



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

AUTORES:

**Herrera Solórzano Steven Xavier
Vera Alcívar Valeria Melina**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lic. Calderón Molina, Rosa Elizabeth Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
01 de septiembre del 2025**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Herrera Solórzano Steven Xavier y Vera Alcívar Valeria Melina** como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____

LIC. CALDERÓN MOLINA, ROSA ELIZABETH MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LIC. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.

Guayaquil, a los 01 del mes Septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Herrera Solórzano Steven Xavier**

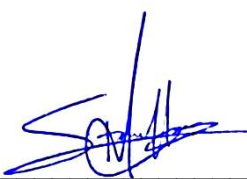
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo**, previo a la obtención del título de **LICENCIADO DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes Septiembre del año 2025

EL AUTOR

f. 

Herrera Solórzano Steven Xavier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vera Alcívar Valeria Melina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes Septiembre del año 2025

LA AUTORA

f. Valeria Vera A.

Vera Alcívar Valeria Melina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Herrera Solórzano Steven Xavier**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de **Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes Septiembre del año 2025

EL AUTOR

f. _____

Herrera Solórzano Steven Xavier



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Alcívar Valeria Melina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes Septiembre del año 2025

LA AUTORA

f. Valeria Vera A.

Vera Alcívar Valeria Melina

REPORTE DE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

AUTORES: Herrera Solórzano Steven Xavier Vera Alcívar Valeria Melina



Nombre del documento: Tesis Herrera - Vera Septiembre 2025 final (1).docx
ID del documento: 05b6651040e7d1b48df9d94c882c444f118c1cd
Tamaño del documento original: 727,67 kB
Autor: VALERIA VERA

Depositante: VALERIA VERA
Fecha de depósito: 4/9/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 4/9/2025

Número de palabras: 12.612
Número de caracteres: 84.990

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	localhost Factores de riesgo de queratosis actínica en pacientes de Consulta Ext... http://localhost:8080/xmlui/bitstream/redug/30650/3/CD_2286-CORDOVA_URGILEZ_ANGELIC...	2%		Palabras idénticas: 2% (281 palabras)
2	Calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes oncológico... #a54295 Viene de de mi grupo 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (115 palabras)
3	Tesis Pérez - Zambrano Mayo 2024 COMPILATIO.docx Prevalencia de ... #49a887 Viene de de mi grupo 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (57 palabras)
4	dspace.utb.edu.ec Las actividades del profesional de enfermería y su influencia... http://dspace.utb.edu.ec:8080/xmlui/bitstream/49000/376/7/T-UTB-FCSENF-000007.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario #74ab96 Viene de de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
2	hdl.handle.net Riesgo del pie diabético y déficit de autocuidado en pacientes co... https://hdl.handle.net/20.500.13028/4085	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
3	Frecuencia de Tuberculosis pulmonar en pacientes diabéticos atendi... #341fee Viene de de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)
4	sga.unemi.edu.ec https://sga.unemi.edu.ec/media/archivologo/2022/01/21/archivologocompendio_2022121121...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
5	EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA DIABETES EN LA MORBIMORTALIDA... #0d6447 Viene de de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)

f. _____

LIC. CALDERÓN MOLINA, ROSA ELIZABETH MGS.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero dar las gracias a Dios, porque en los momentos más difíciles es donde he sentido su presencia y nunca me ha dejado solo. Le agradezco por brindarme esa fuerza para seguir adelante a pesar de las adversidades.

Quiero agradecer a mi familia, en especial a mi madre, Josefina Solórzano, quien ha sido el pilar fundamental en mi vida, quien ha estado conmigo desde que comenzó este viaje y sin duda alguna nada de esto habría sido posible sin ella. A ella por inculcarme buenos valores y por siempre educarme con el ejemplo. A mi tía Yomara y tío Jorge, quienes también siempre estuvieron ahí para acompañarme y apoyarme en los momentos que necesité.

A mis compañeros y amigos, especialmente a Karla Álvarez y Andrea Pincha. Por compartir una buena parte de mi Carrera, me ayudaron mucho y también aprendí de ellas; entre risas, malos entendidos y a veces lágrimas, resalto que siempre estuvimos ahí para apoyarnos y, aunque el destino nos hizo tomar caminos diferentes, sólo puedo expresar mi gratitud y cariño hacia ellas.

Al personal de salud con el que tuve el privilegio de trabajar en mi proceso de internado. Conocí grandes personas que se ganaron un espacio en mi corazón y que hicieron que esta etapa sea mucho más grata. Gracias por su amabilidad en la enseñanza, por el conocimiento compartido y por esas palabras de aliento que me impulsaban a continuar.

A nuestra tutora, Lcda. Rosa Calderón Molina, por su guía y orientación durante el desarrollo de esta investigación. Los docentes de Carrera, quienes hicieron la base en nuestra formación académica y profesional con principios de ética y moral, para poder ser profesionales responsables, por brindarnos todo el conocimiento, por motivarnos a salir adelante y a no rendirnos ante las dificultades.

Steven Xavier Herrera Solórzano

AGRADECIMIENTO

A Dios, mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada paso de este camino. Gracias por escuchar mis oraciones, por darme la sabiduría necesaria para avanzar y por sostenerme en los momentos más difíciles. Sin Ti, este logro no tendría sentido.

A mis padres, Melina Jovita y Jeovanny Vera. Mamá, gracias por tu amor inmenso, tu apoyo constante, ser mi ejemplo de fortaleza y dedicación. Verte trabajar con entrega y amor por los demás fue una de las razones que me inspiraron a escoger esta Carrera, y por eso este logro también te pertenece.

Papá, no hay palabras suficientes para expresar lo que siento en este día tan especial. Me enseñaste a soñar en grande y a luchar con el corazón. Espero que hoy, sientas el mismo orgullo que yo siento de ser tu hija. Tus consejos, ejemplo y amor han sido mi brújula en este camino y, cada página de este trabajo está impregnada de todo lo que me has enseñado. Gracias por creer en mí incluso cuando yo misma dudaba. Este logro lo llevo en mis manos, pero también en tu corazón.

A mis hermanos: Jonathan, Gabriela y Guissela, gracias por estar siempre presentes, por su cariño, por sus bromas que alivianaban mis días, y por ser un apoyo constante en cada etapa de mi vida.

A mi cuñada Sheyla Merchán, por su cariño y por sus gestos de apoyo, por acompañarme en este camino, con tus palabras de aliento en los momentos difíciles. Tu presencia ha sido un regalo en mi vida y siempre estaré agradecida contigo.

Y a todas las personas que, de una u otra forma, han sido parte de este proceso: amigos, compañeros, docentes y familiares. Gracias por sus palabras, motivación y por creer en mí. Dejando una huella en este camino y en mi corazón.

Valeria Melina Vera Alcívar

DEDICATORIA

A dos personas muy importantes en mi vida, que, aunque no estén conmigo físicamente, sé que hubieran estado muy orgullosos: mis abuelitos: Jacinta Cabezas y Jacinto Solórzano, que siempre los llevo presente en mi corazón y no pude haber sido más dichoso al tenerlos en mi vida.

A mi madre, Josefina Solórzano, quien ha sido el vivo ejemplo de esfuerzo, dedicación y perseverancia. Es quien me ha guiado y me corregido a lo largo de toda mi vida, me ha enseñado a ver las situaciones difíciles como un desafío, más no como un problema y, ella es el claro ejemplo de que se puede lograr todo lo que te propongas en la vida. A mi padre, Xavier Herrera, quien a pesar de la distancia estuvo pendiente, sea con un mensaje o una llamada, siempre estuvo y eso es algo que valoro mucho.

A mi novia, Karla Alfonso, con quien tuve el privilegio de compartir el mismo sueño y cada etapa finalizada es un paso más para alcanzar el objetivo. Le agradezco su apoyo, por estar presente en todo momento y por enseñarme a tener buena actitud incluso en las adversidades. Esto también va dedicado para ella, porque sé que el camino que ha recorrido no ha sido sencillo, y puedo decir que es un honor que me permita acompañarla.

A mi compañera de tesis y amiga, Valeria Vera, con quien pude compartir buenos momentos durante nuestras guardias. Te agradezco por el apoyo en esos momentos y solo puedo decir que fue un gusto haber coincidido.

Al resto de mis amigos y compañeros quienes hicieron de este viaje una experiencia grata e inolvidable.

Steven Xavier Herrera Solórzano

DEDICATORIA

A ti, Señor, que has visto cada una de mis luchas, que has escuchado mis oraciones en silencio y has secado mis lágrimas en los momentos de mayor dolor. En cada caída me levantaste, en cada duda me diste claridad, y en cada cansancio me regalaste nuevas fuerzas. Esta meta alcanzada es una muestra de Tu fidelidad y de que Tus tiempos son perfectos. Gracias por caminar conmigo en este largo camino y por enseñarme que todo esfuerzo hecho con amor y fe tiene su recompensa.

A mis padres, quienes con su amor incondicional y su ejemplo de perseverancia han sido mi motor y mi inspiración. Gracias por cada sacrificio, por cada palabra de aliento, por las noches en las que velaron mi descanso y por enseñarme que los sueños se alcanzan con trabajo, paciencia y fe.

Este logro no es solo mío, sino también de ustedes, porque sin su apoyo, su comprensión y sus enseñanzas, hoy no estaría escribiendo estas líneas. Los amo profundamente y todo lo que soy se lo debo, primero a Dios y luego a ustedes.

Con todo mi corazón, este logro es para ustedes.

Valeria Melina Vera Alcívar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LIC. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, Msc.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LIC. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ, Msc.
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

DR. LUIS ALBERTO OVIEDO PILATAXI, Msc
OPONENTE

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. Preguntas de investigación.....	6
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	8
1.4.1. Objetivo General.	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
CAPÍTULO II	9
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	9
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	9
2.2. MARCO CONCEPTUAL.	14
2.2.1. Diabetes mellitus	14
2.2.2. Pie diabético	16
2.2.3. Autocuidado en pacientes con pie diabético	20
2.2.4. Prácticas de higiene y cuidado básico	21
2.2.5. Vestuario y calzado que utilizan los pacientes	23
2.2.6. Conductas preventivas	24
2.2.7. Factores que influyen en el autocuidado del paciente diabético..	26
2.2.8. Consecuencias de un autocuidado deficiente	28
2.3. MARCO LEGAL	30
2.3.1. Constitución del Ecuador	30
2.3.2. Ley Orgánica de Salud	31
2.3.3. Plan de creación de oportunidades	32
2.3.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.	32
CAPÍTULO III.....	33
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1. Tipo de estudio.....	33
3.2. Nivel.	33
3.3. Métodos.	33

3.4. Diseño.....	33
3.4.1. Según el tiempo.	33
3.4.2. Según la naturaleza.	33
3.5. Población	33
3.6. Criterios de inclusión y exclusión.....	33
3.6.1. Criterios de inclusión.....	33
3.6.2. Criterios de exclusión.....	33
3.7. Procedimientos para la recolección de la información	33
3.8. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos	34
3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano	34
3.10. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	35
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1 Distribución porcentual de pacientes por edad	37
Figura No. 2 Distribución porcentual de pacientes por sexo	38
Figura No. 3 Distribución porcentual de pacientes por estado civil	39
Figura No. 4 Distribución porcentual de pacientes por nivel de educación..	40
Figura No. 5 Distribución porcentual de pacientes según frecuencia de examen de pies	41
Figura No. 6 Distribución porcentual de pacientes según frecuencia de lavado de pies	42
Figura No. 7 Distribución porcentual de pacientes según secado de pies después del lavado	43
Figura No. 8 Distribución porcentual de pacientes según secado del espacio entre los dedos de los pies	44
Figura No. 9 Distribución porcentual de pacientes según uso de crema hidratante	45
Figura No. 10 Distribución porcentual de pacientes según frecuencia de corte de uñas.....	46
Figura No. 11 Distribución porcentual de pacientes según vestuario y calzado que utilizan	47
Figura No. 12 Distribución porcentual de pacientes según conductas preventivas	48

RESUMEN

El autocuidado del pie diabético es clave en el manejo de la diabetes, previene complicaciones como úlceras, infecciones o amputaciones. Aunque su práctica reduce la morbilidad, factores conductuales, de conocimiento y de recursos pueden limitarla. **Objetivo:** Determinar el autocuidado del pie diabético. **Diseño Metodológico:** Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. **Población:** 154 pacientes **Técnica:** Encuesta. **Instrumento:** Cuestionario basado en la “Evaluación del cuidado funcional de los pies”. **Resultados:** Grupo etario de 56 a 60 años (37%), sexo masculino (58%), estado civil casado (46%) nivel educativo primario (42%). Prácticas de higiene: lava sus pies una vez al día (52%), seca sus pies después del lavado (46%), corta sus uñas semanalmente (44%), y revisa sus pies una vez por semana (40%). En vestuario y calzado: usa sandalias la mayoría de las veces (42%), zapatillas deportivas (40%), nunca usa zapatos sin calcetines (44%); usa zapatos con cordones (34%). Conductas preventivas, nunca camina descalzo al aire libre (52%) y cubre raspaduras o cortes con apósito seco (48%), aunque una parte camina descalzo en casa (30%) y usa remedios para callos (38%). **Conclusión:** El autocuidado del pie diabético presenta un cumplimiento parcial, con prácticas preventivas y de protección aplicadas de forma irregular y barreras que aumentan la vulnerabilidad a complicaciones.

Palabras clave: Autocuidado, pie diabético, pacientes.

ABSTRACT

Self-care of the diabetic foot is key in the management of diabetes, as it prevents complications such as ulcers, infections or amputations. Although its practice reduces morbidity and mortality, behavioral factors, knowledge and resources can limit it. **Objective:** Determine the self-care of the diabetic foot in patients attended in the external consultation of a Hospital in Guayaquil during the months of June and July 2025. **Methodological design:** study with quantitative, descriptive, prospective and cross-section approach. **Population and sample:** 154 patients with diabetic foot attended in external consultation. **Technique:** Survey. **Instrument:** Questionnaire based on the "Functional Care Evaluation of the feet". **Results:** The age group from 56 to 60 years (37%), male sex (58%), married civil status (46%) and primary educational level (42%), predominated. In hygiene practices: wash your feet once a day (52%), dry your feet after washing (46%), cut your nails weekly (44%), and check your feet once a week (40%). In costumes and footwear: use sandals most of the time (42%), sneakers (40%), but indicates that you never wear shoes without socks (44%) and wear shoes with laces (34%). In preventive behaviors, it never walks barefoot outdoors (52%) and covers scrapers or cuts with dry dressing (48%), although a part walks barefoot at home (30%) and uses remedies for calluses (38%). **Conclusion:** Self-care of the diabetic foot has partial compliance, with preventive and protection practices applied irregularly and barriers that increase vulnerability to complications.

Keywords: *Self-care, diabetic foot, patients.*

INTRODUCCIÓN

El autocuidado en pacientes con pie diabético constituye un pilar fundamental en el abordaje integral de la enfermedad. Su propósito no se limita a mantener rutinas de cuidado, sino a prevenir complicaciones graves que, en ausencia de medidas oportunas, pueden desembocar en úlceras, infecciones o incluso amputaciones, con un impacto en la salud y en la funcionalidad del paciente. Además, la práctica sistemática de estas acciones se asocia con una reducción de la morbilidad vinculada a la diabetes mellitus, lo que refuerza su valor clínico y social (1).

La persistencia de la hiperglucemia genera un deterioro en la microvasculatura y en los nervios periféricos. Como resultado, se produce hipoestesia en las extremidades inferiores y una disminución de la perfusión tisular. En este escenario, las lesiones pueden evolucionar hacia cuadros de gran severidad. De este modo, la vigilancia podológica continua se erige como una prioridad clínica, ya que permite anticipar riesgos antes de que estos alcancen consecuencias irreversibles (2).

Más allá de su elevada prevalencia, el pie diabético se ha consolidado como una de las principales causas de hospitalización y discapacidad en la población con diabetes. La detección precoz, realizada por el propio paciente y acompañada de una respuesta, se convierte en un factor para reducir la necesidad de procedimientos quirúrgicos extensos. En síntesis, prácticas tan sencillas como la inspección diaria de los pies, el mantenimiento de una higiene adecuada o la selección de calzado apropiado representan estrategias eficaces, accesibles y de bajo costo para contener el avance de complicaciones invalidantes (3).

La literatura resalta también la importancia de las competencias individuales, entendidas como el dominio del conocimiento podológico, la habilidad práctica para ejecutar procedimientos básicos y la disposición activa hacia el autocuidado. Estos elementos, cuando se integran de manera adecuada,

se convierten en factores protectores que reducen la probabilidad de lesiones. Además, pueden fortalecerse a través de programas educativos orientados a consolidar hábitos saludables, lo que contribuye a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes (4).

Desde la perspectiva del cuidado enfermero, la dimensión educativa adquiere un papel protagónico. El enfermero, al ser el primer enlace entre el paciente y el sistema de salud, no solo transmite información, sino que orienta y acompaña de manera constante en la incorporación de prácticas de autocuidado. Este rol permite identificar riesgos latentes, así como reconocer limitaciones de origen personal o social, lo que favorece el diseño de estrategias personalizadas y ajustadas a las particularidades de cada paciente (5).

De igual manera, resulta ineludible admitir que gran parte de las complicaciones asociadas al pie diabético tienen su origen en el déficit de información y en la baja adherencia a las recomendaciones médicas. Reconocer estas limitaciones otorga a los profesionales de la salud, en especial al personal de enfermería, la posibilidad de replantear sus intervenciones educativas. De este modo, se favorece no solo una mayor efectividad en la prevención de complicaciones, sino también la sostenibilidad de los cuidados en el tiempo (6).

En este contexto, se desarrolló un estudio sobre autocuidado de pie diabético, atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, con enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Los datos obtenidos han permitido conocer la situación actual de este grupo poblacional que requiere de mayores cuidados en las diferentes fases de esta enfermedad y, que por diferentes situaciones se vuelven mas vulnerables de presentar complicaciones como es el pie diabético, incrementando los índices de morbilidad y mortalidad.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El autocuidado en personas con pie diabético constituye un eje esencial en la prevención de complicaciones, aunque su práctica dista de ser constante. A pesar de que muchos pacientes reconocen la importancia de proteger la integridad de sus pies, las conductas de autocuidado suelen presentarse de manera intermitente, lo que incrementa el riesgo de deterioro clínico. Este escenario se explica por la interacción de múltiples factores patológicos, entre ellos la neuropatía periférica, la insuficiencia arterial en las extremidades inferiores y la hiperglucemia persistente, que en conjunto generan un terreno propicio para el desarrollo de lesiones graves (7).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el pie diabético se caracteriza por la presencia de infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos en el contexto de diabetes mellitus, asociado a neuropatías y a diversos grados de vasculopatía periférica. En términos epidemiológicos, se calcula que cerca del 20% de los pacientes afectados requiere hospitalización por complicaciones, mientras que la incidencia anual de nuevas úlceras se aproxima al 2,5%, lo que evidencia la magnitud del problema y su impacto en los sistemas de salud (8).

