasis que pone en la importancia de la valoración individual de los factores que influyen en la modificación de la conducta sanitaria.

2.3 Base conceptual

2.3.1 DIABETES MELLITUS TIPO II

2.3.1.1. Definición

La diabetes es una enfermedad crónica que se origina cuando el cuerpo pierde capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla eficazmente. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que autoriza que la glucosa de los alimentos pase a las células del cuerpo, en donde se transforma en energía para que funcionen los tejidos y músculos. Como resultado, una persona con Diabetes es incapaz de absorber la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. (23)

2.3.1.2. Clasificación de la Asociación Americana de Diabetes (ADA)

Los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos:

- **Diabetes Mellitus tipo 1:** Este se da en la época temprana de la vida y se debe a un déficit absoluto de insulina, originado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes o idiopáticos. La Diabetes Mellitus (DM) tipo 1 es rara en los primeros meses de vida, incrementa su incidencia rápidamente, y llega máximo entre los 11 y 15 años. Su prevalencia es del 0.3%.
- **Diabetes Mellitus tipo 2:** Es una enfermedad en la que los niveles glucosa son demasiado altos. La insulina ayuda a que la

glucosa ingrese a las células para brindarles energía. El cuerpo no produce suficiente insulina o no la usa bien. Luego, la glucosa permanece en la sangre y no ingresa lo suficiente a las células.

En el Perú un problema de salud pública, con una prevalencia de ± 4 . Predomina ligeramente el sexo femenino. Generalmente se presenta en mayores de 40 años.

2.3.1.3. Manifestaciones clínicas: Frecuentemente, la Diabetes tipo 2 no tiene síntomas en su primera fase. Los síntomas podrían incluir:

- ⊗ Incremento del apetito y sed
- ⊗ Orinar con más frecuencia y una mayor cantidad de orina
- ⊗ Visión borrosa
- ⊗ Infecciones frecuentes de encías, piel, o vejiga
- ⊗ Curación lenta de heridas o llagas
- ⊗ Entumecimiento u hormigueo en las manos o pies
- ⊗ Sensación de cansancio ⊗ Infecciones frecuentes

2.3.1.4. Complicaciones

a) Complicaciones vasculares

Microangiopatía: Se da por un daño progresivo de los capilares, y afecta a dos lechos vasculares: retina y riñón, que va evolucionando poco a poco y en fases avanzadas, da lugar a fenómenos isquémicos con la consecuente repercusión funcional del órgano afectado.

- Neuropatía diabética: Presenta una evolución lenta y los síntomas dependerán de los nervios afectados. Puede originarse en extremidades (síntomas de hormigueo).

- Nefropatía diabética: La hiperglucemia es nefrotóxica y ocasiona daños en las nefronas (unidad funcional del riñón). Es más frecuente en la diabetes tipo 2.
- Retinopatía diabética: Causada por el deterioro progresivo de los vasos sanguíneos de la retina que puede ocasionar a una serie de complicaciones que originan la pérdida de la visión.

Macroangiopatía: La arteriosclerosis se produce más rápido en los pacientes diabéticos, debido a la presencia de hiperglucemia y otros factores de riesgo como Hipertensión arterial, obesidad, dislipemias, tabaquismo y sedentarismo.

- Arteriopatía periférica: se ocasiona cuando las arterias de las piernas o los brazos se obstruyen a causa de un trombo, originando la reducción del flujo. constituyendo una complicación grave que puede conllevar a la amputación del miembro si no se trata a tiempo. Se caracteriza por dolor, calambres en piernas y cansancio (15)
- Cardiopatía isquémica: En los pacientes con Diabetes pueden evolucionar a un infarto agudo de miocardio, por lo que deberá sospecharse que hayan síntomas de insuficiencia cardíaca (disnea de reposo, esfuerzo, paroxística nocturna) (14)

b) Complicaciones no vasculares: Afectaciones de la piel existen muchas alteraciones cutáneas a causa de la diabetes. Uno de los problemas más frecuentes en pacientes diabéticos es el pie diabético, el cual se caracteriza por la aparición de úlceras en el pie. La Diabetes produce neuropatía, que disminuye la sensibilidad de las extremidades. Además, las lesiones macrovasculares ocasionan que la perfusión tisular se disminuya. El resultado es la presencia de heridas en el pie, provocadas por cuerpos extraños que pasan desapercibidas

para el paciente diabético como consecuencia de la neuropatía. Esto necesita de un tratamiento precoz, pues debido a la gran probabilidad de complicaciones, puede resultar en una amputación del pie. (15)

2.3.2. PIE DIABÉTICO

2.3.2.1. Definición: Es una alteración clínica cuyo origen es la neuropatía sensitiva que es causada por una hiperglicemia sostenida en la que puede o no coexistir isquemia y por un traumatismo se produce una lesión o ulceración en el pie. (23)

2.3.2.2 Fisiopatología del pie diabético: Es la interacción de factores sistémicos sobre los que actúan los factores desencadenantes. Ambos favorecen la aparición de lesiones preulcerativas y junto a los factores agravantes colaboran al desarrollo de la úlcera

a) Factores predisponentes:

- ⊗ **Neuropatía motora** Produce atrofia y debilidad de los músculos intrínsecos del pie causando pérdida de la función de estabilización de las articulaciones. Como consecuencia de esta alteración aparecen dedos en martillo y en garra, que favorecen la protrusión de las cabezas de los metatarsianos y una distribución anormal de las cargas en el pie con predisposición a traumatismos y ulceraciones.
- ⊗ **Neuropatía sensorial** Son alteraciones que afectan las fibras somáticas (sensitivomotoras) y autonómicas. Primeramente, se alteran las fibras nerviosas pequeñas, produciendo la pérdida de la sensación de dolor y temperatura, y luego las fibras nerviosas grandes, reduciendo el umbral de percepción de vibración y la sensibilidad superficial. Las alteraciones sensitivas provocan que los pacientes diabéticos no puedan detectar los cambios de temperatura, la presión producida por zapatos ajustados o cualquier otro traumatismo mantenido.

⊗ **Neuropatía autónoma** Observándose anhidrosis con sequedad y fisuras en la piel por afectación de las fibras simpáticas de las glándulas sudoríparas; incremento del flujo sanguíneo, disminuye la perfusión de la red capilar y aumentan la temperatura de la piel, dando lugar al trastorno postural en la regulación del flujo y a una respuesta inflamatoria anormal frente a la agresión a los tejidos (23)

⊗ **Macroangiopatía:** Es una arteriosclerosis en pacientes diabéticos. Estos presentan alguno de los factores de riesgo mayores de la enfermedad arteriosclerótica (hipercolesterolemia, tabaquismo e hipertensión) tiene mayor probabilidad de desarrollar arteriosclerosis y elevada mortalidad.

⊗ **Microangiopatía:** Afecta a los capilares, arteriolas y vénulas de todo el cuerpo, la lesión consiste en hipertrofia de la capa endotelial sin estrechamiento de la luz vascular. La causa de la microangiopatía es la hiperglucemia mantenida durante años, ocasionando disminución de la respuesta vasodilatadora a estímulos, con ausencia de pulso tibial y pedial.

b) Factores precipitantes o desencadenantes Cuando actúan sobre un pie vulnerable o de riesgo, provocando úlcera o necrosis Pueden ser de tipo traumatismo mecánico, actuando de forma mantenida y constante causando rotura en la piel y úlcera secundaria, puede ser:

- **Orígenes extrínsecos** Son de tipo traumático, y pueden ser mecánicos, térmicos o químicos: }

a) **Traumatismo mecánico** Causado por zapatos muy ajustados, siendo el factor más frecuente para la aparición de úlceras, el 50% ocurre en zonas afectadas por callosidades.

b) **Traumatismo térmico** Se produce por sumergir el pie en agua a temperatura muy elevada, el uso de bolsas de agua

caliente en pies, caminar descalzo por arena caliente o no proteger el pie de temperaturas muy bajas.

c) **Traumatismo químico** Se produce por la inadecuada aplicación de cremas suavizantes de callos.

- **Orígenes intrínsecos** Tenemos la deformidad del pie, el hallux valgus, los dedos en martillo y en garra; la artropatía de Charcot, o limitación de la movilidad articular, que condicionan un aumento de la presión plantar máxima en la zona, provocando la formación de callosidades, que constituyen lesiones preulcerosas, hecho confirmado por la práctica clínica, porque en estas zonas es donde la mayoría de los enfermos desarrollan las lesiones ulcerosas.

c) **Factores agravantes** Tenemos a las infecciones que determinan el desarrollo de úlceras en el pie, aunque no es responsable del inicio de dicha úlcera, pero interviene en su evolución, entonces se habla de úlceras infectadas en el pie diabético. En pacientes diabéticos, la disminución cuantitativa y cualitativa de la respuesta leucocitaria facilita la infección y su evolución, la pérdida de la sensibilidad permite que el paciente permanezca con los tejidos infectados sin ser consciente de ello, extendiéndose a planos más profundos y proximales que aumentará su gravedad llegando a celulitis extensa o un absceso, y la isquemia compromete la perfusión arterial y el aporte de oxígeno. La mayoría de infecciones observadas en pie diabético son causadas por *Stafilococos*, y *Estreptococos*, también por *Candidiasis*, *dermatofitosis*. (17)

2.3.2.3. FACTORES DE RIESGO

- Historia de úlcera previa y/o amputaciones.
- Sexo masculino.

- Polineuropatía diabética (especialmente aquellos con deformidades neuropáticas y limitación de movilidad articular).
- Duración de diabetes mayor de 10 años.
- Mal control metabólico (Hemoglobina A1c > 7.0%).
- Enfermedad arterial periférica.
- Condiciones sociales de privación: vivir solo.
- Dificultad con el acceso al sistema de salud.
- Retinopatía, nefropatía.
- Insuficiente educación diabetológica.
- Alcoholismo
- Fumadores.

2.3.2.4. DIAGNÓSTICO DEL PIE DIABÉTICO Para el diagnóstico es necesario hacer una anamnesis minuciosa como examen clínico, exploración neurológica, exploración osteoarticular, exploración vascular.

- a) Examen clínico Debe examinarse a todos los pacientes diabéticos por lo menos una vez al año en busca de posibles problemas en el pie y a pacientes con factores de riesgo.

Estado vascular	Piel	Huesos–Articulación	Calzado /medias
Desaparición del vello	Color temperatura y edema	Deformidades	Zapatos con tacos
Engrosamiento de uñas	Callosidades	Prominencias óseas	Medias ajustadas
Rubor del pie	Grietas o fisuras	Perdida de la movilidad	Tipo de zapato
Cosquilleo o dolor	Micosis en pies	Pie de Charcott	

b) Exploración instrumental neurológica: podemos evaluar la pérdida de la sensibilidad usando las técnicas siguientes:

- Percepción de la presión: monofilamento de SemmersWeinstein (10gramos)
- Percepción de la vibración: diapasón de 128 Hzz

c) Reflejos:

- Reflejo del tendón de Aquiles
- Reflejo rotuliano (18)

2.3.2.5. CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO: El pie diabético se clasificará en

- a) **Neuropático;** Caracterizado por la pérdida de la sensibilidad profunda al estímulo con el diapasón o la sensibilidad, pasando por la piel un algodón.
- b) **Isquémico;** podemos ver palidez del pie al elevarlo, el llenado capilar y venoso está lento al bajar el pie.