A nivel mundial, se estima que alrededor del 6% de las personas con diabetes desarrolla pie diabético, una condición que se vincula con una elevada frecuencia de amputaciones y que constituye una de las principales causas de discapacidad en esta población(9). La ausencia de prácticas de autocuidado no solo agrava el cuadro clínico, sino que también incrementa la probabilidad de complicaciones quirúrgicas. En síntesis, uno de cada cuatro pacientes experimentará esta complicación a lo largo de su vida, con una mortalidad que alcanza el 5% en el primer año y puede ascender hasta el 42% en un periodo de cinco años(10).

En numerosos casos, las prácticas de autocuidado se ven condicionadas por la percepción que los pacientes tienen acerca de su enfermedad. Con frecuencia, la atención se centra en la medicación y el control dietético, mientras que los cuidados específicos del pie son relegados a un segundo plano. Esta tendencia refleja una brecha en la educación sanitaria que limita de manera significativa los esfuerzos de prevención. A ello se suma la ausencia de un seguimiento continuo en las consultas médicas, lo que constituye una barrera adicional para consolidar un cuidado integral y sostenido (11).

En el contexto latinoamericano, el pie diabético representa una carga considerable para los sistemas de salud. Se estima que el 14,8% de las hospitalizaciones se asocia a sus complicaciones y que alrededor del 70% de las amputaciones de miembros inferiores tienen como origen esta condición. Tales cifras no solo revelan su magnitud como causa de discapacidad, sino también la repercusión directa que tiene la falta de autocuidado en la evolución clínica de los pacientes (12).

Para Ecuador, la investigación realizada por Rojas y Tenemaya en la ciudad de Machala evidenció un predominio de pacientes de sexo masculino (56,5%), con edades comprendidas entre los 61 y 70 años, y con prácticas de autocuidado insuficientes. Apenas el 30,4% mantenía una higiene podal adecuada y solo el 32,6% realizaba controles regulares de glucosa. Aunque existía orientación sanitaria, su recepción constante resultó limitada, alcanzando apenas al 30,4% de los pacientes. En síntesis, estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de fortalecer las estrategias educativas para garantizar un autocuidado más efectivo y sostenible en esta población (13).

En la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo se estimó que entre el 15% y el 20% de las personas con diabetes presentaba complicaciones vinculadas al pie, posiblemente por un incorrecto autocuidado. En este escenario, resulta pertinente caracterizar el nivel de autocuidado de este tipo de pacientes.

1.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el nivel de autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿Qué prácticas de higiene y cuidado básico de los pies se llevan a cabo en pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿Qué vestuario y calzado utilizan los pacientes diabéticos atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿Cuáles son las conductas preventivas que utilizan los pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?

1.3. Justificación

La prevención de resultados adversos en el pie diabético tiene como eje fundamental el autocuidado, entendido como el pilar central del manejo clínico. Al ser una complicación frecuente en el contexto de la diabetes mellitus, su control inadecuado puede derivar en infecciones profundas e incluso en amputaciones, con consecuencias irreversibles para la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. Por ello, resulta pertinente examinar las conductas de cuidado que los individuos adoptan, ya que comprender dichas prácticas ofrece la posibilidad de valorar su papel en la prevención de complicaciones y en la mejora del pronóstico general (14).

La investigación aquí planteada adquiere un valor dual. En el plano aplicado, busca documentar y analizar las prácticas de autocuidado más frecuentes entre personas con pie diabético, lo que permitirá a los equipos de salud identificar con mayor precisión los focos prioritarios de intervención. En el plano conceptual, aporta nuevas evidencias al cuerpo de conocimientos sobre autocuidado en enfermedades crónicas, fortaleciendo así el sustento científico de futuras investigaciones orientadas a este mismo ámbito (15).

Los hallazgos tienen el potencial de traducirse en beneficios tangibles para el personal de salud, al brindar insumos concretos que faciliten la educación del paciente, la adaptación de la consejería clínica y la optimización de estrategias preventivas. Contar con información actualizada sobre las prácticas de autocuidado permitirá diseñar intervenciones más pertinentes y programas educativos ajustados a la realidad del paciente. En síntesis, al potenciar las capacidades de autocuidado, se contribuirá no solo a reducir el riesgo de complicaciones graves, sino también a mejorar de manera significativa el bienestar general de las personas afectadas.

En términos de aplicabilidad, esta investigación puede contribuir a optimizar los programas educativos dirigidos al manejo del pie diabético. Al basarse en la evidencia producida, las recomendaciones del estudio podrán integrarse con mayor facilidad en los protocolos institucionales y en programas comunitarios orientados a fortalecer la cultura de autocuidado en personas con diabetes.

En consecuencia, el trabajo abre la posibilidad de nuevas líneas de estudio sobre autocuidado en enfermedades crónicas, con énfasis en grupos vulnerables. Un abordaje sistemático de las prácticas cotidianas no solo permitirá afinar el manejo del pie diabético, sino también ampliar la mirada hacia otros componentes del control de la diabetes, impulsando una atención más integral y ajustada al contexto de los servicios de salud de la región.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General.

Determinar el autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Establecer las prácticas de higiene y cuidado básico de los pies en pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Describir el vestuario y calzado que utilizan los pacientes diabéticos atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- Detallar las conductas preventivas que utilizan los pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

En el estudio desarrollado por Medina et al. (16), se buscó caracterizar las variables epidemiológicas y las prácticas de autocuidado podológico en pacientes diabéticos de 50 a 70 años, adscritos a dos consultorios del Policlínico Docente Universitario Marta Abreu de Estévez, en Santa Clara. La investigación, de tipo descriptivo y transversal, incluyó una muestra de 45 pacientes. Entre los hallazgos más significativos destacó el predominio del sexo femenino (73,3%) y del grupo etario comprendido entre 61 y 70 años (55,6%). La valoración global del autocuidado de los pies reveló un desempeño desfavorable, lo que resalta la urgencia de fortalecer las estrategias educativas. Al analizar los resultados según nivel de escolaridad, se observó una mayor proporción de pacientes con secundaria y técnico medio (24,4%), seguidos por quienes solo alcanzaron la primaria (22,2%). El conocimiento sobre cuidado podológico fue insuficiente en la mayoría (84,3%), cifra que alcanzó el 100% en el grupo de 61–70 años. Asimismo, los hábitos inadecuados estuvieron presentes en el 86,6% de los casos, con una incidencia aún más elevada en los adultos mayores (96%). Aunque en los pacientes más jóvenes se identificaron algunos casos con prácticas regulares o adecuadas, estos no lograron revertir el predominio de resultados negativos.

Por su parte, Ríos et al. (17) evaluaron el autocuidado preventivo del pie diabético en adultos con diabetes tipo II sin complicaciones, atendidos en una unidad de salud de Veracruz. El estudio, de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, se llevó a cabo con 140 participantes de entre 30 y 59 años, aplicando un cuestionario específico y procesando los datos mediante SPSS v29, con pruebas de Chi-cuadrado. Los resultados

mostraron que el 53,6% de los pacientes presentaba un nivel medio de cuidado personal. Al comparar por sexo, se evidenció que las mujeres alcanzaron un mayor grado de dedicación al autocuidado (58,6%) en comparación con los hombres (45,75%), diferencia que resultó significativa. En cuanto a las dimensiones evaluadas, el cuidado rutinario del pie obtuvo los mejores puntajes, seguido por el soporte vital y el automanejo de la diabetes, mientras que los desempeños más bajos correspondieron a la percepción sobre el pie diabético y su impacto emocional. En síntesis, los autores concluyeron que el nivel general de autocuidado fue moderado, lo que subraya la necesidad de reforzar tanto los componentes educativos como los emocionales en las estrategias de prevención.

Asimismo, Hirpha et al. (18) desarrollaron un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar los patrones de autocuidado del pie en pacientes diabéticos atendidos en la clínica ambulatoria del Jimma Medical Center. La muestra estuvo conformada por 370 personas, en su mayoría hombres (55,9%) y con diagnóstico de diabetes tipo 2 (68,4%), con una edad media de 46,4 años. Más de un tercio de los participantes presentaba antecedentes de úlceras en los pies (35,7%). Aunque una proporción elevada refirió cumplir prácticas recomendadas —como la inspección regular de los pies (92,5%) y el lavado diario (82,7%)—, se evidenciaron vacíos importantes en aspectos clave del cuidado: el 12,2% nunca revisaba el interior del calzado, el 42,4% omitía el secado interdigital y el 63,5% no utilizaba cremas para piel seca. Asimismo, se identificaron hábitos de riesgo, entre ellos caminar con sandalias o pantuflas (23%), usar calzado sin medias de manera habitual (27,6%) y cambiar las medias a diario solo en una minoría (27,3%). Si bien la mayoría evitaba caminar descalza o exponer los pies al fuego, los autores concluyeron que persisten deficiencias relevantes en las rutinas de autocuidado, lo que evidencia la necesidad de reforzar la educación sanitaria en cada consulta, en lo referente a la higiene, la inspección del calzado y los riesgos derivados del uso inadecuado de zapatos.

Por su parte, Astasio et al. (19) realizaron una revisión de 37 estudios orientada a identificar las prácticas preventivas más efectivas en el cuidado del pie diabético. Los hallazgos evidenciaron que la implementación de programas educativos en salud repercute de manera positiva en la adopción de conductas de autocuidado, en lo relacionado con la higiene, la inspección diaria, el uso adecuado del calzado y la detección temprana de signos de riesgo. La prevención efectiva, según los autores, se fundamenta en la realización de controles clínicos periódicos que incluyan la valoración de piel y uñas, la identificación de deformidades y la evaluación de sensibilidad y perfusión. Estas acciones deben complementarse con un seguimiento individualizado y con la formación tanto del paciente como de su entorno familiar, en aras de fortalecer la adherencia a las recomendaciones y reducir la probabilidad de úlceras o lesiones de mayor gravedad.

Por otra parte, Mekonen (20) realizó en 2021 un estudio transversal en el Hospital de Referencia Especializado de la Universidad de Gondar, con el propósito de analizar las prácticas de autocuidado del pie en pacientes diabéticos hospitalizados. La muestra estuvo conformada por 384 individuos, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático y evaluados a través de entrevistas basadas en un cuestionario estructurado. Los hallazgos revelaron que el 46,4% presentaba un autocuidado deficiente. Entre los factores asociados a este bajo desempeño se identificaron el bajo nivel educativo, la residencia en áreas rurales, la presencia de complicaciones derivadas de la diabetes y la carencia de información previa sobre cuidado podológico. Pese a ello, se reconocieron factores protectores como el apoyo familiar y la capacitación en vigilancia diaria del pie y uso de calzado adecuado. En síntesis, los resultados subrayan la necesidad de fortalecer la educación sanitaria dirigida tanto a pacientes como a cuidadores, poniendo especial énfasis en la promoción de conductas preventivas sostenidas en el tiempo, a fin de mejorar la adherencia y reducir complicaciones.

En la región suroeste de Etiopía, Bekele (21) llevó a cabo un estudio transversal en los hospitales Bedele General y Mettu Karl, orientado a caracterizar las conductas de autocuidado en pacientes con diabetes. A través de entrevistas presenciales, se aplicó el instrumento Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF) a 387 participantes. Los resultados evidenciaron que el 39,8% mantenía prácticas de autocuidado consideradas adecuadas. Se establecieron asociaciones significativas entre un mejor desempeño y tres factores principales: un mayor nivel educativo, la exposición previa a información sanitaria y el conocimiento específico sobre cuidado del pie. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes no ejecutaba estas conductas, lo que llevó a los autores a recomendar la implementación de programas de educación continua desde el ámbito hospitalario, con el objetivo de fomentar hábitos preventivos eficaces y sostenibles.

Asimismo, Tuha et al. (22) llevaron a cabo un estudio mixto secuencial explicativo entre abril y mayo de 2019 en el Hospital de Referencia de Dessie, con el propósito de evaluar las prácticas de autocuidado preventivo en pacientes diabéticos. La fase cuantitativa se desarrolló mediante un diseño transversal con cuestionario estructurado, mientras que en la fase cualitativa se aplicó un enfoque fenomenológico apoyado en el análisis de contenido. La muestra fue seleccionada a través de muestreo aleatorio simple. Los resultados evidenciaron que, aunque el 61,3% de los participantes poseía un buen nivel de conocimiento sobre el cuidado del pie, el 39% llevaba a cabo prácticas adecuadas. Se identificaron asociaciones significativas entre una mejor adherencia y factores como el sexo femenino y la edad entre 21 y 50 años. En contraste, residir en áreas rurales, estar soltero o no presentar comorbilidades se vinculó con menor compromiso en el autocuidado. Los testimonios cualitativos revelaron además desconocimiento, confusión y actitudes de negligencia frente al cuidado podológico. En síntesis, el estudio muestra que el conocimiento adquirido rara vez se traduce en conductas cotidianas, lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y garantizar un seguimiento clínico sistemático que contribuya a reducir complicaciones.

De manera complementaria, Ababneh et al. (23) realizaron un estudio transversal multicéntrico en Jordania, orientado a identificar los niveles y factores asociados al autocuidado del pie en personas con riesgo elevado de complicaciones derivadas de la diabetes. La investigación incluyó a 107 participantes, evaluados mediante la versión árabe de la escala de comportamiento de autocuidado del pie diabético. Los hallazgos señalaron una adherencia promedio del 73% a las conductas recomendadas, con mejores puntuaciones en los pacientes atendidos en el Hospital Universitario King Abdullah y en aquellos con mayor comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que conducen a la formación de úlceras neuropáticas. A pesar de que el nivel observado en esta población de alto riesgo resultó favorable, los autores subrayan la necesidad de robustecer los programas educativos centrados en la fisiopatología del pie diabético, con el fin de optimizar la prevención y asegurar un abordaje oportuno ante la aparición de lesiones.

En Indonesia, Sari et al. (24) desarrollaron un estudio transversal con muestreo por conglomerados en 22 centros de atención primaria, que incluyó a 546 personas con diabetes tipo 2. El objetivo fue caracterizar los comportamientos de cuidado del pie e identificar sus factores predictivos. Para ello se emplearon cuestionarios validados como la Escala de Estrés por Diabetes, el Inventario de Depresión de Beck II, la escala Family APGAR y otros instrumentos específicos sobre conocimientos y conductas de cuidado podológico. Los resultados mostraron deficiencias tanto en el nivel de conocimientos como en la práctica de autocuidado del pie. Entre los factores con mayor capacidad predictiva se destacaron la edad, el nivel educativo, el estrés relacionado con la diabetes, el apoyo familiar y el grado de conocimiento específico sobre el cuidado podológico. De este modo, los hallazgos ponen de relieve la necesidad de diseñar intervenciones educativas dirigidas no solo al paciente, sino también a su entorno familiar, incorporando estrategias que reduzcan el estrés diabético y fortalezcan las redes de apoyo social para mejorar la adherencia a las conductas preventivas.

En una perspectiva complementaria, Rodríguez et al. (25) llevaron a cabo una revisión sistemática (2016–2022) centrada en el estilo de vida y el autocuidado de personas con riesgo de pie diabético. La búsqueda se realizó en PubMed, SciELO y Elsevier, a partir de 1.080 registros iniciales, de los cuales 14 cumplieron los criterios de inclusión. Todos los estudios seleccionados abordaban el rol del enfermero y consideraban, al menos, dos de las siguientes variables: diabetes mellitus, autocuidado, estilo de vida y pie diabético. La síntesis evidenció que el autocuidado está condicionado por factores culturales y contextuales, además de la insuficiencia de conocimientos, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones. Asimismo, se observó una asociación entre el mayor riesgo de pie diabético y el tiempo de evolución de la enfermedad, el cuidado inadecuado de los pies y la edad avanzada. En síntesis, los autores concluyeron que un nivel bajo de autocuidado incrementa el riesgo de desarrollar esta complicación, más en adultos mayores, y recomendaron ampliar las investigaciones hacia poblaciones más jóvenes con el fin de fortalecer las acciones preventivas.

2.2. MARCO CONCEPTUAL.

2.2.1. Diabetes mellitus

La diabetes mellitus constituye una alteración metabólica crónica definida por la presencia de hiperglucemia persistente, la cual puede originarse por una secreción insuficiente de insulina o por la resistencia de los tejidos a su acción. La exposición continua a niveles elevados de glucosa desencadena un daño progresivo en los sistemas vascular y neurológico, generando repercusiones multisistémicas que deterioran de manera significativa el estado general del paciente (26).

En la progresión de la enfermedad intervienen diversos mecanismos fisiopatológicos, entre los que destacan el estrés oxidativo, la formación de productos de glicación avanzada y la disfunción endotelial. Estos procesos afectan de forma directa a la integridad de los vasos sanguíneos y de los

nervios periféricos, ocasionando una disminución del flujo sanguíneo y promoviendo un estado de inflamación persistente. Como consecuencia, los mecanismos de reparación tisular se ven limitados y aumenta la vulnerabilidad a lesión (27).

Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentra la neuropatía periférica diabética, la cual compromete tanto la función sensitiva como la motora y autonómica de los nervios. La pérdida de sensibilidad protectora impide al paciente detectar lesiones menores, mientras que las alteraciones motoras favorecen deformidades como los dedos en garra o el pie de Charcot. Estas condiciones, al generar puntos de presión anómalos, incrementan de manera considerable el riesgo de lesiones cutáneas y úlceras (28).

La neuropatía autonómica conlleva una disminución en la producción de sudor, lo que ocasiona xerosis y la formación de fisuras en la piel plantar. Estas microlesiones constituyen puertas de entrada para microorganismos y favorecen procesos infecciosos. A menudo, esta condición se presenta de manera concomitante con la enfermedad arterial periférica, la cual reduce la perfusión sanguínea de las extremidades y limita la capacidad reparativa de los tejidos (29).