También se utiliza la clasificación Wagner para el pie ulcerado:

- **Grado 0:** Es un pie en riesgo, en el cual encontramos deformaciones, hallus valgus, callosidades, dedos en martillo, antecedentes de úlceras anteriores, uñas deformadas, y hongos en uñas (onicomicosis).
- **Grado 1:** Encontramos úlceras superficiales no infectadas clínicamente; comunmente son úlceras neuropáticas.
- **Grado 2:** Úlcera profunda a menudo infiltrada, sin participación ósea.
- **Grado 3:** Úlcera profunda infectada con absceso con participación ósea (osteomielitis).
- **Grado 4:** aquí encontramos gangrenas localizadas en parte del pie. Puede tratarse de uno o más dedos, o del talón.
- **Grado 5:** Aquí encontramos la gangrena total del pie

2.3.2.6 CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO El

conocimiento es la habilidad que tiene el ser humano de adquirir información a través de la vida, para usarlo en algún momento o situación que se presente.

La prevención tiene como objetivos definir, proponer, consensuar y realizar una serie de acciones estratégicas con la finalidad de evitar la aparición de lesiones una vez diagnosticada la diabetes mellitus. Es cuando puede considerarse el pie del paciente diabético como un pie de riesgo. Como educación sanitaria al paciente no es suficiente solo conocer sobre la pérdida de sensibilidad o insuficiencia circulatoria en los pies sino también prevenir los factores de riesgo y el cuidado de los pies.(18) Para que el individuo adquiera responsabilidad en el cuidado de sus pies, es necesario que tenga conocimientos y desarrolle habilidades para su autocuidado. La prevención debe ser considerada como el mayor

foco en el abordaje del pie diabético y así en la reducción de las amputaciones. Para obtener mayor adhesión a los cuidados necesarios es importante el diagnóstico precoz, la sensibilización y orientación del individuo y de su familia en cuanto a esa complicación. Algunos de los cuidados incluyen rutinas de higiene diaria, restricciones a caminar descalzo, técnica correcta del corte de uñas, y orientaciones sobre calzados adecuados. (19)

REVISIÓN DE LOS PIES: Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 deben examinar los pies a diario (plantas, uñas, dedos y espacios interdigitales), se debe observar la aparición de zonas enrojecidas (úlceras), fisuras, abrasiones, ampollas, heridas, infecciones, descamación, así como el estado vascular de la extremidad. El personal de salud durante la consulta con el paciente deberá palpar el pulso pedial y tibial posterior, valorar la sensibilidad, táctil, vibrátil y dolorosa, la disminución de las pulsaciones indica alteraciones vasculares.

HIGIENE DE LOS PIES: El adecuado cuidado de los pies es importante mantener una limpieza adecuada y comodidad de la persona. Los pies al estar en relación constante con los zapatos y la superficie del suelo, permanentemente se ven afectados por la sudoración, polvo, desechos y microorganismos. Las impurezas que encontramos en los pies a veces constituyen un caldo de cultivo de microorganismos que causan enfermedad, al realizar la limpieza de los pies se previene la infección, se conserva una piel sana, la comodidad, la relajación, la estimulación de la circulación y se contribuye a desarrollar un buen tono muscular. Las personas diabéticas deben prestar mucha atención a sus pies y a las heridas que puedan aparecer. El paciente diabético debe inspeccionarse diariamente los pies para comprobar si se encontrara algún tipo de lesión o el desarrollo de anomalías como callosidades ya que presentan insensibilidad en la zona y una herida no detectada a tiempo

puede convertirse en una úlcera. Por tanto, una buena higiene de los pies garantizará su protección.

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO QUE DEBEN HACER LOS PACIENTES. Una medida efectiva es la revisión de los pies diariamente y si hay algún problema acudir de inmediato al médico, Es importante conocer diversos elementos del cuidado del pie y aplicarlos, entre ellos tenemos:

1. - Lavar los pies diariamente, con agua y jabón, para lo cual se deberá controlar la temperatura del agua.
2. – Secar los pies cuidadosamente con una toalla suave - Si el pie es seco, colocar crema hidratante, no aplicar entre los dedos
3. – Mantener el pie limpio y seco entre los dedos.
4. - Usar medias siempre, si es posible de color blanco y de algodón.
5. - Siempre deberá andar con calzado, utilizando un zapato cómodo y a medida.
6. - Deberá elegir zapatos con suelas sean de caucho grueso, que pueda secarse, que sea espacioso para los dedos de los pies. La parte superior debe ser suave y con cordones.

Cuidado de la piel, uñas y callosidades

- Luego del aseo, se deberá hidratar la piel con cremas en planta y en dorso, evitar aplicarla entre los dedos de los pies.
- Es recomendable que el corte de uñas lo realice un profesional (podólogo), si no es posible, se aconseja que sea realizado por un familiar, limándolas, evitar más allá del límite de los dedos (1-2mm) Las uñas gruesas y con hongos (onicomicosis) deben ser tratadas por un podólogo.

- Los callos y callosidades deberán ser tratados por un profesional de la salud y no se utilizará agentes químicos o pastas para eliminar los mismos.
- Evitar el uso de bolsas de agua caliente ni ningún tipo de estufa para calentar los pies.

Zapatos. El uso del calzado no adecuado es la causa frecuente de la aparición de lesiones y posteriormente de la amputación de miembros inferiores en personas con diabetes. Una de las medidas más importantes para prevención es la selección apropiada de un calzado adecuado. Es muy importante recordar a las personas con diabetes lo siguiente:

- Evitar caminar descalzo tanto dentro y fuera de la casa.
- Recordar a diario: revisar y palpar la parte interna del calzado en búsqueda de objetos extraños.
- No utilizar calzado apretado, con bordes o costuras internas irregulares o ásperas.
- No utilizar calzado abierto tipo sandalia u ojota.
- Realizar el cambio de zapatos diarios y quitarse los zapatos 10 a 15 minutos al día cada 3 horas para aliviar la presión.
- No usar zapatos sin medias.
- Evitar ajustar mucho los cordones o el uso de calzado con ajustes elásticos.

Aspectos a tener en cuenta al momento de elegir y recomendar un calzado

- Elegir un zapato que no este demasiado ajustado ni demasiado suelto. El interior del zapato debe ser 1-2 cm más largo que el pie. El ancho interno debe ser igual al

ancho del pie y la altura debe permitir suficiente espacio para todos los dedos.