La interacción entre el daño neurológico y el compromiso vascular configura un escenario propicio para el desarrollo de úlceras en el pie. Muchas de estas lesiones se originan por traumatismos repetitivos en zonas de apoyo y, cuando no reciben un manejo adecuado, presentan una elevada probabilidad de infección y una evolución clínica desfavorable. Se estima que, a lo largo de la vida, entre un 19% y un 34% de las personas con diabetes llega a desarrollar este tipo de úlceras (30).

Las infecciones asociadas al pie diabético pueden variar desde manifestaciones iniciales, como la celulitis, hasta formas más graves, entre ellas la osteomielitis o la gangrena. Cuando una úlcera se infecta, el riesgo de amputación aumenta de manera significativa, y se calcula que cerca del

20% de los casos progresa hacia algún grado de pérdida del miembro. En conjunto, la diabetes concentra casi la mitad de las amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores. Factores como el control glucémico deficiente, los antecedentes de lesiones previas y el hábito de fumar se reconocen como determinantes que incrementan de forma considerable dicho riesgo (31).

2.2.2. Pie diabético

El pie diabético constituye un espectro de alteraciones que afectan a las extremidades inferiores de las personas con diabetes, caracterizado por la presencia de ulceraciones, procesos infecciosos y destrucción tisular en la región inframaleolar. En la práctica clínica, estas manifestaciones suelen desarrollarse sobre un terreno condicionado por neuropatía periférica y/o enfermedad arterial periférica, factores que explican su origen. Se define como úlcera del pie diabético a toda solución de continuidad cutánea que compromete al menos la epidermis y parte de la dermis, en extremidades con afectación neuropática o isquémica (32).

El signo clínico más representativo es la ulceración localizada en zonas de carga o sometidas a fricción repetida. Estas lesiones suelen cursar de manera indolora debido a la pérdida de sensibilidad derivada de la neuropatía sensorial. Sin embargo, su evolución se complica con frecuencia por la sobreinfección o por la insuficiencia arterial, circunstancias que ralentizan o impiden la cicatrización (33).

Las infecciones asociadas al pie diabético se manifiestan, en su forma típica, con los signos clásicos de inflamación: eritema, calor, edema, dolor y secreción purulenta. No obstante, en pacientes con neuropatía, enfermedad arterial periférica o inmunosupresión, las manifestaciones clínicas pueden ser atenuadas o atípicas, lo que dificulta el diagnóstico temprano. La isquemia, vinculada a la enfermedad arterial periférica, se caracteriza por la disminución de pulsos, el retraso en el relleno capilar y la

persistencia de heridas que no cicatrizan, elementos que en conjunto agravan de manera significativa el pronóstico (33).

Asimismo, pueden observarse deformidades estructurales asociadas a neuropatía crónica, como los dedos en garra o la artropatía de Charcot, que concentran la presión en determinados puntos del pie y predisponen a la formación de úlceras. La pérdida de sensibilidad protectora impide al paciente reconocer lesiones incipientes, lo que hace imprescindible incorporar pruebas diagnósticas específicas, como la evaluación con monofilamento de 10 gramos, destinadas a detectar la pérdida sensitiva (34).

En este sentido, la valoración del pie diabético debe realizarse de manera sistemática e integral. Es fundamental examinar las características de las úlceras (tamaño, profundidad y localización), identificar signos de infección, evaluar el estado vascular mediante pruebas de perfusión y determinar la presencia de neuropatía o deformidades estructurales. Una clasificación adecuada de la infección y la isquemia constituye una herramienta esencial para orientar el tratamiento y predecir la evolución clínica. En síntesis, el pie diabético representa una condición multifactorial que exige un abordaje riguroso, preventivo y multidisciplinario(35).

2.2.2.1. Causas

El desarrollo del pie diabético obedece a una compleja interacción de factores que, en conjunto, incrementan de manera significativa el riesgo de lesiones en las extremidades inferiores. Entre ellos, la neuropatía periférica constituye uno de los determinantes más relevantes, ya que reduce la percepción del dolor y otros estímulos sensoriales, permitiendo que microlesiones pasen desapercibidas. A esta condición se suma la enfermedad arterial periférica, la cual limita la perfusión tisular y retrasa los procesos de reparación (36).

El control inadecuado de la glucemia se reconoce como un factor modificable. La hiperglucemia crónica ocasiona daño en la microvasculatura y en los nervios periféricos, además de debilitar los mecanismos defensivos del organismo. Como consecuencia, se retrasa la cicatrización y se facilita la aparición de infecciones secundarias. Los antecedentes incrementan la probabilidad de recurrencias, en particular cuando persisten los factores causales. De igual modo, la presencia de callosidades, hiperqueratosis u otras lesiones preulcerosas constituye un marcador de riesgo elevado para el desarrollo de nuevas heridas (37).

A ello se suman condicionantes sistémicos y características individuales que influyen en el pronóstico. Comorbilidades como la retinopatía y la nefropatía reflejan la extensión del daño vascular y se asocian con una evolución clínica más desfavorable. La probabilidad de desarrollar pie diabético es mayor en personas de edad avanzada, en varones, en aquellos con mayor tiempo de evolución de la enfermedad y en quienes presentan hipertensión arterial mal controlada. Estos factores rara vez actúan de manera aislada; por el contrario, tienden a coexistir y a potenciarse mutuamente (38).

Por último, existen hábitos y condiciones adicionales que aumentan la vulnerabilidad del paciente. El tabaquismo, debido a su efecto nocivo sobre la circulación y la reparación tisular, se ha vinculado de manera consistente con un mayor riesgo de complicaciones. De igual forma, la presencia de infecciones activas en los pies o la elevación de marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva, constituyen indicadores de un estado de deterioro que requiere atención inmediata. En síntesis, la identificación y el control oportuno de estos factores resultan esenciales para prevenir la formación de úlceras y evitar complicaciones de mayor severidad (39).

2.2.2.2. Consecuencias clínicas

El pie diabético no tratado desencadena una serie de complicaciones clínicas que comprometen tanto la integridad del miembro afectado como

la vida del paciente. La evolución más inmediata suele ser la infección de la úlcera, que puede progresar hacia celulitis, formación de abscesos u osteomielitis. Estas infecciones representan la principal causa de hospitalización en personas con diabetes y, con frecuencia, anteceden a la amputación. Se estima que más de la mitad de las úlceras terminan infectándose y que al menos una de cada cinco úlceras infectadas requiere algún grado de amputación (40).

Cuando la infección o la isquemia no son controladas, el riesgo de necrosis tisular y gangrena aumenta de forma considerable. En tales circunstancias, pueden ser necesarias intervenciones quirúrgicas mayores, que incluyen amputaciones del pie, la pierna o incluso a nivel supracondíleo. Además, quienes han sido sometidos a una amputación enfrentan elevadas tasas de recurrencia, alcanzando hasta un 65% de nuevos episodios en un periodo de tres a cinco años. La pérdida de un miembro no solo implica deterioro funcional, sino también pérdida de independencia y una disminución significativa en la calidad de vida (41).

Las repercusiones del pie diabético trascienden lo físico. La mortalidad asociada a estas complicaciones es alta: los pacientes con úlceras en el pie presentan más del doble de riesgo de fallecer en comparación con otros diabéticos sin estas lesiones. Después de una amputación, la probabilidad de mortalidad a cinco años supera el 70%, cifra que incluso rebasa la registrada en diversos tipos de cáncer. A ello se suma que el pie diabético se ha identificado como un factor independiente asociado con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, caídas graves y mortalidad por cualquier causa (42).

El impacto tampoco se limita a la supervivencia. Son frecuentes el dolor persistente, las limitaciones funcionales prolongadas, la necesidad de institucionalización y la recurrencia de úlceras, las cuales reaparecen en dos tercios de los pacientes pese a la cicatrización previa. A estas consecuencias se añade un elevado costo económico, ya que el tratamiento demanda hospitalizaciones recurrentes, cuidados

especializados de heridas, procedimientos quirúrgicos y extensos procesos de rehabilitación. En síntesis, el pie diabético constituye una carga clínica, social y económica de gran magnitud, lo que resalta la urgencia de una atención preventiva y sostenida (43).

2.2.3. Autocuidado en pacientes con pie diabético

El autocuidado constituye un elemento esencial en la prevención y el manejo de las complicaciones asociadas al pie diabético. Se concibe como el conjunto de prácticas cotidianas orientadas a reducir riesgos, identificar de manera temprana signos de lesión y preservar la integridad de los pies. Su aplicación sistemática permite intervenir con oportunidad frente a cualquier cambio, evitando así la progresión hacia lesiones de mayor gravedad (44).

Este enfoque resulta pertinente en todos los niveles de riesgo. En personas sin antecedentes de úlceras ni pérdida sensitiva, las prácticas de autocuidado pueden ser suficientes siempre que se acompañen de controles periódicos. En pacientes con alto riesgo, aquellos con neuropatía, enfermedad arterial periférica o deformidades estructurales, el autocuidado sigue siendo indispensable, pero debe complementarse con vigilancia médica especializada y, en algunos casos, con medidas adicionales como intervenciones correctivas o el uso de calzado terapéutico (45).

La evidencia científica ha demostrado que la adherencia a estas prácticas mejora la estabilidad del pie, reduce complicaciones y disminuye la necesidad de tratamientos invasivos. No obstante, su efectividad depende en gran medida del nivel de conocimientos del paciente, de la calidad de la educación recibida y del apoyo familiar. En este sentido, la constancia en la implementación de las rutinas de autocuidado influye de manera directa en la evolución clínica del pie (46).

La evaluación de estas prácticas va más allá de la simple observación clínica. Se dispone de cuestionarios validados, como el DFDFC-Q y el

DFSQ, que permiten medir la frecuencia y calidad del autocuidado. Dichas herramientas consideran aspectos relacionados con el cuidado personal, la elección adecuada del calzado y la higiene, brindando a los profesionales una base sólida para detectar deficiencias y planificar intervenciones educativas específicas (47).

También es necesario reconocer que la capacidad de autocuidado está modulada por factores individuales y sociales. Variables como el nivel educativo, el entorno familiar, la duración de la enfermedad y las creencias acerca de la diabetes condicionan las conductas del paciente. En contraste, situaciones como vivir solo, ser hombre o carecer de una educación estructurada en diabetes se asocian con una menor adherencia a las recomendaciones, lo que aumenta la vulnerabilidad frente a complicaciones (48).

En conclusión, el autocuidado en el paciente con pie diabético es un proceso integral que va más allá de acciones puntuales. Involucra vigilancia diaria, toma de decisiones informada y compromiso con la prevención. Su correcta implementación depende tanto del acceso a la información como del contexto social y clínico del paciente, lo que refuerza la necesidad de evaluarlo de forma individual y continua (49).

2.2.4. Prácticas de higiene y cuidado básico

El cuidado diario de los pies se reconoce como una estrategia esencial para prevenir las complicaciones asociadas al pie diabético (50). La implementación de rutinas básicas de higiene, mantenidas de manera constante y realizadas, contribuye a preservar la integridad de la barrera cutánea, disminuye el riesgo de infecciones y facilita la detección temprana de lesiones incipientes (50).

La inspección cotidiana de los pies permite identificar de forma precoz signos de alarma como enrojecimiento, ampollas o la presencia de cuerpos extraños. Esta práctica reviste especial importancia en personas con

neuropatía diabética, quienes, debido a la pérdida de sensibilidad, pueden no percibir el dolor frente a una lesión. Por ello, la observación sistemática constituye una medida preventiva clave para evitar complicaciones que, de no ser atendidas, podrían evolucionar hacia infecciones o úlceras (50).

El lavado regular con agua tibia y jabón neutro favorece la eliminación de impurezas y microorganismos, reduciendo así la probabilidad de infecciones cutáneas, en particular en pacientes inmunocomprometidos. Sin embargo, es fundamental evitar el uso de agua caliente, ya que la disminución de la sensibilidad puede impedir su adecuada percepción y ocasionar quemaduras inadvertidas (51).

Del mismo modo, el secado cuidadoso después del lavado resulta indispensable para prevenir la acumulación de humedad, la cual favorece la proliferación de infecciones fúngicas o bacterianas. Se recomienda realizar esta práctica con una toalla suave, evitando la fricción excesiva y prestando especial atención a los espacios interdigitales y otras áreas de difícil acceso (51).

Los espacios interdigitales demandan una atención particular, ya que la humedad retenida entre los dedos constituye un factor de riesgo para la maceración y la proliferación de hongos. Por ello, el secado minucioso de estas zonas se considera una práctica esencial dentro del cuidado preventivo del pie diabético (52).

La aplicación periódica de cremas hidratantes favorece el mantenimiento de la piel en condiciones óptimas, evitando la sequedad y la aparición de fisuras. Sin embargo, se recomienda no aplicarlas en los espacios interdigitales para prevenir la acumulación de humedad. Esta medida fortalece la integridad cutánea y disminuye la probabilidad de que se generen puertas de entrada para infecciones (52).

Del mismo modo, el corte adecuado de las uñas debe realizarse en línea recta y sin redondear los bordes, a fin de prevenir lesiones o la formación

de uñas encarnadas. Esta práctica exige especial precaución en pacientes con alteraciones visuales o limitaciones de movilidad, en quienes puede ser necesaria la asistencia de un profesional para garantizar un procedimiento seguro (52).

2.2.5. Vestuario y calzado que utilizan los pacientes

La indumentaria, y en particular el calzado, constituye un pilar fundamental dentro de las estrategias de autocuidado. El uso de zapatos o medias inadecuados favorece la aparición de fricción, compresión y microtraumatismos, lo que incrementa de manera significativa el riesgo de lesiones e infecciones. Por ello, resulta imprescindible considerar aspectos como el tipo de calzado, los materiales de fabricación, el ajuste y las condiciones reales de uso cotidiano, con el fin de garantizar una adecuada protección de la integridad del pie (53).

El empleo de sandalias en personas con pie diabético representa un factor de riesgo, dado que ofrecen una protección limitada frente a traumatismos, cuerpos extraños o temperaturas extremas. Al dejar expuestas amplias superficies del pie, aumentan la probabilidad de lesiones inadvertidas, en pacientes con neuropatía periférica. Por esta razón, su utilización no se recomienda como calzado habitual (53).

Las zapatillas deportivas, siempre que cuenten con un buen ajuste y acolchado, pueden constituir una alternativa segura. Este tipo de calzado proporciona soporte adecuado, ventilación y una suela flexible que contribuye a disminuir los puntos de presión. No obstante, es esencial que el modelo se adapte al pie del paciente y que no genere fricción ni compresión que puedan derivar en lesiones (54).

El calzado con cordones ofrece la ventaja de un ajuste personalizado al contorno del pie, lo que mejora la estabilidad y reduce el riesgo de deslizamiento. Sin embargo, si los materiales o el diseño interno no son apropiados, pueden ocasionar presión localizada o lesiones cutáneas. Se

recomienda, en consecuencia, optar por zapatos con un interior liso y sin costuras prominentes, que favorezcan la seguridad y el confort en el uso diario (54).

El uso de calzado con punta estrecha genera compresión en los dedos, lo que favorece la aparición de deformidades, callosidades o lesiones cutáneas. En pacientes con pie diabético, esta práctica reviste especial riesgo, ya que incrementa la posibilidad de daño tisular, en aquellos que presentan alteraciones estructurales previas en el pie (55).

La elección de prendas sin costuras internas constituye otra medida preventiva relevante, pues contribuye a evitar roces y puntos de presión capaces de originar heridas. Asimismo, la utilización de materiales transpirables facilita mantener el pie seco y protegido, reforzando así la función de la piel como barrera natural frente a agresiones externas (55).

Caminar descalzo o utilizar calzado sobre el pie desnudo incrementa la fricción y promueve la formación de ampollas o fisuras. Esta práctica resulta desaconsejada en personas con pie diabético, dado que compromete la integridad de la piel y abre la puerta a la entrada de agentes infecciosos. Por ello, el empleo de protección textil adecuada se reconoce como una medida indispensable en la preservación de la salud del pie (56).

2.2.6. Conductas preventivas

Las conductas preventivas ejercen un papel determinante en la aparición y control de las complicaciones asociadas al pie diabético. Muchas de ellas, aunque puedan parecer inofensivas en la vida cotidiana, adquieren un riesgo considerable cuando se combinan con condiciones como la neuropatía periférica o la enfermedad vascular. De ahí la importancia de identificar tanto los hábitos que deben evitarse como las prácticas que favorecen la preservación de la salud del pie. En este contexto, la educación en autocuidado se erige como un componente esencial para garantizar que los pacientes tomen decisiones informadas y seguras (57).

Caminar descalzo dentro del hogar constituye un riesgo frecuente y a menudo subestimado por los pacientes diabéticos. La neuropatía, al disminuir la percepción del dolor, impide advertir lesiones ocasionadas por objetos pequeños, superficies irregulares o líquidos calientes. Estas heridas, si pasan inadvertidas, pueden infectarse y progresar hacia úlceras complejas. Por ello, se recomienda el uso constante de calzado cerrado, cómodo y seguro incluso en el interior del hogar, como una medida básica de protección (57).

La práctica de caminar descalzo en espacios exteriores representa un riesgo aún mayor, pues las superficies están expuestas a contaminantes, fragmentos de vidrio, piedras u otros agentes lesivos. Estas condiciones pueden ocasionar heridas difíciles de identificar y que, al no recibir tratamiento oportuno, favorecen la aparición de infecciones o necrosis tisular. En síntesis, evitar caminar sin protección fuera del hogar constituye una recomendación clave dentro de las estrategias de autocuidado del pie diabético (58).

El empleo de bolsas de agua caliente para aliviar molestias térmicas constituye una práctica extendida, pero riesgosa en personas con sensibilidad disminuida. La exposición prolongada al calor puede generar quemaduras inadvertidas debido al compromiso neurológico periférico. En el contexto de la diabetes, estas lesiones térmicas presentan una cicatrización lenta y elevada susceptibilidad a infecciones profundas. Por ello, se recomienda evitar su uso directo y recurrir, en su lugar, a métodos seguros bajo supervisión médica (58).