- La puntera del calzado debe de permitir la movilidad de los dedos del pie.
- El calzado seleccionado debe ser fabricado con materiales hipoalergénicos y absorbentes, que eviten la humedad y puedan ser higienizados.
- Seleccionar un calzado con suela de goma de alto impacto que permita los movimientos y torsiones durante la marcha.
- El zapato no deberá tener costuras internas que pueden causar lesiones por roce.
- Probar el zapato de pie, parado, a última hora del día.
- Recomendar a la persona que para adaptarse al nuevo calzado deberá usarlo en forma gradual, 1 ó 2 horas por día.

2.3.2 Cuidados de Enfermería

Las personas con diabetes requieren de una atención integral, donde se requiere de medidas preventivas para evitar complicaciones. La prevención empieza con la identificación de factores de riesgo y su repercusión que tendrán sobre el riesgo de la formación de ulceraciones, la cual estará condicionada por el control de la diabetes, identificación precoz de heridas y una adecuada educación del paciente y familia mediante las técnicas de control de la enfermedad, como del cuidado de los pies, entre otras. El equipo multidisciplinar de salud así como el papel del profesional de enfermería es importante en las consultas de valoración del pie diabético y se plantea como una oportunidad de mejora de la calidad asistencial que se brinda a estos pacientes.(24)

A partir de la anamnesis realizada por el médico, el personal de enfermería lleva a cabo la inspección del pie y la exploración vascular y neuropática, obteniendo datos para los principales factores de riesgo del pie diabético y que serán registrados en la hoja de valoración del pie diabético para su clasificación del riesgo de pie diabético recomendada por la SED y la ADA, se evalúa el riesgo y se citará a los pacientes en la consulta de Enfermería, derivándose, de ser necesario y en función de los criterios previstos, al especialista correspondiente (24)

El papel asistencial de enfermería a la hora de abordar un paciente con pie diabético es el de controlar su diabetes, realizaremos análisis para medir su nivel de glucemia. Con los resultados obtenidos tomamos en cuenta la hemoglobina glicosilada, que no solo nos dice los niveles medios de glucemia de los 3 últimos meses, sino que también es considerado un buen predictor del ratio de curación de una úlcera de pie diabético, Se ha comprobado que las personas con una hemoglobina glicosilada más alta tardan más en curar sus heridas.

En la educación de enfermería es importante incidir en la alimentación, ya sea para controlar la diabetes y para mejorar la curación de las úlceras. Es importante una buena alimentación rica en proteínas que favorece la cicatrización de las heridas (25)

CAPITULO III.

PLAN DE INTERVENCIONES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El pie diabético es la alteración clínica de origen neuropático que es inducida por una hiperglucemia mantenida, a la que puede sumarse un proceso isquémico, el cual puede ser traumático o producir lesiones y/o ulceraciones del pie. Los problemas comunes incluyen la infección, la ulceración o la gangrena, llegando en casos severos a la amputación de un dedo, un pie o una pierna (2)

El presente plan de intervención se justifica por la alta incidencia de pacientes diabéticos con riesgo a presentar la complicación ya descrita; por lo que se contribuirá a mejorar la intervención de enfermería y la calidad de atención del personal de salud en la sensibilización, control y seguimiento para la prevención del pie diabético en los pacientes, y así evitar la mutilación de extremidades inferiores.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Implementar el plan de intervención de enfermería para la prevención del pie diabético en los pacientes atendidos en el centro de Salud San Antonio Moquegua 2022

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Capacitar al personal del centro de salud San Antonio sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético.
2. Sensibilizar a los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud sobre el control de la diabetes mellitus, autocuidado y prevención del pie diabético.
3. Realizar seguimientos de los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud.

4. Realizar visitas domiciliarias a pacientes diabéticos para seguimiento y detección de factores de riesgo de pie diabético.

3.3. META:

Lograr la disminución del pie diabético al 80% en pacientes atendidos en el centro de salud San Antonio año 2022.

3.3 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
O.E. 1					
1.- Socializar el plan de Intervención al personal del centro de salud San Antonio sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético.	Solicitud de aprobación	Solicitud presentada	100%	Mes de enero 2022	Responsable de estrategia Daños no Trasnmisibles
• Socialización del Plan de Intervención al personal de salud	Personal de salud socializado	N°personal socializado	100%	Mes de junio 2022	Responsable de estrategia Daños no Trasnmisibles
		N°de personal de salud invitado			

<ul style="list-style-type: none"> • Realización de sesiones educativas sobre la enfermedad, signos, síntomas y la importancia de las medidas preventivas del pie diabético al personal de salud que labora en el centro de salud San Antonio 	Sesion Educativa	N° de sesiones educativas realizadas	100%	Mes de Junio 2022	Responsable de estrategia Daños no Trasnmisibles			
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar al personal del centro de salud san Antonio, sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético. 	Personal sensibilizado	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="752 845 1055 1117">N°personal de salud sensibilizado</td> <td data-bbox="1055 845 1263 1117">100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="752 1117 1055 1318">N° personal de salud programado</td> <td data-bbox="1055 1117 1263 1318"></td> </tr> </table>	N°personal de salud sensibilizado	100%	N° personal de salud programado		Mes de Junio 2022	Responsable de estrategia Daños no Trasnmisibles
N°personal de salud sensibilizado	100%							
N° personal de salud programado								

<p>O.E. 2</p> <p>2.- Sensibilizar a los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud sobre el control de la diabetes mellitus, autocuidado y prevención del pie diabetico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de sesiones educativas grupales sobre la enfermedad, control y la importancia de las medidas para prevenir el pie diabetico en pacientes que acuden al centro 	<p>Sesiones Educativas</p>	<p>N°de sesiones educativas realizadas</p> <hr/> <p>N° de sesiones educativas programadas</p>	<p>100%</p>	<p>6 sesiones educativas en el año de Enero a Diciembre 2022</p>	<p>Responsable de estrategia</p> <p>Daños no Trasnmisibles</p> <p>Personal de salud</p>
---	----------------------------	---	-------------	--	---