El uso de remedios caseros para tratar callos, como la aplicación de sustancias químicas o cortes improvisados, representa un riesgo significativo al comprometer la piel sana circundante. Estas prácticas, realizadas sin condiciones adecuadas de higiene, incrementan de manera considerable la probabilidad de infección. En pacientes con pie diabético, cualquier alteración cutánea debe ser evaluada por profesionales capacitados, evitando intervenciones caseras que puedan agravar el cuadro clínico (59).

La colocación de un apósito seco sobre una ampolla intacta constituye una medida preventiva aceptable, ya que protege la zona frente a fricción y contaminación. No obstante, esta práctica debe realizarse con rigurosa limpieza, sin ejercer presión sobre la lesión ni emplear productos irritantes. Es fundamental vigilar la evolución de la ampolla para detectar signos de ruptura, enrojecimiento o secreción, que podrían requerir atención médica inmediata (59).

2.2.7. Factores que influyen en el autocuidado del paciente diabético

La escolaridad se configura como un determinante fundamental del autocuidado en personas con diabetes. Quienes poseen un mayor nivel de formación suelen demostrar un mejor dominio del autocontrol, una mayor adherencia a las indicaciones terapéuticas y una comprensión más profunda del proceso patológico. En contraste, un nivel educativo limitado se asocia con menor disposición a incorporar hábitos saludables y con mayores dificultades para seguir las recomendaciones clínicas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones a mediano y largo plazo (60).

La edad, por su parte, influye de manera heterogénea en las conductas de autocuidado. Las personas de mayor edad pueden enfrentar limitaciones físicas, cognitivas o visuales que dificultan la inspección cotidiana de los pies o el manejo correcto de la medicación. No obstante, algunos estudios sugieren que los adultos mayores tienden a ser más constantes en la toma de fármacos, como resultado de una mayor experiencia en el manejo de su condición o por mantener una relación más estrecha y frecuente con el sistema de salud (61).

El acceso a información en salud y a programas de educación sobre diabetes representa un facilitador determinante del autocuidado. Los pacientes que reciben orientación clara, comprensible y sostenida en el tiempo tienden a mostrar mayor adherencia a las recomendaciones y desarrollan una mayor capacidad para identificar de forma temprana posibles complicaciones. En este sentido, la alfabetización en salud resulta crucial, pues permite

interpretar, evaluar y transformar la información recibida en prácticas preventivas y de control efectivas (62).

El apoyo familiar desempeña un papel determinante en la adherencia a las prácticas de autocuidado. Las personas que cuentan con familiares comprometidos con su tratamiento suelen mantener mejores hábitos, entre ellos el control glucémico, la adherencia dietética y la atención podológica. Este acompañamiento no solo brinda soporte práctico, sino también contención emocional. Sin embargo, cuando el entorno familiar actúa de manera crítica o desorganizada, puede desmotivar al paciente y afectar de forma negativa su nivel de adherencia (63).

Dentro de los factores clínicos, la presencia de comorbilidades constituye un desafío relevante en el autocuidado. Patologías como la insuficiencia renal, las enfermedades cardiovasculares o el deterioro visual pueden limitar la capacidad de ejecutar tareas cotidianas esenciales. La coexistencia de múltiples condiciones incrementa la carga terapéutica y convierte el manejo diario en un proceso complejo que favorece el agotamiento, la confusión en la administración de fármacos y la disminución de la motivación necesaria para mantener los cuidados indicados (64).

El nivel de conocimiento específico sobre el cuidado del pie diabético emerge como un elemento decisivo. Los pacientes que han recibido educación previa, en particular aquellos con antecedentes de úlceras o amputaciones, desarrollan una mayor conciencia del riesgo y muestran mayor disposición a realizar inspecciones periódicas, así como a utilizar calzado apropiado. Este saber, cuando se presenta de forma práctica y ajustada al contexto del paciente, se convierte en una herramienta eficaz que impulsa conductas preventivas más consistente (65).

Asimismo, las creencias personales y la percepción de la enfermedad ejercen una influencia significativa en la adherencia al autocuidado. Quienes reconocen la gravedad de la diabetes y confían en que sus acciones pueden prevenir complicaciones, tienden a cumplir de manera más rigurosa las

indicaciones médicas. Por el contrario, quienes minimizan la importancia de la enfermedad o perciben escaso control sobre su estado de salud suelen mostrar menor implicación. En este marco, la autoeficacia, entendida como la confianza en la propia capacidad para ejecutar las tareas de cuidado, se identifica como un predictor directo del cumplimiento (66).

Los factores sociales y culturales introducen matices adicionales en la toma de decisiones del paciente. Creencias tradicionales, estigmas o normas comunitarias pueden interferir con prácticas recomendadas, como el uso de calzado cerrado o la asistencia periódica al podólogo. Estas influencias suelen ser más notorias en poblaciones rurales o con acceso limitado a servicios sanitarios, lo que resalta la importancia de diseñar intervenciones sensibles y adaptadas a las realidades locales (67).

2.2.8. Consecuencias de un autocuidado deficiente

El deficiente desempeño en las prácticas de autocuidado en personas con pie diabético se asocia de manera directa con un aumento en la incidencia de úlceras, infecciones, hospitalizaciones y amputaciones. La omisión de la inspección diaria, una higiene inadecuada, el manejo incorrecto de las uñas y el uso de calzado inapropiado propician que pequeñas lesiones pasen inadvertidas. Este riesgo se intensifica en pacientes con neuropatía periférica o enfermedad arterial periférica, condiciones que debilitan la sensibilidad y la perfusión del pie, favoreciendo así la aparición de úlceras, reconocidas como el principal punto de partida de infecciones graves (69).

Una vez establecida la úlcera, la vulnerabilidad del paciente se incrementa de manera significativa. La literatura científica señala que hasta la mitad de estas lesiones terminan infectándose, y entre un 15% y un 20% de los casos requieren hospitalización. La ausencia de un tratamiento oportuno y adecuado conduce con frecuencia a complicaciones mayores, como celulitis, abscesos profundos u osteomielitis. De este modo, el déficit en el cuidado personal no solo retrasa la recuperación, sino que abre el camino hacia la amputación, una

de las complicaciones más devastadoras tanto por su carga clínica como por el impacto económico que conlleva (70).

La amputación representa más que la pérdida de un segmento corporal; implica un deterioro funcional profundo, una marcada reducción de la autonomía y un notable menoscabo en la calidad de vida. Las estadísticas son contundentes: más del 70% de los pacientes sometidos a una amputación mayor relacionada con pie diabético fallecen dentro de los cinco años posteriores, superando incluso las tasas de mortalidad de ciertos tipos de cáncer. Además, quienes han padecido úlceras continúan expuestos a un elevado riesgo de recurrencia y a nuevas amputaciones, cuando persisten factores como la enfermedad arterial periférica, la nefropatía o un control glucémico deficiente (71).

El deterioro funcional derivado de las complicaciones del pie diabético suele instalarse de manera crónica, comprometiendo de forma progresiva la calidad de vida. Numerosos pacientes enfrentan dolor persistente, dificultades para la movilidad y una dependencia cada vez mayor de cuidadores o instituciones de salud. Estas limitaciones restringen su participación en actividades cotidianas y favorecen el aislamiento social. La pérdida de autonomía personal, además, repercute en el estado emocional y en la adherencia al tratamiento integral, configurando un círculo vicioso que agrava la descompensación clínica (72).

Desde la perspectiva del sistema sanitario, la ausencia de un adecuado autocuidado representa una carga significativa y sostenida. Las hospitalizaciones frecuentes, los procedimientos quirúrgicos, los tratamientos prolongados frente a infecciones complejas y los programas de rehabilitación incrementan los costos institucionales. Se ha estimado que las complicaciones asociadas al pie diabético generan gastos comparables, e incluso en ocasiones superiores, a los vinculados con patologías oncológicas, en especial cuando el cuadro clínico se torna crónico o recurrente (73).

En síntesis, la insuficiencia en las prácticas de autocuidado desencadena una cadena de eventos clínicos que se inicia con la formación de úlceras y evoluciona hacia infecciones graves, amputaciones, discapacidad funcional y, mortalidad prematura. Este panorama pone de relieve la urgencia de fortalecer los programas de educación en autocuidado, garantizar un seguimiento continuo y promover el abordaje interdisciplinario como pilares esenciales para reducir la aparición de desenlaces adversos (74).

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución del Ecuador

La Constitución del Ecuador, en su artículo 32, establece que la salud constituye un derecho fundamental garantizado por el Estado, cuya realización está ligada al ejercicio de otros derechos, como el acceso al agua, la seguridad y ambientes saludables, todos ellos indispensables para el buen vivir. Este derecho debe ser asegurado mediante políticas, el acceso permanente, oportuno y sin exclusiones a programas y servicios de promoción, prevención y atención integral, La provisión de dichos servicios debe regirse por principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con un enfoque de género y generacional (75).

En el artículo 35 se reconoce que los adultos mayores, los niños, las niñas y adolescentes, las mujeres en estado de gestación, las personas con discapacidad, quienes se encuentran privadas de la libertad y aquellos que padecen enfermedades catastróficas o de alta complejidad, son titulares de atención prioritaria y especializada tanto en el ámbito público como privado. Este mismo tratamiento preferencial se otorga a quienes están en situación de riesgo, así como a víctimas de violencia doméstica, violencia sexual, maltrato infantil o desastres naturales y antrópicos, siendo objeto de especial protección quienes enfrentan una doble vulnerabilidad (75).

Por su parte, el artículo 360 determina que el sistema debe garantizar la promoción, la prevención y la atención integral con enfoque familiar y comunitario, apoyado en la atención primaria de salud. Además, debe asegurar la articulación entre los distintos niveles de atención y promover la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (75).

El artículo 363 señala que corresponde al Estado la universalización de la atención en salud, la mejora constante de su calidad y la expansión de la cobertura. De igual manera, se responsabiliza de garantizar la disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, regular su comercialización, fomentar la producción nacional y promover el uso de genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población (75).

2.3.2. Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud, reformada por el Ministerio de Salud Pública en 2012, dispone que el Estado ecuatoriano declare de interés nacional a las enfermedades catastróficas y a las raras o huérfanas. A través de la autoridad sanitaria, se ordena desplegar acciones para garantizar la atención de quienes las padecen, con el propósito de mejorar su calidad y expectativa de vida. Estas intervenciones deben abarcar promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación, y regirse por principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y trato digno, bajo estándares verificables. Además, se reconoce que las personas afectadas por estas patologías se encuentran en situación de doble vulnerabilidad, por lo que requieren protección reforzada (76).

La normativa establece que toda persona debe acceder a servicios y acciones de salud bajo principios de universalidad, equidad, continuidad y calidad. El acceso a programas de salud pública es gratuito, y los grupos vulnerables definidos en la Constitución reciben atención preferente en sectores público y privado. Asimismo, la población tiene derecho a información oportuna sobre tratamientos y servicios, a recibir consejería profesional y a que las recetas prioricen el nombre genérico del medicamento prescrito (76).

La ley consagra, además, la autonomía del paciente mediante el consentimiento informado por escrito para decidir sobre su estado de salud y sobre procedimientos diagnósticos o terapéuticos, salvo en casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida y para la salud pública. En situaciones de peligro inminente, toda persona debe ser atendida de inmediato en cualquier establecimiento. Se reconoce el derecho a la participación social en salud, vigilar el cumplimiento y la calidad de los servicios mediante veedurías, y recibir información sobre medidas de prevención frente a vulnerabilidades que comprometan su vida (76).

2.3.3. Plan de creación de oportunidades

Este plan incorpora, en su Objetivo 6, la garantía del derecho a una salud integral, gratuita y de calidad. La política sanitaria se concibe con enfoque inclusivo y de integralidad, y se operacionaliza mediante líneas de acción sobre estilos de vida saludables, prevención y superación de adicciones, así como acceso universal a esquemas de vacunación. El énfasis recae en crear condiciones que permitan ejercer el derecho a la salud desde la promoción y la prevención, con atención prioritaria para mujeres, infancia y adolescencia, personas mayores y otros grupos en situación de vulnerabilidad (77).

2.3.4. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.

Dispone que la atención en salud, sea brindada por instituciones estatales, privadas, comunitarias y de medicina ancestral o complementaria. Su provisión debe ser segura, asegurando consentimiento informado, confidencialidad y gratuidad en todos los niveles de atención, incluyendo diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación. Corresponde al Estado impulsar la prevención y el control de enfermedades crónicas como la diabetes con enfoque comunitario y familiar; para ello se priorizan la educación en salud, las acciones preventivas y la capacitación del personal a fin de identificar factores de riesgo y manifestaciones tempranas, optimizando la gestión de la enfermedad a nivel poblacional (78).

CAPÍTULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

3.2. Nivel. Descriptivo.

3.3. Métodos. Cuantitativo.

3.4. Diseño.

3.4.1. Según el tiempo. Prospectivo.

3.4.2. Según la naturaleza. De corte transversal.

3.5. Población

Se trabajó con la totalidad de 154 pacientes con diagnóstico de pie diabético que acudieron a la sala de curaciones de cirugía general en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo analizado. No se definió una muestra, ya que se trabajó bajo censo del universo disponible.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1. Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con pie diabético, confirmados por evaluación clínica.
- Pacientes que asistan a la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del hospital durante el periodo de estudio.

3.6.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no proporcionen consentimiento informado para participar en la investigación.

3.7. Procedimientos para la recolección de la información

Técnica: Encuesta.

Instrumento: Cuestionario basado en la “Evaluación del cuidado funcional de los pies”, conocido en inglés como “Nottingham Assessment of Functional Footcare” (NAFF) (79).

3.8. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos

Los datos se recopilaron y analizaron utilizando Microsoft Excel, donde se elaboraron tablas y gráficos de acuerdo con la información obtenida. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos para interpretar los resultados.

3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

- Presentación y aprobación de la propuesta de anteproyecto por la Dirección de Carrera de Enfermería.
- Presentación y aprobación de autorización institucional para la recolección de datos a los sujetos de observación.
- Consentimiento informado dirigido a los pacientes como sujetos de estudio.

3.10. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

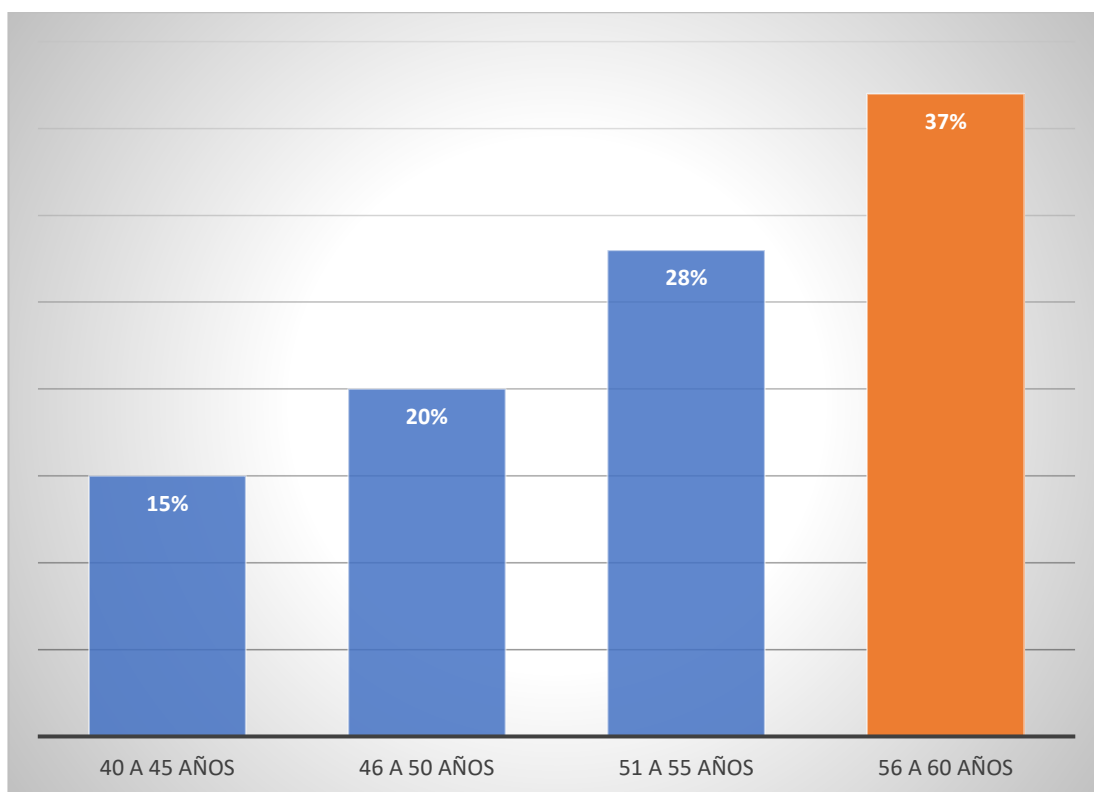
Variable general: Autocuidado en pacientes con pie diabético

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Características del paciente	Edad	40 a 45 años 46 a 50 años 51 a 55 años 56 a 60 años
	Sexo	Masculino Femenino
	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión
	Nivel de educación	Primaria Secundaria Superior Otros
Prácticas de higiene y cuidado básico	Examen de pies	Más de una vez al día Una vez al día Entre 4 y 6 veces por semana Una vez a la semana o menos
	Lavado de pies	Más de una vez al día Una vez al día Casi todos los días de la semana Algunos días de la semana
	Secado de pies después del lavado	A menudo A veces Rara vez Nunca
	Secado del espacio entre los dedos de los pies	Siempre A menudo A veces Rara vez/nunca
	Uso de crema hidratante	Diariamente Una vez a la semana Aproximadamente una vez al mes Nunca
	Corte de uñas	Aproximadamente una vez a la semana Aproximadamente una vez al mes Menos de una vez al mes Nunca

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Vestuario y calzado que utilizan los pacientes	Uso de sandalia	La mayoría de las veces A veces Rara vez Nunca
	Uso de zapatillas deportivas	La mayoría de las veces A veces Rara vez Nunca
	Uso de zapatos con cordones	La mayoría de las veces A veces Rara vez Nunca
	Uso de zapatos con punta puntiaguda	La mayoría de las veces A veces Rara vez Nunca
	Uso de calcetines sin costuras	A menudo A veces Rara vez Nunca
	Uso de zapatos sin calcetines	A menudo A veces Rara vez Nunca
Conductas preventivas	Camina descalzo por la casa	Nunca Rara vez A veces A menudo
	Camina al aire libre descalzo	Nunca Rara vez A veces A menudo
	Utiliza una bolsa de agua caliente	Nunca Rara vez A veces A menudo
	Utiliza remedios cuando le sale un callo	Nunca Rara vez A veces A menudo
	Coloca apósito seco sobre ampolla	Nunca Rara vez A veces A menudo
	Coloca apósito seco sobre raspón, corte o quemadura	Nunca Rara vez A veces A menudo

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura No. 1 Distribución porcentual de pacientes por edad



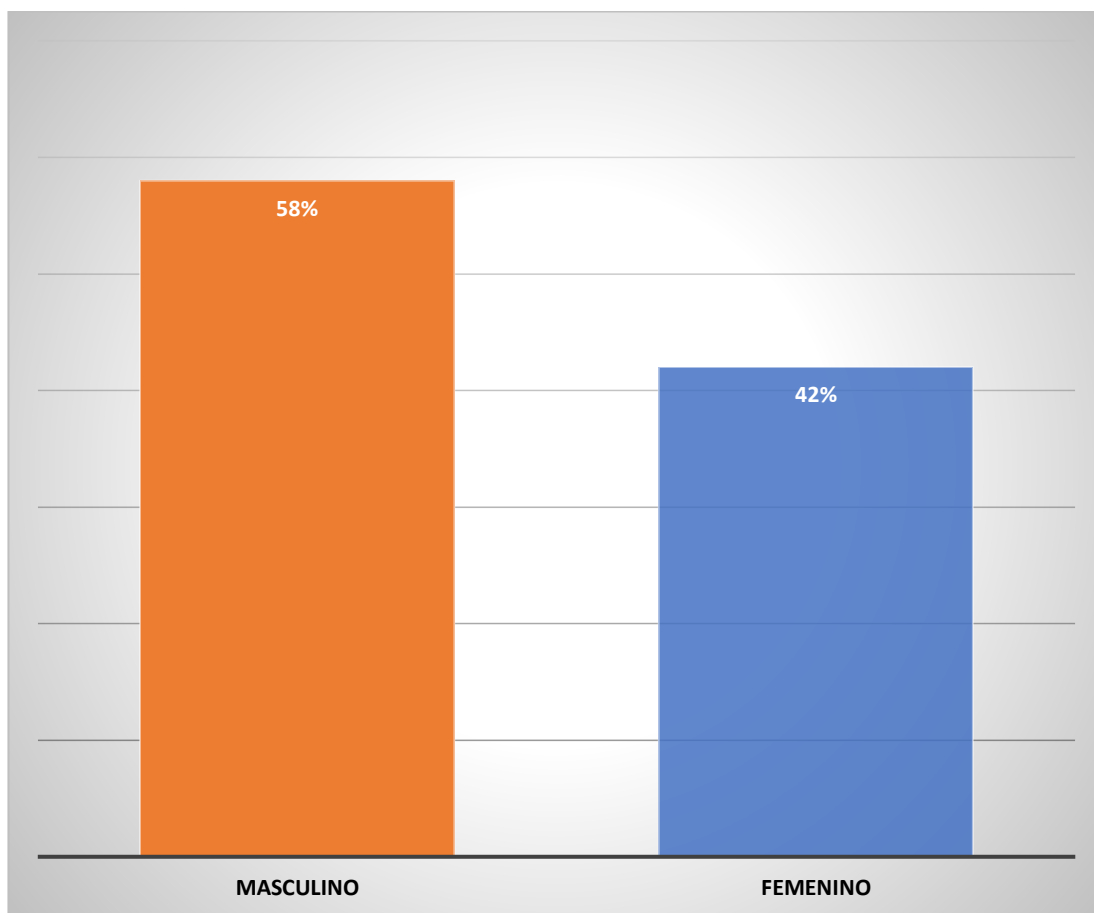
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Se evidenció que la mayor concentración de pacientes correspondía al grupo etario de 56 a 60 años. Esta etapa de la vida suele asociarse con un incremento en las dificultades para el autocuidado, debido a la pérdida progresiva de sensibilidad, la disminución del flujo sanguíneo y la presencia de limitaciones físicas o cognitivas. Estos factores coinciden con lo señalado en la literatura, donde se destaca que los adultos mayores presentan mayor vulnerabilidad frente a complicaciones como úlceras e infecciones, lo que resalta la necesidad de implementar apoyos educativos y de acompañamiento específicos para este grupo poblacional(45).

Figura No. 2 Distribución porcentual de pacientes por sexo



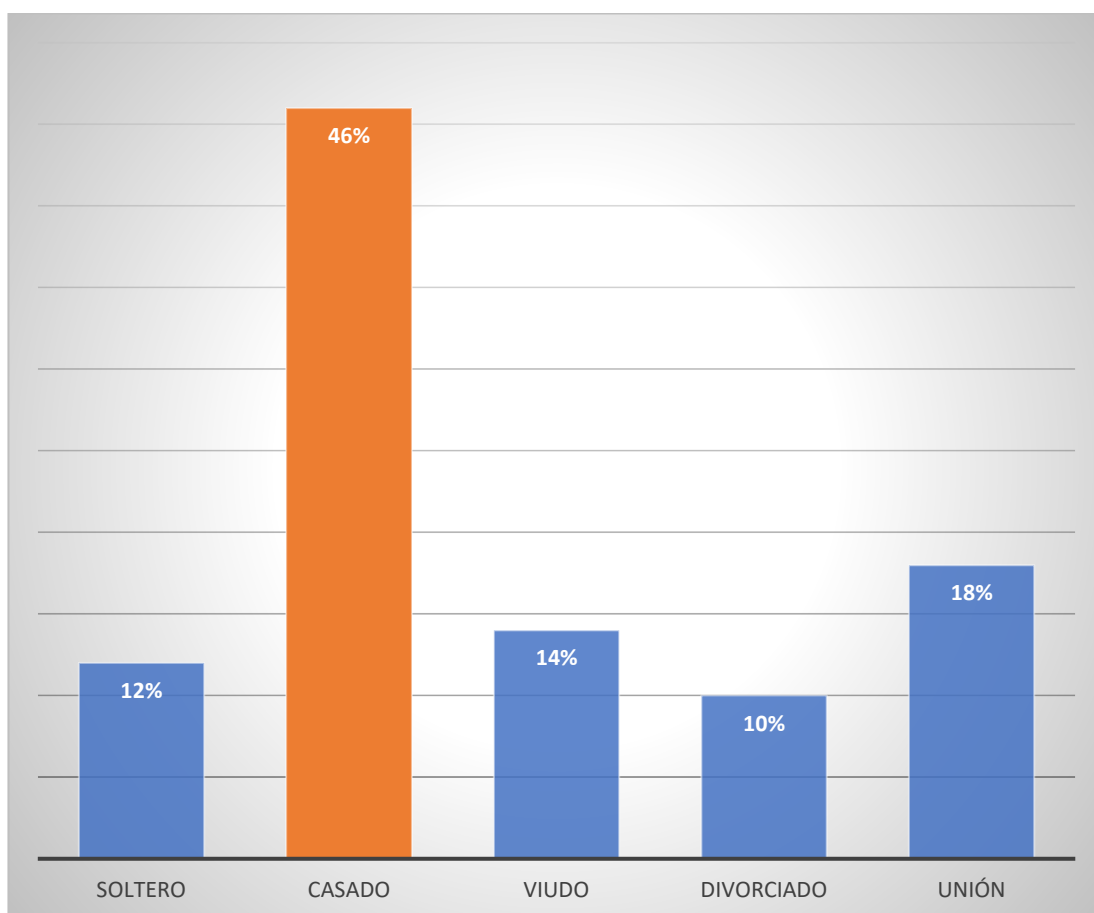
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Se identificó un predominio del sexo masculino entre los pacientes con pie diabético. Esta tendencia es consistente con lo reportado en diversos estudios epidemiológicos, donde se señala que los hombres suelen presentar patrones de autocuidado más deficientes que las mujeres. Tal situación se relaciona no solo con factores biológicos, sino también con aspectos socioculturales, como la menor disposición a buscar atención médica, la baja adherencia a prácticas preventivas y la escasa percepción del riesgo. En contraste, la literatura indica que las mujeres adoptan con mayor frecuencia conductas proactivas en salud, como la inspección regular y el cuidado continuo de los pies, lo que disminuye la probabilidad de complicaciones severas(47).

Figura No. 3 Distribución porcentual de pacientes por estado civil



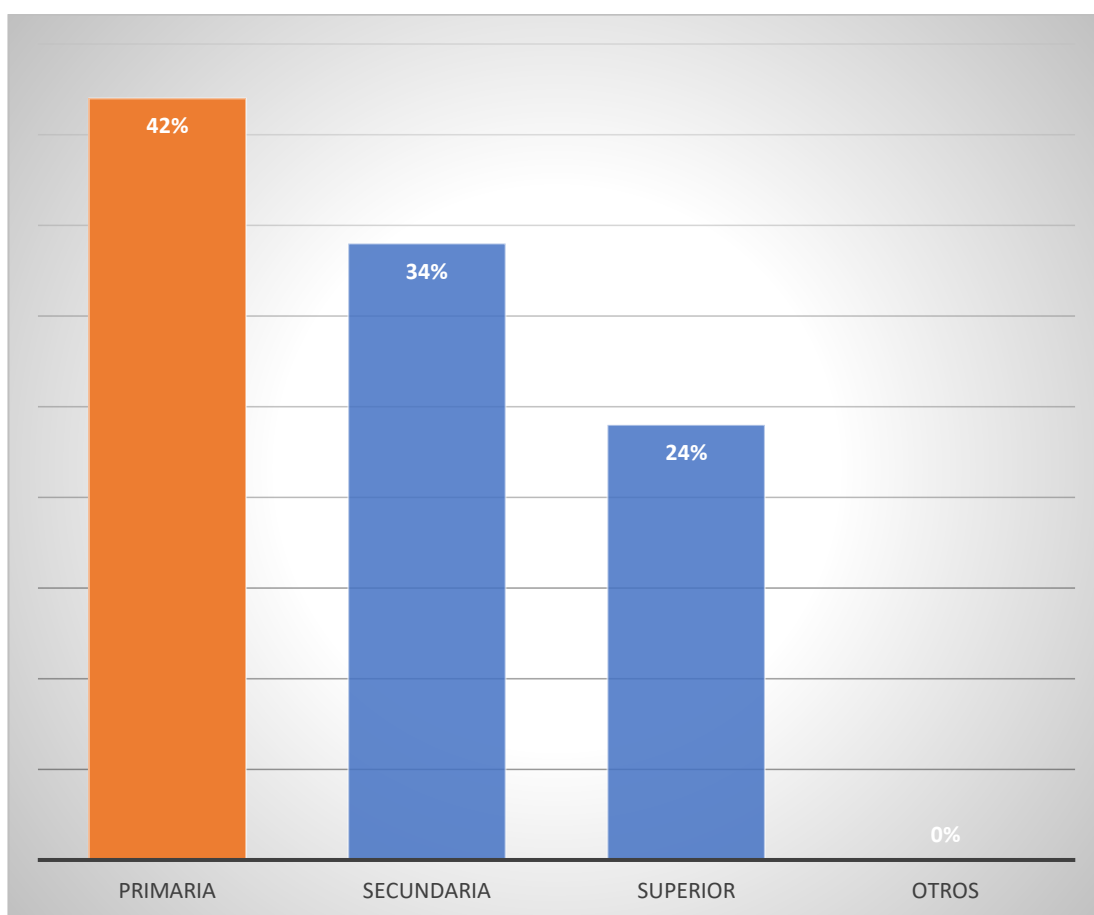
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Se observó que la mayoría de los pacientes se encontraba en condición de casados, lo que sugiere un impacto positivo del apoyo social y familiar en el manejo del pie diabético. Diversos estudios sostienen que el matrimonio puede representar la existencia de redes de apoyo que favorecen la adherencia a tratamientos y prácticas de autocuidado, como la inspección diaria de los pies, la motivación para mantener rutinas higiénicas y la supervisión de signos de alerta. Este acompañamiento emocional y práctico se vuelve crucial en pacientes con limitaciones físicas o cognitivas asociadas a la diabetes(48).

Figura No. 4 Distribución porcentual de pacientes por nivel de educación



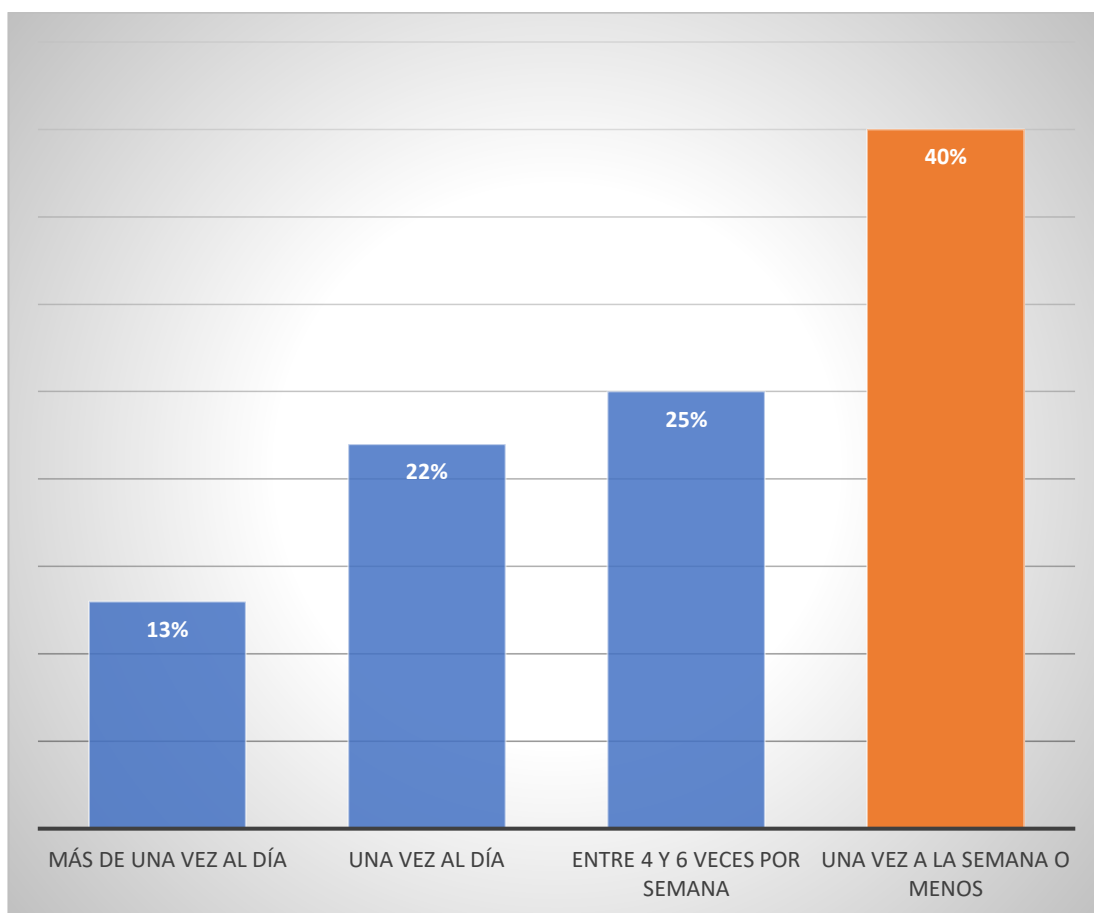
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

La distribución por nivel educativo reflejó una barrera potencial en el autocuidado del pie diabético. La literatura científica señala que un bajo nivel de escolaridad se asocia con menor conocimiento sobre la enfermedad y el manejo preventivo, lo que condiciona la comprensión de las recomendaciones médicas y la detección temprana de complicaciones. En contraste, quienes poseen mayor formación académica acceden con más facilidad a información confiable y cuentan con mejores herramientas para aplicar cuidados específicos, lo que se traduce en un menor riesgo de complicaciones(49).

Figura No. 5 Distribución porcentual de pacientes según frecuencia de examen de pies



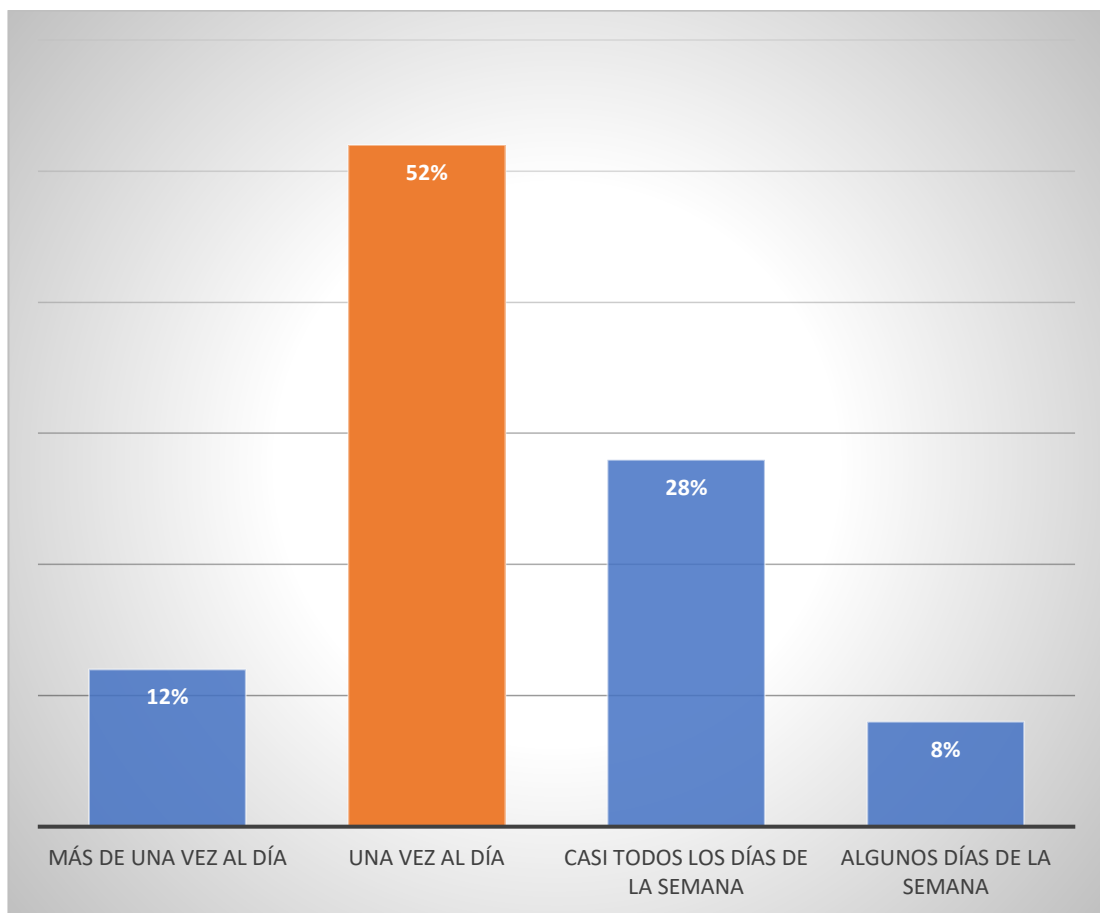
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Se constató que gran parte de los pacientes no realizaba la inspección de los pies con la regularidad recomendada. La literatura especializada enfatiza que esta práctica debe ser diaria para identificar de manera temprana lesiones, alteraciones o signos de infección, ya que las úlceras en personas con pie diabético pueden evolucionar rápido. La baja adherencia a esta rutina evidencia un área crítica de intervención educativa, pues cualquier retraso en la detección aumenta el riesgo de complicaciones severas y hospitalizaciones(50).