<p>de salud San Antonio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de consejería individualizada a los pacientes que acuden al Consultorio de Observación, sobre aspecto de alimentación saludable, terapia farmacológica y prevención del pie diabético. 	<p>Consejerías Individualizadas a pacientes con DM</p>	<p>N°de consejerías realizadas</p>	<p>100%</p>	<p>Enero a Diciembre 2022</p>	<p>Jefatura del servicio de Enfermería</p> <p>Todo el personal de salud.</p>
		<p>N° de consejerías programadas</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de campañas integrales de salud para identificar riesgos de pie diabético a los pacientes que 	<p>Campañas Integrales</p>	<p>N°de Campañas Integrales realizadas</p>	<p>Campañas realizadas al 100%</p>	<p>Marzo, Junio, Agosto y Noviembre 2022</p>	<p>Jefatura del C.S. San Antonio</p> <p>Todo el personal de salud</p>
		<p>N° de campañas Integrales programadas</p>			

<p>acuden al centro de salud san Antonio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicación de materiales educativos del cuidado del pie diabético periódico mural en sala de espera. • Entrega de material educativo como afiches, trípticos alusivos al autocuidado del paciente diabetico. 	<p>Material educativo: Tripticos, dipticos</p> <p>Material educativo: Tripticos, dipticos</p>	<p>Material Educativo publicado</p> <p>N° de material educativo entregado</p>	<p>100%</p> <p>100%</p>	<p>Julio 2022</p> <p>Enero a Diciembre 2022</p>	<p>Lic. Tania Málaga A.</p> <p>Todo el personal de salud</p>
<p>O.E. 3</p> <p>3.-Realizar seguimientos de los pacientes diabéticos que acuden al</p>					

<p>establecimiento de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sectorización y distribución de pacientes con DM para su seguimiento e identificación oportuna del pie diabetico. • Actualización del padrón de seguimiento de los pacientes diabéticos según el formato elaborado. • Seguimiento de actividades de control y tratamiento de los pacientes con diabetes registrados en el padrón de seguimiento 	<p>Distribución de sectores al personal de salud</p> <p>Actualización del padrón de pacientes con DM</p> <p>Seguimiento de actividades</p>	<p>N° de seguimientos realizados</p>	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>60%</p>	<p>Febrero y Junio 2022</p> <p>Enero a Diciembre 2022</p> <p>Enero a diciembre 2022</p>	<p>Responsable de promoción de la salud</p> <p>Responsable de DNT</p> <p>Responsable de estrategia DNT.</p> <p>Todo el personal de salud</p>
--	--	--------------------------------------	------------------------------------	---	--

<p>O.E. 4</p> <p>4.-Realizar visitas domiciliarias a pacientes diabéticos para seguimiento y detección de factores de riesgo de pie diabético.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento mediante las visitas domiciliarias a pacientes diabéticos inasistentes. • Sensibilización a la familia y al paciente sobre la importancia del autocuidado e higiene de los pies. 	<p>Visitas domiciliarias</p>	<p>N°de visitas domiciliarias a pacientes con DM realizadas</p>	<p>90%</p>	<p>Enero a Diciembre 2022</p>	<p>Responsable de DNT</p> <p>Personal de salud</p>
	<p>Sesiones de sensibilización</p>	<p>N° de visitas domiciliarias a pacientes con DM programadas</p> <p>N° de sesiones de sensibilización realizadas</p>	<p>Familia sensibilizada al 60%</p>	<p>Enero a Diciembre 2022</p>	<p>Personal de Salud.</p>

3.5 RECURSOS

3.5.1. MATERIALES

Cantidad	Unidad de De medida	Descripción
		Equipos y complementos
01	Und	Cañon multimedia
01	Und.	Ecran
01	Und.	Laptop
01	Und.	Pizarra acrílica
		Insumos biomédicos
01	Und.	Linterna
	Und.	Guantes
		Material de escritorio
500	Und.	Tripticos
100	Und.	Papel Bond.
60	Und.	Lapiceros
04	Und.	Plumones

3.5.2 RECURSOS HUMANOS

CANTIDAD	CARGOS /FUNCIONES/ROL QUE DESEMPEÑAN
01	Responsable del Plan de Intervención de Enfermería. Lic. Tania Luisa Málaga Almirón
01	Jefatura del Centro de Salud San Antonio Lic.Obs. Rita Ramos Callata
01	Jefatura del servicio de enfermería
60	Trabajadores de salud
150	Pacientes con Diabetes mellitus

3.6.- EJECUCION:

OBJETIVOS	DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	LOGROS
<p>Socializar el plan de Intervención al personal del Centro de Salud San Antonio sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se Socializó el plan de Intervención al personal del Centro de Salud San Antonio sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético. • Se realizaron sesiones educativas sobre la enfermedad, signos, síntomas y las medidas preventivas del pie diabético al personal de salud que labora en el Centro de Salud San Antonio • Se sensibilizó al personal del Centro de Salud San Antonio, sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético. 	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>Personal sensibilizado a 85%, debido a no se encontraban de turno o estaban de vacaciones</p>
<p>Sensibilizar a los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud sobre el control de la diabetes mellitus, autocuidado y prevención del pie diabético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizaron las sesiones educativas grupales sobre la enfermedad, control y la importancia de las medidas para prevenir el pie diabético en pacientes que acuden al Centro de Salud San Antonio. • Se realizaron las consejerías individualizadas a los pacientes que acuden al consultorio de Observación, sobre aspecto de alimentación saludable, terapia farmacológica y prevención del pie diabético. • Se realizaron campañas integrales de salud para identificar riesgos de pie 	<p>100%</p> <p>Se realizaron consejerías individualizadas en 85%, debido a que no todos los pacientes tienen predisposición por falta de tiempo.</p> <p>100%</p>