Figura No. 6 Distribución porcentual de pacientes según frecuencia de lavado de pies



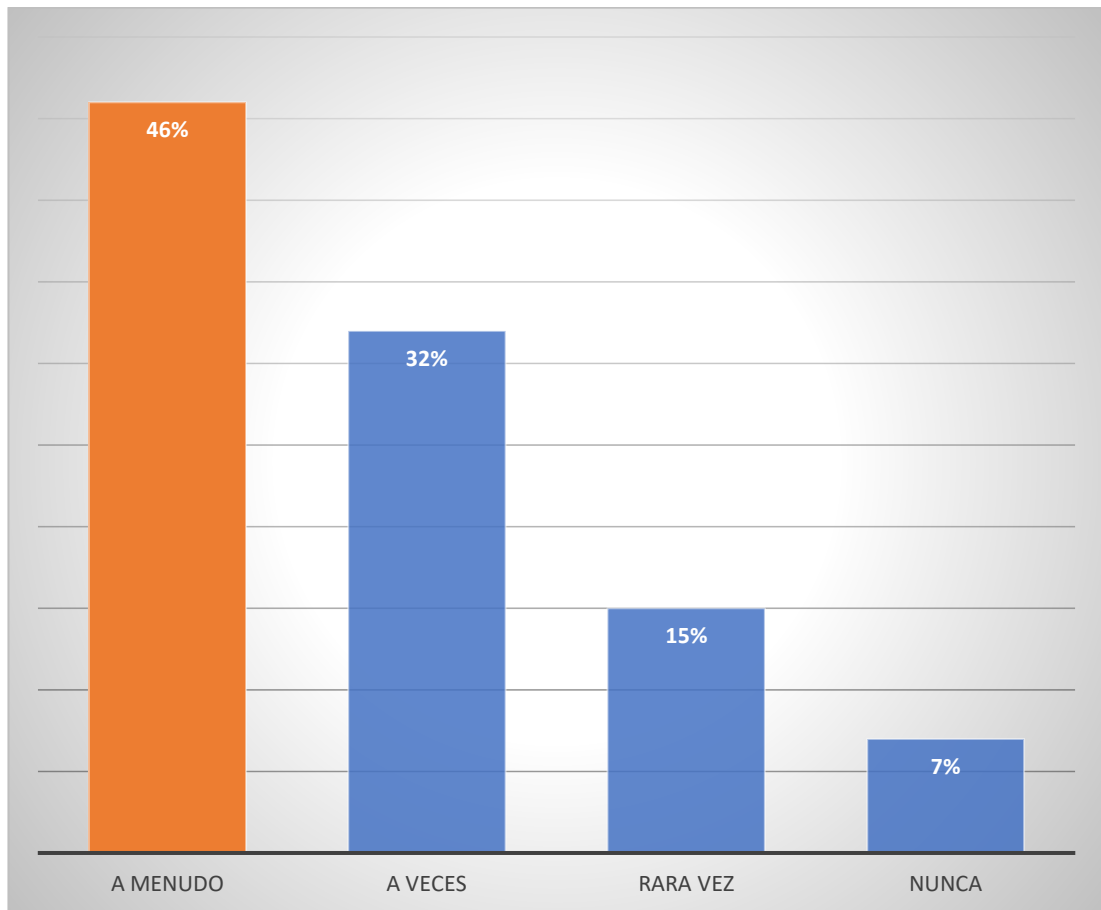
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Los resultados sobre la práctica del lavado reflejaron un cumplimiento aceptable en términos de frecuencia, aunque la literatura advierte que la efectividad no depende solo de la regularidad, sino también de la calidad del procedimiento. Aspectos como el uso de agua tibia, jabón neutro, un secado cuidadoso y la posterior hidratación son determinantes para mantener la integridad cutánea. En este sentido, un lavado inadecuado o excesivo puede alterar la barrera protectora de la piel y favorecer la aparición de lesiones(50).

Figura No. 7 Distribución porcentual de pacientes según secado de pies después del lavado

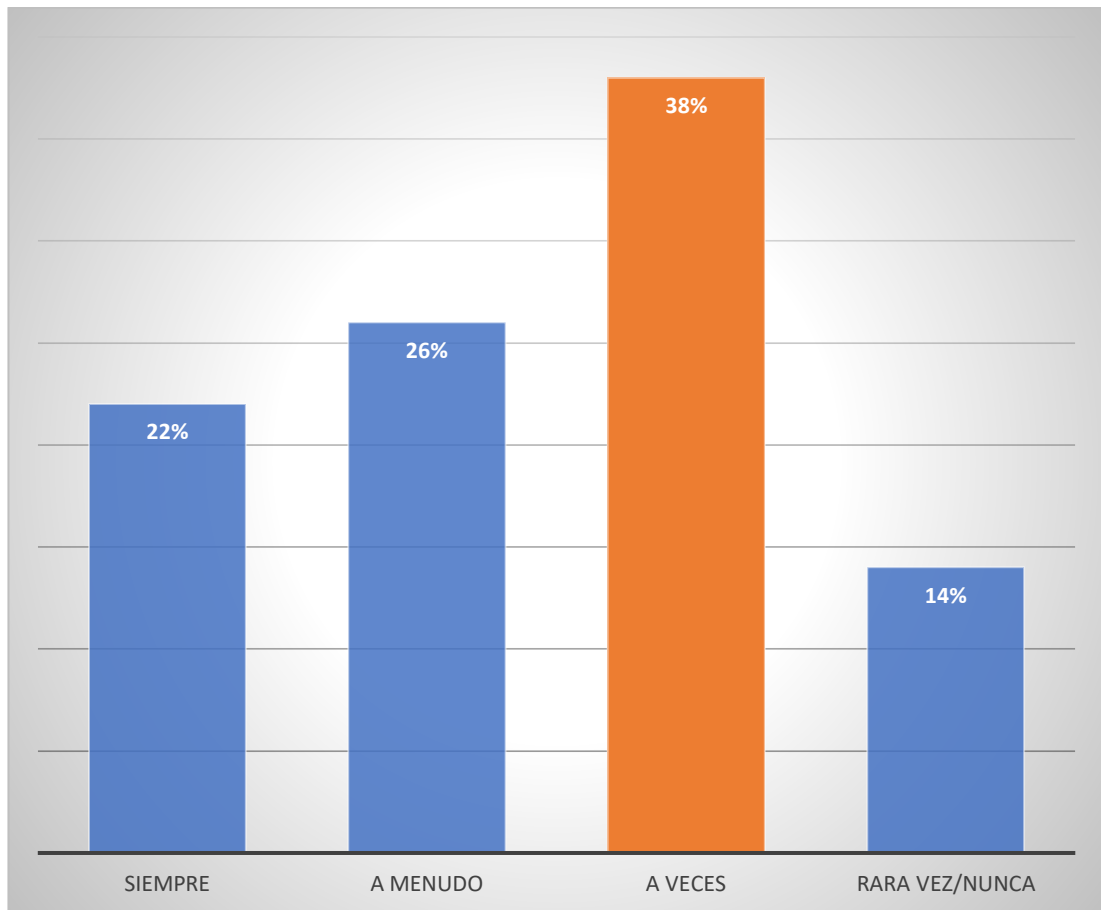


Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Se identificó que una parte importante de los pacientes no secaba adecuadamente los pies tras el lavado, en los espacios interdigitales. Este descuido resulta preocupante, ya que la humedad persistente favorece la maceración y el desarrollo de infecciones fúngicas y bacterianas. La literatura coincide en que el secado minucioso constituye una práctica esencial dentro del autocuidado podológico, por lo que su omisión refleja una vulnerabilidad crítica que debe ser abordada mediante refuerzo educativo específico(51).

Figura No. 8 Distribución porcentual de pacientes según secado del espacio entre los dedos de los pies

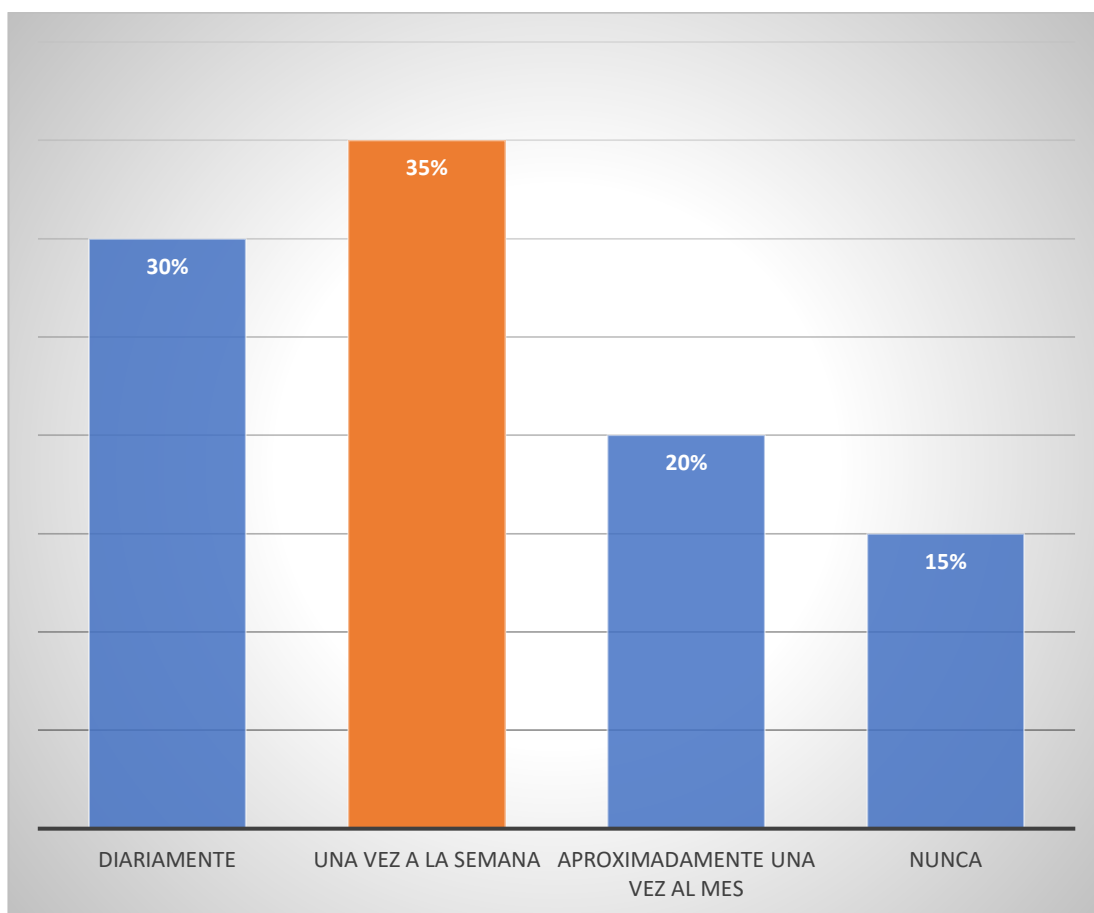


Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo
Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Se evidenció que muchos pacientes no realizan de manera constante el secado del espacio interdigital, lo que representa una deficiencia significativa en esta técnica de cuidado. Esta zona suele ser olvidada, aunque es propensa a la acumulación de humedad y, en consecuencia, a infecciones por hongos y bacterias que pueden complicar el cuadro del pie diabético. La literatura advierte que la falta de constancia en esta práctica incrementa el riesgo de úlceras y otras complicaciones, ya que las infecciones pueden pasar desapercibidas o agravarse antes de recibir tratamiento oportuno(52).

Figura No. 9 Distribución porcentual de pacientes según uso de crema hidratante



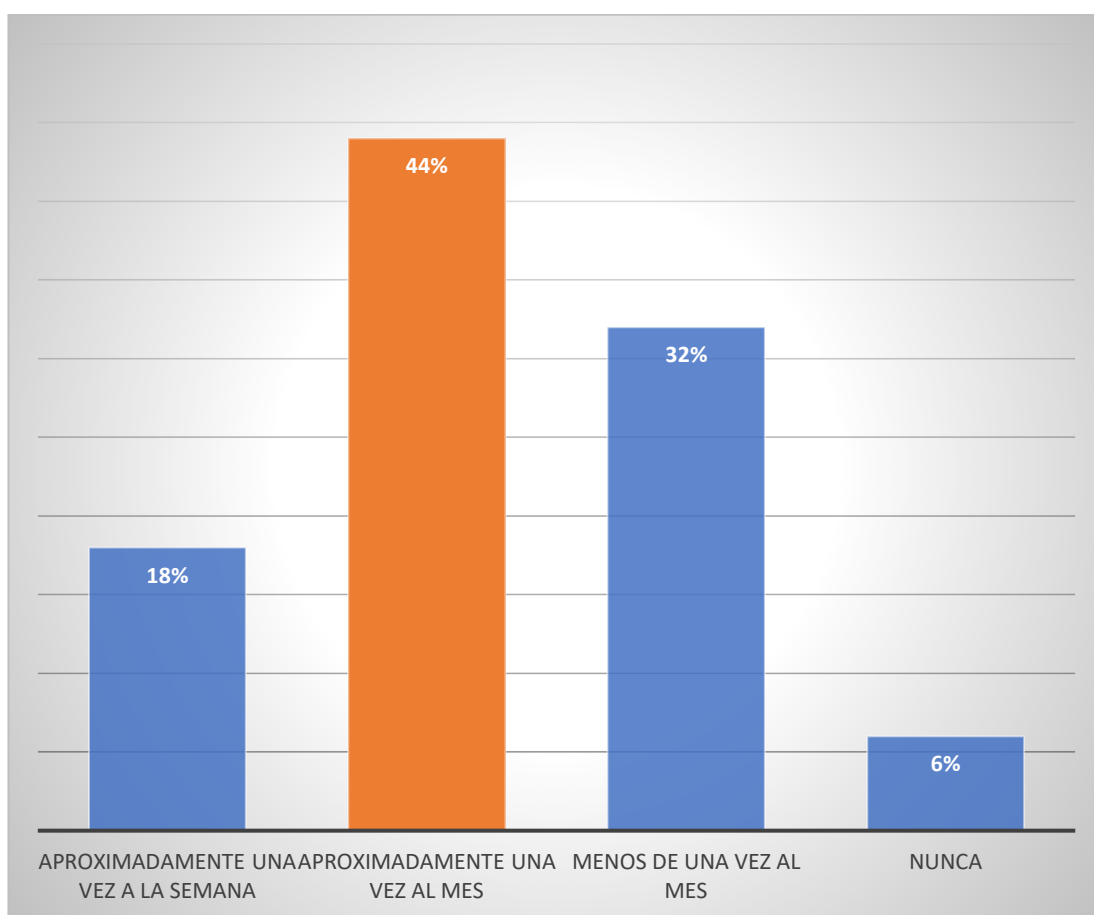
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Respecto al uso de crema hidratante, se identificó un bajo nivel de adherencia. La hidratación adecuada de la piel es fundamental para mantener su integridad, prevenir la formación de grietas que actúan como puertas de entrada a infecciones y mejorar la elasticidad de los tejidos. La literatura recomienda incorporar esta práctica de forma diaria o al menos frecuente, pues favorece la protección cutánea y reduce la vulnerabilidad a complicaciones, lo que la convierte en un componente clave dentro del autocuidado(53).

Figura No. 10 Distribución porcentual de pacientes según frecuencia de corte de uñas



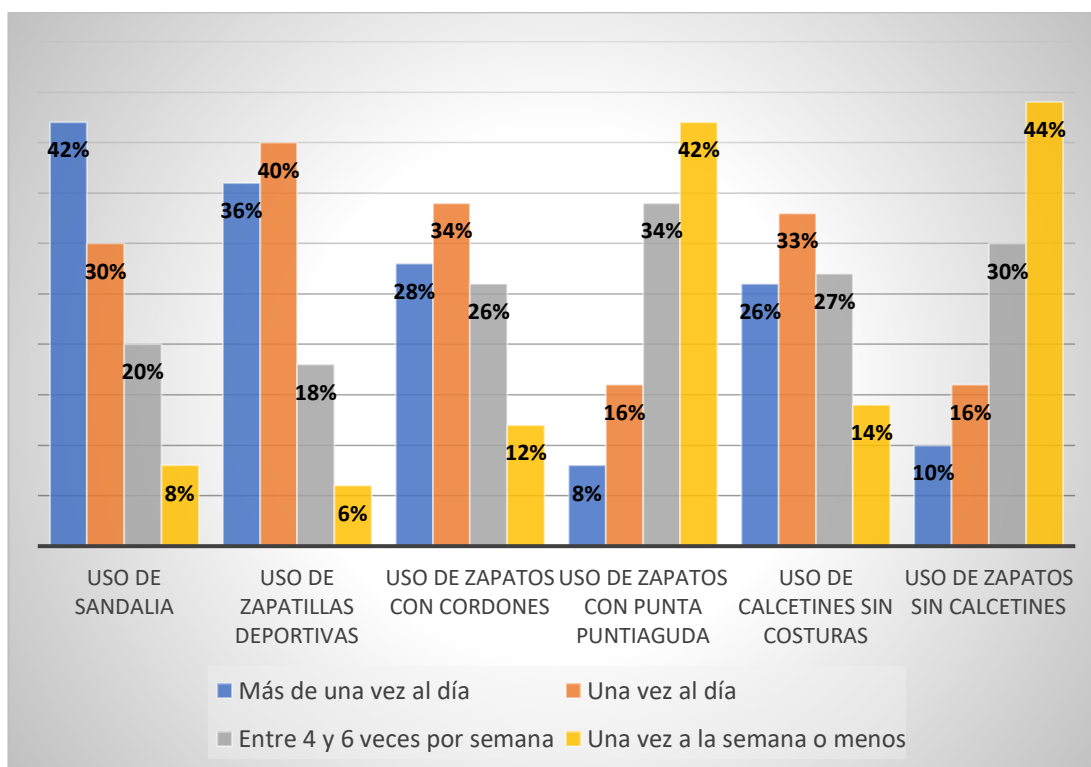
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

En cuanto al corte de uñas, los resultados muestran que la mayoría cumple con esta práctica, aunque no de manera uniforme. El cuidado correcto de las uñas es esencial para prevenir deformidades, onicocriptosis y traumatismos que puedan desencadenar infecciones. La evidencia científica indica que, más allá de la frecuencia, lo importante es realizar el corte de forma adecuada, evitando dañar las puntas o bordes. La falta de atención en este aspecto debe considerarse riesgosa, ya que contribuye de manera directa a la morbilidad del pie diabético(53).