	<p>diabético a los pacientes que acuden al establecimiento de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se publicó material educativo del cuidado del pie diabético periódico mural en sala de espera. 	100%
Realizar seguimientos de los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Se distribuyó al personal de salud según sectorización, a los pacientes con DM para su seguimiento e identificación oportuna del pie diabético. • Se actualizó el padrón de seguimiento de pacientes diabéticos según el formato elaborado. • Se realizó el seguimiento de las actividades de control y tratamiento de los pacientes con diabetes registrados en el padrón de seguimiento. 	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>El seguimiento se logró en un 85% debido a no se encontraban a los pacientes en sus domicilios.</p>
Realizar visitas domiciliarias a pacientes diabéticos para seguimiento y detección de factores de riesgo de pie diabético.	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó el seguimiento a pacientes diabéticos inasistentes mediante las visitas domiciliarias. • Se logró sensibilizar a la familia y al paciente sobre la importancia del autocuidado e higiene de los pies. 	<p>El seguimiento se logró en un 80% debido a los pacientes 80% dan direcciones y datos falsos.</p> <p>Se logró un 85% debido a que la familia no se encuentra en casa o no tiene disponibilidad de tiempo.</p>

3.7 EVALUACIÓN

ACTIVIDADES	LOGROS
Capacitar al personal del centro de salud San Antonio sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético	Se logró capacitar al 85% del personal de salud del Centro de Salud San Antonio, que corresponde a 60 trabajadores.
Sensibilizar a los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud sobre el control de la diabetes mellitus, autocuidado y prevención del pie diabético.	Se logró sensibilizar al 80% que corresponde a 176 pacientes con diabetes.
Realizar seguimientos de los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud	Se logró realizar los seguimientos a pacientes diabéticos en un 85% que corresponde a 187 pacientes
Realizar visitas domiciliarias a pacientes diabéticos para seguimiento y detección	Se logró realizar las visitas de seguimiento y detección a pacientes diabéticos en un 80% que

de factores de riesgo de pie diabético.	corresponde a 176 pacientes
---	-----------------------------

CONCLUSIONES

- Se socializó el plan de Intervención al 85% (60 trabajadores) del personal del Centro de Salud San Antonio sobre la importancia del control de la diabetes mellitus y los cuidados para la prevención del pie diabético.
- Se sensibilizó al 80% de los pacientes diabéticos (176 pacientes) que acuden al establecimiento de salud sobre el control de la diabetes mellitus, autocuidado y prevención del pie diabético.
- Se realizó el seguimiento al 85% los pacientes diabéticos (187 pacientes) que acuden al establecimiento de salud.
- Se realizaron las visitas domiciliarias a pacientes diabéticos en un 80% (176 pacientes) para seguimiento y detección de factores de riesgo de pie diabético.

RECOMENDACIONES

- A la Jefatura del servicio de Enfermería:
 - Continuar con la socialización del Plan de Intervención de Enfermería para la prevención del pie diabético con la finalidad de evitar las amputaciones, y mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

- Al personal del Centro de salud San Antonio:
 - Continuar con las actividades educativas orientadas a la sensibilización: sesiones educativas y difusión de estilos de vida saludable a los pacientes diabéticos y familiares; para evitar las complicaciones y amputaciones por pie diabético.
 - Continuar con el seguimiento de los pacientes diabéticos que acuden al establecimiento de salud con el fin de garantizar una calidad de vida adecuada.

 - Continuar con el monitoreo de los pacientes diabéticos a través de la visita domiciliaria con la finalidad de controlar y monitorear las condiciones de autocuidado, y detección de los factores de riesgo del pie diabético. También sensibilizar a los familiares para el apoyo constante del paciente.

3.8 BIBLIOGRAFÍA

1. Jimenez S, Et al. (2001) Intervención de Enfermería en el Cuidado del Paciente Diabético. Disponible en internet en internet [http //ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0798-0469&lng=es&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0798-0469&lng=es&nrm=iso)
2. Mora, J; Nivel de conocimientos sobre la prevención del pie diabético en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II en la unidad de pie diabético del hospital nacional arzobispo loayza mayo - julio 2018.Facultad De Medicina Hipólito Unanue / Escuela Profesional De Enfermería, disponible en internet <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2835>
3. Organización Panamericana de la Salud–Organización Mundial de la Salud. Biblioteca digital OPS (2021) https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category
4. Talaya Navarro E, Tarraga Marcos L, Madrona Marcos F, Romero de Avila JM, Tárraga López PJ. Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. JONNPR. 2022;7(2):235-65.
DOI:10.19230/jonnpr.4350<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4450>
5. Organización Mundial de la Salud (2021) Informe Mundial sobre la Diabetes Mellitus – epidemiology. 2.Diabetes Mellitus – prevention and control. 3.Diabetes, Gestational. 4.Chronic Disease. 5.Public Health. I.Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 356525 5 – Los descriptores de asunto están disponibles en el repositorio institucional de la OMS © <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=w>

eb&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiswr7ioor6AhUEIbkG
HaC1CBsQFnoECCsQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.i
nt%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F254649%2F
9789243565255-
spa.pdf&usg=AOvVaw2IlhSQNnX4zhgg0D17nUaj

6. Adiewere P, Gillis RB, Jiwani SI, Meal A, Shaw I, Adams GG. A systematic review and meta-analysis of patient education in preventing and reducing the incidence or recurrence of adult diabetes foot ulcers (DFU). *Heliyon* 2018;4(5):e00614.
7. Margolis DJ, Hoffstad O, Weibe DJ. Lower-Extremity Amputation Risk Is Associated With Variation in Behavioral Risk Factor Surveillance System Responses. *Diabetes Care* 2014;37(8):2296–301.
8. Wendling S, Beadle V. The relationship between self-efficacy and diabetic foot selfcare. *J Clin Transl Endocrinol* 2015;2(1):37–41.
9. Alvarsson A, Sandgren B, Wendel C, Alvarsson M, Brismar K. A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented? *Cardiovasc Diabetol* 2012;11:18.
10. Kim PJ, Attinger CE, Evans KK, Steinberg JS. Role of the podiatrist in diabetic limb salvage. *J Vasc Surg* 2012;56(4):1168–72
11. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamani M, Pozo M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de Diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(1):9-15. [[Links](#)]
12. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE202021/03.pdf>
13. Estadística del centro de salud san antonio
14. Emma Talaya-Navarro et.al Prevención de amputaciones relacionadas con el pie diabético. Departamento Ciencias