Figura No. 11 Distribución porcentual de pacientes según vestuario y calzado que utilizan



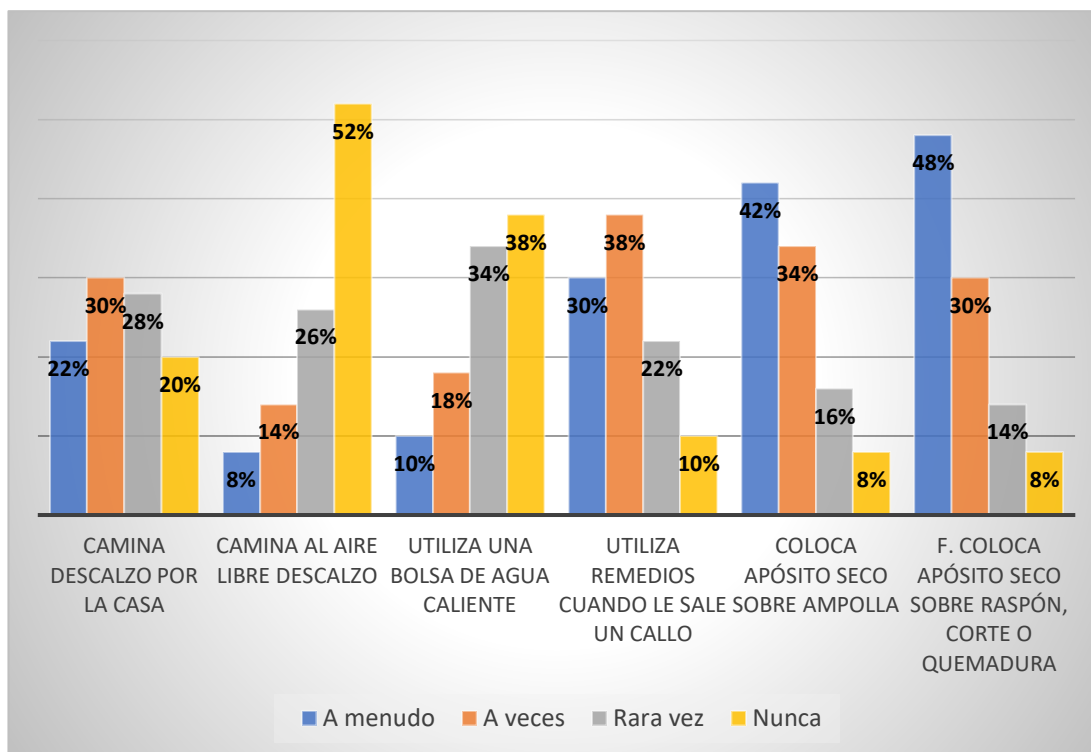
Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Es evidente que el 42% de los pacientes utilizaba sandalias, lo cual es un riesgo por la mínima protección frente a traumatismos, coincidiendo la literatura en señalar al calzado inadecuado es un factor clave en la aparición de úlceras(54). El 40% prefirió zapatillas deportivas, favorables por su soporte y amortiguación, aunque requieren educación sobre su adecuado cuidado. Mientras que el 44% manifestó no utilizar zapatos sin calcetines, considerado un hábito protector frente a la formación de ampollas y lesiones. En conjunto, los hallazgos muestran un panorama mixto donde coexisten conductas protectoras con prácticas de riesgo, lo que subraya la importancia de reforzar la educación sanitaria sobre la elección del calzado y el uso adecuado de prendas protectoras(55).

Figura No. 12 Distribución porcentual de pacientes según conductas preventivas



Fuente: Encuestas a pacientes con pie diabético en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Elaborado por: Herrera Solórzano Steven Xavier - Vera Alcívar Valeria Melina

Análisis:

Se observó que el 30% de los pacientes caminaba descalzo dentro de casa, siendo un riesgo por la falta de protección, mientras que el 52% nunca lo hacía en exteriores, considerado una práctica positiva dentro del autocuidado(57). El 38% manifestó no utilizar bolsas de agua caliente, reduciendo el peligro de quemaduras, aunque otro 38% refirió recurrir en ocasiones a remedios caseros para callos, lo que puede derivar en complicaciones si no existe orientación profesional(58). Asimismo, el 42% colocaba apósitos secos sobre ampollas, aunque con limitaciones frente a lo recomendado en la evidencia(59). Los resultados muestran uso persistente de sandalias, empleo intermitente de zapatillas y cordones, baja frecuencia de calzado estrecho y uso parcial de calcetines sin costuras, configurando un panorama mixto que demanda reforzar la educación sobre calzado y protección del pie diabético.

DISCUSIÓN

En lo que respecta a las características sociodemográficas, se observó que el 37% de los pacientes con pie diabético tenía entre 56 y 60 años, el 58% correspondía al sexo masculino, el 46% se encontraba casado y el 42% poseía escolaridad primaria. Estos hallazgos contrastan con los de Medina et al.(16), quienes identificaron un predominio femenino (73,3%) y un rango etario más avanzado, entre 61 y 70 años (55,6%). Además, en dicho estudio, la escolaridad secundaria y técnica media fue la más frecuente (24,4%), seguida de la primaria (22,2%), lo que evidencia una distribución educativa distinta. De manera complementaria, Hirpha et al. (18) obtuvieron proporciones cercanas, con un 55,9% de hombres, con en edades más tempranas, entre 45 y 50 años (36,7%), lo cual contrasta con la mayor presencia de grupos etarios avanzados en el presente estudio. De este modo, se constata que las características sociodemográficas pueden variar de manera según el contexto, lo que resalta la necesidad de diseñar estrategias de educación ajustadas a las particularidades de cada comunidad.

En cuanto a las prácticas de higiene y cuidado, se evidenció que el 40% de los pacientes revisaba sus pies una vez por semana, el 52% los lavaba diariamente, el 46% los secaba después del lavado y el 38% atendía de manera intermitente la zona interdigital. Asimismo, el 35% aplicaba crema hidratante una vez por semana y el 44% realizaba el corte de uñas semanalmente. Estos resultados guardan similitud con los descritos por Sari et al. (24), quienes reportaron que el 36% cumplía con rutinas que incluían el lavado y secado diario, la revisión semanal y la aplicación de crema hidratante, aunque con una mayor proporción de lavado diario en comparación con este estudio. De igual manera, Tuha et al. (22) hallaron que el 39% de los participantes realizaba prácticas consideradas adecuadas, destacando el lavado y secado de pies y el corte de uñas semanal, hallazgos que guardan estrecha relación con los observados aquí. En síntesis, se confirma que, si bien las prácticas de higiene y cuidado son reconocidas por los pacientes, no

siempre se aplican de forma constante, lo que subraya la urgencia de reforzar la educación preventiva como medida en la reducción de complicaciones.

En relación con el vestuario y el calzado, se observó que el 42% de los pacientes utilizaba sandalias, el 40% prefería zapatillas deportivas, el 34% usaba zapatos con cordones y el 42% nunca empleaba calzado de punta estrecha. Asimismo, el 33% refirió usar calcetines sin costura de manera intermitente y el 44% declaró no utilizar zapatos sin calcetines. Estos resultados muestran similitudes con los descritos por Bekele (21), quien reportó que el 39% empleaba de manera adecuada vestuario y calzado, el 43% optaba por calcetines sin costura y el 59% por sandalias. De forma complementaria, Astasio et al.(19) señalaron que el 51% usaba calcetines sin costura, el 49% zapatillas deportivas y el 16% zapatos con cordones, coincidiendo en la preferencia por calzado deportivo, aunque con una frecuencia menor en esta investigación y con un uso más alto de zapatos con cordones. En síntesis, estas variaciones sugieren que la elección del calzado responde a factores culturales, económicos y de comodidad, lo que refuerza la importancia de orientar hacia alternativas que brinden mayor protección.

En cuanto a las conductas preventivas, se encontró que el 30% caminaba descalzo dentro de casa, el 52% nunca lo hacía en exteriores, el 38% no utilizaba bolsas de agua caliente, el 38% recurría en ocasiones a remedios para callos, y el 42% colocaba apósitos secos sobre ampollas. Al comparar con los hallazgos de Hirpha et al. (18), se observó que el 53% de los participantes caminaba descalzo en el hogar, el 13% nunca revisaba el interior del calzado y el 27% empleaba remedios para callos, mostrando mayor frecuencia de caminar descalzo y menor uso de remedios en relación con el presente estudio. Por su parte, Ríos et al.(17) reportaron que el 27% colocaba apósitos en ampollas, el 21% caminaba descalzo tanto dentro como fuera de casa y el 39% utilizaba remedios para callos, coincidiendo con los resultados obtenidos. De este modo, se evidencia que, aunque existen prácticas reconocidas, persisten conductas de riesgo que hacen necesario reforzar la educación sanitaria para prevenir complicaciones asociadas al pie diabético.

CONCLUSIONES

El estudio determinó que el autocuidado del pie diabético en los pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa presenta un cumplimiento parcial. Se evidenciaron prácticas preventivas y de protección aplicadas de manera irregular, así como barreras de conducta, conocimiento y recursos, lo que ocasiona complicaciones.

Las características sociodemográficas de los pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa muestran predominio del grupo etario de 56 a 60 años, en su mayoría hombres, con alto porcentaje de casados y nivel educativo básico. Estas variables pueden influir en el autocuidado al condicionar la forma en que se adquieren, comprenden y aplican las prácticas preventivas.

En cuanto a las prácticas de higiene y cuidado básico del pie, se observan conductas adecuadas, con revisión y limpieza diaria moderadas, pero con deficiencias en el secado completo, especialmente entre los dedos, y en el uso regular de crema hidratante. El cuidado de las uñas es constante, aunque no uniforme en toda la población.

El análisis del vestuario y calzado de los pacientes muestra preferencia por sandalias y zapatillas deportivas, mientras que el uso de calzado más protector, como zapatos con cordones y calcetines sin costuras, es menos frecuente. Se observa, además, una baja utilización de zapatos con punta puntiaguda y un uso constante de calcetines con el calzado.

Las conductas preventivas de los pacientes muestran resultados mixtos; la mayoría evita caminar descalzo en exteriores, pero una parte lo hace dentro del hogar. El uso limitado de métodos de calor y la aplicación irregular de remedios para lesiones menores evidencian deficiencias en el manejo. La colocación frecuente de apósitos secos sobre ampollas y heridas indica un nivel aceptable de prevención.

RECOMENDACIONES

Implementar programas integrales de educación en autocuidado del pie diabético que aborden aspectos técnicos, conductuales, cognitivos y sociales, incluyendo seguimiento personalizado y estrategias motivacionales para superar las barreras detectadas, con el fin de reducir la vulnerabilidad a complicaciones.

Diseñar intervenciones diferenciadas que consideren las características sociodemográficas predominantes, adaptando materiales educativos a niveles comprensibles, incorporando la participación familiar y utilizando canales de comunicación apropiados para potenciar la adopción efectiva de prácticas de autocuidado.

Reforzar la capacitación en técnicas específicas de higiene y cuidado básico del pie, enfatizando el secado completo, más en espacios interdigitales, y la aplicación regular de cremas hidratantes adecuadas, así como promover una rutina uniforme para el cuidado de las uñas.

Fomentar el uso frecuente de calzado protector y adecuado para el pie diabético, mediante campañas educativas que informen sobre los beneficios y riesgos del calzado inapropiado, y promover el uso constante de calcetines sin costuras para minimizar daños por fricción.

Fortalecer la educación sobre los riesgos de caminar descalzo en cualquier ambiente, incentivar prácticas seguras para el manejo adecuado de lesiones menores como el uso correcto de apósitos y desaconsejar la aplicación de remedios caseros no supervisados, además de capacitar en el uso seguro de métodos de calor para evitar quemaduras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Song K, Chambers AR. Diabetic Foot Care. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado el 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553110/>
2. Akkus G, Sert M. Diabetic foot ulcers: A devastating complication of diabetes mellitus continues non-stop in spite of new medical treatment modalities. World J Diabetes [Internet]. 2022 [citado el 24 de octubre de 2024];13(12). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9791571/>
3. RobatSarpoooshi D, Mahdizadeh M, Siuki HA, Haddadi M, Robatsarpooshi H, Peyman N. The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes. Patient Relat Outcome Meas [Internet]. 2020 [citado el 24 de octubre de 2024];11. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7211311/>
4. Stancu B, Ilyés T, Farcas M, Coman HF, Chiş BA, Andercou OA. Diabetic Foot Complications: A Retrospective Cohort Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado el 24 de octubre de 2024];20(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9819188/>
5. Ahmad F, Joshi SH. Self-Care Practices and Their Role in the Control of Diabetes: A Narrative Review. Cureus [Internet]. 2023 [citado el 24 de octubre de 2024];15(7). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10402910/>
6. Singh S, Jajoo S, Shukla S, Acharya S. Educating patients of diabetes mellitus for diabetic foot care. J Fam Med Prim Care [Internet]. el 28 de enero de 2020 [citado el 24 de octubre de 2024];9(1):367. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7014829/>
7. Sudha G, Umadevi V, Shivaram J, Belehalli P, Shekar A. Diabetic Foot Assessment and Care: Barriers and Facilitators in a Cross-Sectional Study in Bangalore, India. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [citado el 24 de octubre de 2024];20(11). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10252617/>
8. Troisi N, Bertagna G, Juszczak M, Canovaro F, Torri L, Adami D, et al. Emergent management of diabetic foot problems in the modern era:

- Improving outcomes. *Semin Vasc Surg* [Internet]. 2023 [citado el 24 de octubre de 2024];36(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895796723000303>
9. World Health Organization. Technical briefing for Appendix 3 of the Global Action Plan for Non-Communicable Diseases. 2022; Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/technical-brief-diabetes.pdf?sfvrsn=5b304706_8
 10. Hicks CW, Canner JK, Mathioudakis N, Lippincott C, Sherman RL, Abularrage CJ. Incidence and Risk Factors Associated With Ulcer Recurrence Among Patients With Diabetic Foot Ulcers Treated in a Multidisciplinary Setting. *J Surg Res*. 2020;246.
 11. Afaya RA, Bam V, Azongo TB, Afaya A, Kusi-Amponsah A, Ajusiyine JM, et al. Medication adherence and self-care behaviours among patients with type 2 diabetes mellitus in Ghana. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [citado el 24 de octubre de 2024];15(8). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7446850/>
 12. Delabra-Salinas MM, Salazar-González BC, Delabra-Salinas MM, Salazar-González BC. Revisión sistemática de intervenciones para la prevención de pie diabético en adultos mayores con diabetes. *Sanus* [Internet]. 2022 [citado el 24 de octubre de 2024];7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-60942022000100109&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Rojas Girón DP, Tenemaya Uzho EK, Paccha Tamay CL. Autocuidado del pie diabético en el primer nivel de atención. *Polo Conoc Rev Científico - Prof* [Internet]. 2021 [citado el 24 de octubre de 2024];6(7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9556470>
 14. Maina PM, Pienaar M, Reid M. Self-management practices for preventing complications of type II diabetes mellitus in low and middle-income countries: A scoping review. *Int J Nurs Stud Adv* [Internet]. 2023 [citado el 24 de octubre de 2024];5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X23000206>
 15. Alshammari L, O'Halloran P, McSorley O, Doherty J, Noble H. Health Education Programmes to Improve Foot Self-Care Knowledge and Behaviour among Older People with End-Stage Kidney Disease (ESKD) Receiving

- Haemodialysis (A Systematic Review). Healthcare [Internet]. 2022 [citado el 24 de octubre de 2024];10(6). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9222212/>
16. Medina Artilles A, Botello Ramírez EA, Fimia Duarte R, Medina Artilles A, Botello Ramírez EA, Fimia Duarte R. Autocuidado de los pies en pacientes diabéticos. Medicentro Electrónica [Internet]. 2020 [citado el 3 de julio de 2025];24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30432020000400819&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 17. Rios PNJ, González-Angulo² P, Cordero EM, Contreras EC, Mendoza JS, Ocampo MÁL. Nivel de Autocuidado para la Prevención del Pie Diabético en una Unidad de Salud Veracruzana. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];8(4). Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13427>
 18. Hirpha N, Tatiparthi R, Mulugeta T. Diabetic Foot Self-Care Practices Among Adult Diabetic Patients: A Descriptive Cross-Sectional Study. Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther [Internet]. 2020 [citado el 3 de julio de 2025];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7723031/>
 19. Astasio-Picado Á, Cobos-Moreno P, Gómez-Martín B. Self-Care Planning and Sanitary Education in the Prevention of the Diabetic Foot. Appl Sci [Internet]. 2021 [citado el 3 de julio de 2025];11(16). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-3417/11/16/7281>
 20. Mekonen EG, Gebeyehu Demssie T. Preventive foot self-care practice and associated factors among diabetic patients attending the university of Gondar comprehensive specialized referral hospital, Northwest Ethiopia, 2021. BMC Endocr Disord [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2025];22(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01044-0>
 21. Bekele F, Berhanu D, Sefera B, Babu Y. Diabetic foot self-care practices and its predictors among chronic diabetic mellitus patients of southwestern Ethiopia hospitals: A cross sectional study. Int J Afr Nurs Sci [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2025];17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139122000968>
 22. Tuha A, Faris AG, Andualem A, Mohammed SA. Knowledge and Practice on Diabetic Foot Self-Care and Associated Factors Among Diabetic Patients at

- Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia: Mixed Method. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2021 [citado el 3 de julio de 2025];14. Disponible en: <https://www.dovepress.com/knowledge-and-practice-on-diabetic-foot-self-care-and-associated-facto-peer-reviewed-fulltext-article-DMSO>
23. Ababneh A, Moosa S, Aljarrah Q, Alsoufi Y, Abu Qamar MZ, Saleh M, et al. Factors Associated With Foot Self-Care in Patients With Diabetes-Related High-Risk Feet: A Cross-Sectional Design. *Inq J Health Care Organ Provis Financ* [Internet]. 2023 [citado el 3 de julio de 2025];60. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00469580231220135>
 24. Sari Y, Upoyo AS, Isworo A, Taufik A, Sumeru A, Anandari D, et al. Foot self-care behavior and its predictors in diabetic patients in Indonesia. *BMC Res Notes* [Internet]. 2020 [citado el 3 de julio de 2025];13(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13104-020-4903-y>
 25. Rodríguez-Medina CA, García CFM, Medina RMR. Estilo de vida y autocuidado en el paciente con riesgo de pie diabético: revisión de la literatura. *SANUS Rev Enferm* [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];9(20). Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/441>
 26. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];48(Supplement_1). Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc25-S012>
 27. LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, Casanueva FF, Draznin B, Halter JB, et al. Treatment of Diabetes in Older Adults: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2020 [citado el 3 de julio de 2025];104(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271968/>
 28. Sheetz MJ, King GL. Molecular Understanding of Hyperglycemia's Adverse Effects for Diabetic Complications. *JAMA* [Internet]. 2020 [citado el 3 de julio de 2025];288(20). Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.288.20.2579>
 29. Stancu B, Ilyés T, Farcas M, Coman HF, Chiş BA, Andercou OA. Diabetic Foot Complications: A Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1).