- Médicas (Atención Primaria). Disponible en <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4450>
15. Ramirez-Perdomo et al Conocimientos y prácticas para la prevención del pie diabético. Rev Gaúcha Enferm. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161>.
 16. Quemba-Mesa MP, (2021) Intervenciones educativas para la prevención del pie diabético . Rev. cienc. cuidad. [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 25 de agosto de 2022];18(1):66-80. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2329>
 17. Elías-Viramontes AC, et al Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2 Aquichan (2018) 18(3): 343-354. doi: 10.5294/aqui.2018.18.3.8
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjZ87W5n4r6AhWZFLkGHdAIAB0QFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fpesquisa.bvsalud.org%2Fportal%2Fresource%2Fpt%2Fbiblio-1343150&usg=AOvVaw2aJs5DaPFT_ogEQ6EfWF4G
 18. Arroyo S. “Nivel de conocimiento del autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio de pie diabetico del Hospital III Yanahuara, febrero 2019”. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8225>
 19. Flor De María Poccotay Soto. Prácticas de autocuidado del Pie en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del servicio de endocrinología en el hospital María Auxiliadora Enero (2018) Lima – Perú. Tesis de Bachiller[Internet]. Lima, Perú. Universidad Privada san juan Bautista, 2018 . Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1521> [citado 15 diciembre 2018]
 20. MORA BRITO J. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN PACIENTES

ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA UNIDAD DE PIE DIABÉTICO DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA MAYO - JULIO 2018. TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA, Facultad De Medicina Hipólito Unanue / Escuela Profesional De Enfermería Universidad Federico Villareal Lima , Perú 2019
<http://repositorio.ufv.edu.pe>

21. Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández¹, Dr.C. José Alejandro Concepción Pacheco¹, Lic. Miriam Rodríguez Larreynaga Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Cuba.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
22. Raile, A. Martha. Tomey, M. Ann. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier. (p) (503-523).
23. Antonio L. Cuesta-Muñoz, MD, PhD. Danish Diabetes Academy / University of Copenhagen. Faculty of Health and Medical Sciences. Department of Biomedical Sciences. Panum Institute. Copenhagen Dinamarca
<https://www.hcmarbella.com/es/que-es-la-diabetes/>
24. Blasco Gil S. Consulta de Enfermería para la valoración de pie diabético. Una oportunidad de mejora. Metas Enferm mar 2015; 18(2): 6-12. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-pie-diabetico-manejo-y-cuidados-de-enfermeria/>
25. del Castillo Tirado R.A., Fernández López J.A., del Castillo Tirado F.J. Guía de Práctica Clínica en el pie diabético. Arch. De Medicina. 2014; 10 (2): 11-14.
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-pie-diabetico-manejo-y-cuidados-de-enfermeria/>

ANEXOS

Anexo 1: PLAN ANUAL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO



Anexo N°2:

Socialización con el personal de salud





**Anexo N°3:
Visita domiciliaria de seguimiento por inasistencia al
tratamiento**



Anexo N°4:
Visita domiciliaria de seguimiento para tamizaje de glucosa



**Anexo N°5:
Visita domiciliaria de seguimiento para orientación y
consejería**



**Anexo N°6:
Visita domiciliaria para detección de factores de riesgo de
pie diabético**



Anexo N°7:
Visita domiciliaria a paciente postrado con pie diabético



**Anexo N°8:
Visita domiciliaria para curación de pie diabético**



**Anexo N° 9:
Campañas Integrales de salud**



Anexo N°10:
Campaña de detección de diabetes y control de glucosa



Anexo N°11 : Radar de daños no transmisibles

PADRON NOMINAL DE ENFERMEDADES DAÑOS NO TRANSMISIBLES 2022 C.S. SAN ANTONIO																	
N°	NOMBRES	APELLIDOS	DN	F.N.	NCL CS D PS	DIRECCION DOMICILIO	TELEFONO O CELULAR PACIENTE	EDAD DEL PACIENTE	SEXO DEL PACIENTE	PAGANTE O SIS	INCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	COLICAR (PC) O (PC) O	ICAGIO DE PESOS (P) O (PC) O	FACTORES DE RIESGO (P) O (PC) O	OTRA COMORBILIDAD	AÑO DIAGNOSTICO	PONDO DE CJO ANUAL
1	YOVANA	CHURCO	4137851	18051982	31002	CPRECES K-1	923630060	39	F	S.J.S	E119						
2	VICTORIA ALIDA	VOCARRA MAMANI	04416192	13111967	2465	TREBOL J1-7	967903070	53	F	S.J.S	E119						
3	UBALDO	AROCUTIPA ADUVIRI	04411127	30031966	25021	10 DICIEMBRE D-9	923971421	63	M	S.J.S	E119	110X		OBESIDAD			
4	TEODOCO	MAMANI JINCHUÑA	04421006	21121957	3420	VILLA SAN ANTONIO E-3-09	920460540	64	F	S.J.S	E119	110X					
5	SALBUSTO	MAMANI ORTEGA	04437270	13101960	23753	BARRANCOS B-15	961064925	59	M	S.J.S	E119	HAM	HAM				
6	ROSA	TIQUE DE HUANAGUINE	04430076	30081943	12216	NUEVA MOQUEGUA Q2-44	956322230	77	F	S.J.S	E119	110X					
7	MERCEDIS	PEREZ DE RUIZ AG	01271496	24091923	25790	11 DICIEMBRE G2-1	966249490	96	F	S.J.S	E119	110X					
8	MARLEN	SAMAN VILLAR	04021566	14011971	25128	CIUDAD NUEVA LB-12	959791210	50	F	S.J.S	E119						
9	MARLEU WANDA	ALAVE	04421008	30061965	29918	ELA WZ H-1211ETAPA	941882257	55	F	S.J.S	E119						
10	MARIA GUADALUPE	QUISEP DE CALLATA	04402435	10121948	13547	JAZMINES MZ K LT1	962721696	72	F	S.J.S	E119	110X					
11	MARIA BABELIA	MAMANI DE RINO	01274535	21061950	15863	EL SALVADOR MZ C LT. 05	945150560	71	F	S.J.S	E119	110X					
12	MARIA	CHOCALLA COOPA	4742866	20081974	6738	TREBOL H-10	923965561	45	F	S.J.S	E119						
13	MARGARTA	QUENAYA FLORES	04412817	24021954	31777	11 DICIEMBRE E1-3	954970214	65	F	S.J.S	E119						
14	LUG RAMON	MONROY DIAZ	30421171	01061951	23426	ALTO TIWINZA C-3	941259921	68	M	S.J.S	E119	110X			30421171		
15	LUCRECIA	QUINKHO ARENAS	04438235	27111972	13797	BELLO AMANECER P-2	984893790	48	F	S.J.S	E119						4 AÑOS
16	LOURDES SEBASTIAN	QUISEP VERA	04068701	15011964	12762	ASOC LA FLORESTA MZA3 LT1	923680849	56	F	S.J.S	E119						
17	JULIA PATRICIA	FLORES ZEBALLOS	04408062	16031959	7956	AV. EL PARAISO D-22	923874807	62	F	S.J.S	E119	110X		HIPERTENSIONIA			
18	JULIA OLGA	UGARTE PARDEZ	23905110	07011959	22362	SAN DIEGO E-12	972322265	66	F	S.J.S	E119	1X10					15 AÑOS
19	JUNYA ROSA	MAMANCHURA MAMANI	04411905	24041960	2249	COSTA VERDE C-17	923923007	60	F	S.J.S	E119						
20	JUNYA	GABINO DE CALLATA	01291127	28091958	26059	VILLA EL SALVADOR A-6	923586246	62	F	S.J.S	E119	110X					
21	JUAN SANTOS	WEDIVA PALOMBO	16238824	01111947	18019	CPRECES FT LOTE 23	923636536	73	M	S.J.S	E119	110X					PACIENTE FALLECIO EL 2020
22	JOSEFINA	VELCA MAQUERA	04432292	16021969	883	TREBOL S2-3	XXX	50	F	S.J.S	E119						
23	JOSE MANUEL	NINA GUILLERMO	4034462	28031975	22794	NUEVA MOQUEGUA L2-20	XXX	45	M	S.J.S	E119						
24	JOSE CARLOS	CASO CASCABAYTA	40211718	12041968	23905	ROMA AYWARA R-2	960272324	31	M	S.J.S	E119						
25	JORGE	SALLUCA MACHACA	29648555	23021961	14834	FLO MENA COLOMA B LOTE 14	923684453	59	M	S.J.S	E119						
26	JOBA AGUNTA	WEDIVA CRUZ	04068116	15081963	28406	TREBOL S0-15	923992332	57	F	S.J.S	E119	110X					
27	JOAQUINA	FELIX GUERRERO	02065562	16081945	422	AV PARO BALLEART EG 6-10	960606326	76	F	S.J.S	E119	110X					
28	JAWER	SORIA CACERES	29639027	03121951	34162	VILLA PROGRESO B LOT 9	965803036	68	M	S.J.S	TADNA	E119					10 AÑOS

Anexo N°12: Sectorización de pacientes diabéticos

PADRON NOMINAL DE ENFERMEDADES DAÑOS NO TRANSMISIBLES 2021 C.S. SAN ANTONIO																	
N°	NOMBRES	APELLIDOS	DN	F.N.	NCL CS D PS	DIRECCION DOMICILIO	TELEFONO O CELULAR PACIENTE	EDAD DEL PACIENTE	SEXO DEL PACIENTE	PAGANTE O SIS	INCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	COLICAR (PC) O (PC) O	ICAGIO DE PESOS (P) O (PC) O	FACTORES DE RIESGO (P) O (PC) O	OTRA COMORBILIDAD	AÑO DIAGNOSTICO	PONDO DE CJO ANUAL
7	1	ANGELICA	LOPA	LOPA	8549068	28/03/1953	20859	CUA I B-13		923973737	67	F	S.J.S	E119			
8	2	JUSTINA	MAMANI	PARIPAMCA	4410374	28/09/1941	19652	CUA I B-10		958620794	79	F	S.J.S	110X			
9	3	UBALDO	AROCUTIPA	ADUVIRI	4417127	30/03/1966	25021	10 DICIEMBRE D-9		923971421	53	M	S.J.S	E119	110X		
10	4	WALTER ERNULFO	ROJAS	ACOSTA	10354671	12/03/1975	26323	RANCHO GRANDE SMI		677908471	45	M	S.J.S	E119		OBES	OBES
11	5	FRANCISCO	ERAZO	JIMENEZ	4431783	26/11/1939	29457	121 DE DICIEMBRE MZ Z LOTE 4		948996919	80	M					
12	6	SALBUSTO	MAMANI	ORTEGA	04437270	13/10/1960	23753	BARRANCOS B-15		961064935	59	M	S.J.S	E119	HAM	110X	HAM
13	7	FELIPE	RAMOS	ALBERTO	4403796	05/04/1942	17306	BARRANCOS D-25		973492306	78	M	SIS SAN ANTONIO	110X			
14	8	FELIPA	CHOQUE	VOA DE ALAVE	1778282	11/04/1968	27368	VILLA EL TRIUNFO DE MAJUVI		923999465	62	F	S.J.S	E119			
15	9	CECILIA	MANZANO	CHAMBILLA	42294891	21/11/1983	13226	VILLA EL LAGO H-6		962891372	36	F	S.J.S	E119			