30. Armstrong DG, Tan TW, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers: A Review. JAMA [Internet]. 2023 [citado el 3 de julio de 2025];330(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10578>
31. Galiero R, Caturano A, Vetrano E, Beccia D, Brin C, Alfano M, et al. Peripheral Neuropathy in Diabetes Mellitus: Pathogenetic Mechanisms and Diagnostic Options. Int J Mol Sci. 2023;24(4).
32. Senneville É, Albalawi Z, van Asten SA, Abbas ZG, Allison G, Aragón-Sánchez J, et al. IWGDF/IDSA Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Diabetes-related Foot Infections (IWGDF/IDSA 2023). Clin Infect Dis [Internet]. 2023 [citado el 3 de julio de 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1093/cid/ciad527>
33. Gallagher KA, Mills JL, Armstrong DG, Conte MS, Kirsner RS, Minc SD, et al. Current Status and Principles for the Treatment and Prevention of Diabetic Foot Ulcers in the Cardiovascular Patient Population: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];149(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11067094/>
34. Fitridge R, Chuter V, Mills J, Hinchliffe R, Azuma N, Behrendt CA, et al. The intersocietal IWGDF, ESVS, SVS guidelines on peripheral artery disease in people with diabetes mellitus and a foot ulcer. J Vasc Surg [Internet]. 2023 [citado el 3 de julio de 2025];78(5). Disponible en: [https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(23\)01630-0/fulltext](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(23)01630-0/fulltext)
35. Netten JJ, Bus SA, Apelqvist J, Lipsky BA, Hinchliffe RJ, Game F, et al. Definitions and criteria for diabetic foot disease. Diabetes Metab Res Rev. 2020;36 Suppl 1.
36. Gharibzadeh S, Lee J, Highton P, Greenlaw N, Gillies C, Zaccardi F, et al. Risk factors for development of diabetic foot ulcer disease in two large contemporary UK cohorts. Diabetes Obes Metab. 2025;
37. Al-Rubeaan K, Al Derwish M, Ouizi S, Youssef AM, Subhani SN, Ibrahim HM, et al. Diabetic foot complications and their risk factors from a large retrospective cohort study. PloS One. 2020;10(5).
38. Fan Z, Liu Y, Xie H, Yang Q, Zhang G, Zhang P, et al. Analysis of risk factors for foot ulcers in diabetes patients with neurovascular complications. BMC Public Health. 2025;25(1).

39. Lin C, Liu J, Sun H. Risk factors for lower extremity amputation in patients with diabetic foot ulcers: A meta-analysis. *PloS One*. 2020;15(9).
40. McDermott K, Fang M, Boulton AJM, Selvin E, Hicks CW. Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers. *Diabetes Care*. 2023;46(1).
41. Fang M, Hu J, Jeon Y, Matsushita K, Selvin E, Hicks CW. Diabetic foot disease and the risk of major clinical outcomes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2023;202.
42. Stancu B, Ilyés T, Farcas M, Coman HF, Chiş BA, Andercou OA. Diabetic Foot Complications: A Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1).
43. Tan TW, Caldwell B, Zhang Y, Kshirsagar O, Cotter DJ, Brewer TW. Foot and Ankle Care by Podiatrists and Amputations in Patients With Diabetes and Kidney Failure. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];7(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.0801>
44. Iunes DH, Rocha CBJ, Borges NCS, Marcon CO, Pereira VM, Carvalho LC. Self-care associated with home exercises in patients with type 2 diabetes mellitus. *PloS One*. 2020;9(12).
45. Feleke SF, Faris AM, Habtie TE, Atalay AA, Dejazmach Z, Tesfa NA, et al. Diabetic foot self-care practices and its predictors among diabetes mellitus patients in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2025;15(3).
46. Kim EJ, Han KS. Factors related to self-care behaviours among patients with diabetic foot ulcers. *J Clin Nurs*. 2020;29(9–10).
47. Aalaa M, Amini M, Yarmohammadi H, Aghaei Meybodi HR, Qorbani M, Adibi H, et al. Diabetic foot self-care practice in women with diabetes in Iran. *Diabetes Metab Syndr*. 2021;15(5).
48. Lorber DL, ElSayed NA, Bannuru RR, Shah V, Puiasis M, Crandall J, et al. Diabetes Management in Detention Facilities: A Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];47(4). Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dci24-0015>
49. Kang Y, Park I. Diabetes self-care activities and its correlates in patients with diabetic neuropathy. *J Clin Nurs*. 2025;34(6).

50. Miranda C, Da Ros R, Marfella R. Update on prevention of diabetic foot ulcer. Arch Med Sci Atheroscler Dis [Internet]. 2021 [citado el 3 de julio de 2025];6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8336435/>
51. Doğruel H, Aydemir M, Balci MK. Management of diabetic foot ulcers and the challenging points: An endocrine view. World J Diabetes [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2025];13(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8771264/>
52. Bus SA, Sacco ICN, Monteiro-Soares M, Raspovic A, Paton J, Rasmussen A, et al. Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). Diabetes Metab Res Rev [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];40(3). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/dmrr.3651>
53. Sidhu AS, Harbuzova V. Emerging technologies for the management of diabetic foot ulceration: a review. Front Clin Diabetes Healthc [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];5. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/clinical-diabetes-and-healthcare/articles/10.3389/fcdhc.2024.1440209/full>
54. Gallagher KA, Mills JL, Armstrong DG, Conte MS, Kirsner RS, Minc SD, et al. Current Status and Principles for the Treatment and Prevention of Diabetic Foot Ulcers in the Cardiovascular Patient Population: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];149(4). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001192>
55. Hidalgo-Ruiz S, Ramírez-Durán M del V, Basilio-Fernández B, Alfageme-García P, Fabregat-Fernández J, Jiménez-Cano VM, et al. Assessment of Diabetic Foot Prevention by Nurses. Nurs Rep [Internet]. 2023 [citado el 3 de julio de 2025];13(1). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2039-4403/13/1/8>
56. Mekonen EG, Gebeyehu Demssie T. Preventive foot self-care practice and associated factors among diabetic patients attending the university of Gondar comprehensive specialized referral hospital, Northwest Ethiopia, 2021. BMC Endocr Disord [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2025];22(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01044-0>
57. Swaminathan N, Awuah WA, Bharadwaj HR, Roy S, Ferreira T, Adebusoye FT, et al. Early intervention and care for Diabetic Foot Ulcers in Low and

- Middle Income Countries: Addressing challenges and exploring future strategies: A narrative review. *Health Sci Rep* [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];7(5). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hsr2.2075>
58. Wattanawikan N, Boonyamalik P, Pichayapinyo P. ผลของโปรแกรมป้องกันการเกิดแผลเท้าเบาหวาน ต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลเท้า และสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่ง. *Dis Control J* [Internet]. 2024 [citado el 3 de julio de 2025];50(4). Disponible en: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/view/273109>
 59. Yildirim Ayaz E, Dincer B, Oğuz A. The Effect of Foot Care Education for Patients with Diabetes on Knowledge, Self-Efficacy and Behavior: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Low Extrem Wounds* [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2025];21(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15347346221109047>
 60. Koh YS, AshaRani PV, Devi F, Roystonn K, Wang P, Abdin E, et al. Diabetes Self-Care Behaviors in Singapore and Their Associations With Patients' Characteristics and Health Literacy. *Sci Diabetes Self-Manag Care*. 2024;50(5).
 61. Adjei Boakye E, Varble A, Rojek R, Peavler O, Trainer AK, Osazuwa-Peters N, et al. Sociodemographic Factors Associated With Engagement in Diabetes Self-management Education Among People With Diabetes in the United States. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2020;133(6).
 62. Hellebo A, Kengne AP, Obse A, Levitt N, Myers B, Cleary S, et al. Social determinants of health and diabetes self-care management in South Africa. *BMC Public Health*. 2024;24(1).
 63. Tsai MC, Chuang HL, Huang CY, Lee SH, Liao WC, Lee MC, et al. Exploring the Relationship of Health Beliefs and Self-Care Behaviors Related to Diabetic Foot Ulcers of Type II Diabetes Mellitus Patients: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13).
 64. Afaya RA, Bam V, Azongo TB, Afaya A, Kusi-Amponsah A, Ajusiyine JM, et al. Medication adherence and self-care behaviours among patients with type 2 diabetes mellitus in Ghana. *PloS One*. 2020;15(8).

65. Zhu X, Lee ES, Chan FHF, Lim PXH, Chen YC, Griva K. Foot self-care behaviour in primary care patients with diabetic foot ulcers: Structural equation modelling of psychological predictors. *Int Wound J.* 2024;21(5).
66. Chen P, Callisaya M, Wills K, Greenaway T, Winzenberg T. Cognition, educational attainment and diabetes distress predict poor health literacy in diabetes: A cross-sectional analysis of the SHELLED study. *PLoS One.* 2022;17(4).
67. Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2020;35(6).
68. Gow K, Rashidi A, Whithead L. Factors Influencing Medication Adherence Among Adults Living with Diabetes and Comorbidities: a Qualitative Systematic Review. *Curr Diab Rep.* 2024;24(2).
69. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *N Engl J Med [Internet].* 2020 [citado el 3 de julio de 2025];376(24). Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1615439>
70. Fang M, Hu J, Jeon Y, Matsushita K, Selvin E, Hicks CW. Diabetic foot disease and the risk of major clinical outcomes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2023;202.
71. Mader JK, Haas W, Aberer F, Boulgaropoulos B, Baumann P, Pandis M, et al. Patients with healed diabetic foot ulcer represent a cohort at highest risk for future fatal events. *Sci Rep.* 2020;9(1).
72. Lavery LA, Armstrong DG, Wunderlich RP, Mohler MJ, Wendel CS, Lipsky BA. Risk factors for foot infections in individuals with diabetes. *Diabetes Care.* 2020;29(6).
73. Quilici MTV, Del Fiol F de S, Vieira AEF, Toledo MI. Risk Factors for Foot Amputation in Patients Hospitalized for Diabetic Foot Infection. *J Diabetes Res.* 2020;2016.
74. Fang M, Ishigami J, Echouffo-Tcheugui JB, Lutsey PL, Pankow JS, Selvin E. Diabetes and the risk of hospitalisation for infection: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Diabetologia.* 2021;64(11).
75. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Montecristi, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. 216 p.

- Disponible en:
https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
76. El Congreso Nacional. Ley Organica de Salud [Internet]. Sec. El Congreso Nacional 2012 p. 1–61. Disponible en: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
77. Consejo Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025. 2021; Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creación-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
78. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. 2018;1(1):149. Disponible en: http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_ecuador_0244.pdf
79. Lincoln N, Jeffcoate W, Ince P, Smith M, Radford K. Validation of a new measure of protective footcare behaviour: the Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF). Pract Diabetes Int [Internet]. 2007 [citado el 24 de octubre de 2024];24(4). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pdi.1099>

ANEXOS

Anexo No. 1. Aprobación del tema



Guayaquil, 14 de Agosto del 2025

Sr. Steven Xavier Herrera Solórzano
Srta. Valeria Melina Vera Alcivar
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:



Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, **“AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE GUAYAQUIL”** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, el tutor asignado es la Lic. Rosa Calderón.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física

Atentamente,



Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Telf.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

cc. Archivo

Anexo No. 1. Autorización del hospital



Memorando Nro. IESS-HTMC-JUTEN-2025-9838-M

Guayaquil, 03 de septiembre de 2025

PARA: Sra. Mgs. Maria Gabriela Acuña Chong
**Coordinadora General de Investigación del Hospital de Especialidades
Teodoro Maldonado Carbo**

ASUNTO: RE: SOLICITUD DE FACTIBILIDAD - PROYECTO DE TESIS:
HERRERA SOLÓRZANO STEVEN XAVIER Y VERA
ALCIVAR VALERIA MELINA

De mi consideración:

En atención al Memorando N° IESS-HTMC-CGI-2025-0258-M, suscrito por la Sra. Mgs. Maria Gabriela Acuña Chong Coordinadora General de Investigación del Hospital de Especialidades - Teodoro Maldonado Carbo; donde indica lo siguiente:

"Se solicita indicar si es factible la solicitud del trabajo de Titulación: "Autocuidado en pacientes con pie diabético atendidos en la sala de curaciones de cirugía general de la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo" otorgando su visto bueno a la entrega de información de su Unidad, presentado por HERRERA SÓLORZANO STEVEN Y VERA ALCIVAR VALERIA Estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil".

Con lo citado en líneas anteriores esta Jefatura de la Unidad de Enfermería informa a Usted, se da el visto bueno la factibilidad para las actividades académicas; cabe indicar que al finalizar el trabajo de investigación deberá entregar una copia en físico en la oficina de Jefatura Técnica de Enfermería.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Ylenia Ivelise Viscarra Beltrán
**JEFE/A DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
- TEODORO MALDONADO CARBO**

Anexo No. 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros, **Herrera Solórzano Steven Xavier y Vera Alcívar Valeria Melina**, estudiantes de enfermería de la Universidad Católica, solicitamos a usted, colaborar con una encuesta con el objetivo de recabar información sobre nuestro tema de titulación denominado Tema: **Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa de un hospital de Guayaquil**, nos comprometemos a mantener discreción y ética en los datos obtenidos. Agradezco de antemano por su colaboración.

Herrera Solórzano Steven Xavier
C.C. No. 0951660737

Vera Alcívar Valeria Melina
C.C. No.

Yo.....
acepto participar en la encuesta solicitada, previa explicación del uso de información obtenida.

Firma o rubrica

.....

Cargo:

Guayaquil.....

Anexo No. 4. Cuestionario de preguntas



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa de un hospital de Guayaquil.

Objetivo: Recabar información sobre las prácticas de autocuidado que llevan a cabo estos pacientes.

Instrucciones:

- La encuesta es anónima, no requiere datos personales. Responda con sinceridad para garantizar la veracidad.
- Marque con una "X" los casilleros en blanco según corresponda.
- Gracias por su colaboración.

1. ¿Qué edad tiene usted?

40 a 45 años	☐
46 a 50 años	☐
51 a 55 años	☐
56 a 60 años	☐

4. ¿Cuál es su nivel de educación?

Primaria	☐
Secundaria	☐
Superior	☐
Ninguno	☐

2. ¿Cuál es su sexo?

Masculino	☐
Femenino	☐

5. ¿Cuál es su condición económica?

Menor al salario básico	☐
Salario básico	☐
Mayor al salario básico	☐

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero	☐
Casado	☐
Viudo	☐
Divorciado	☐
Unión	☐

EVALUACIÓN DE NOTTINGHAM SOBRE EL CUIDADO FUNCIONAL DE LOS PIES

Nos gustaría saber qué haces para cuidar tus pies. Marca la categoría que mejor refleje lo que realmente haces . Responde todas las preguntas. Gracias.

1. ¿Se examina los pies?

Más de una vez al día ()

Una vez al día ()

Entre 4 y 6 veces por semana ()

Una vez a la semana o menos ()

2. ¿Revisas tus zapatos antes de ponértelos?

A menudo ()

A veces ()

Rara vez ()

Nunca ()

3. ¿Revisas tus zapatos cuando te los quitas?

A menudo ()

A veces ()

Rara vez ()

Nunca ()

4. ¿Te lavas los pies?

Más de una vez al día ()

Una vez al día ()

Entre 4 y 6 veces por semana ()

Una vez a la semana o menos ()

5. ¿Compruebas que tus pies estén secos después de lavarlos?

A menudo ()

A veces ()

Rara vez ()

Nunca ()

6. ¿Se te seca el espacio entre los dedos de los pies?

Siempre ()

A menudo ()

A veces ()

Rara vez/ nunca ()

7. ¿Utilizas crema hidratante en los pies?

Diariamente ()

Una vez a la semana ()

Aproximadamente una vez al mes ()

Nunca ()

8. ¿Te pones crema hidratante entre los dedos de los pies?

Diariamente ()

Aproximadamente una vez a la semana ()

Aproximadamente una vez al mes ()

Nunca ()

9. ¿Tienes las uñas de los pies cortadas?

Aproximadamente una vez a la semana ()

Aproximadamente una vez al mes ()

Menos de una vez al mes ()

Nunca ()

10. ¿Usas sandalias?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

11. ¿Usas pantuflas?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

12. ¿Usas zapatillas deportivas?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

13. ¿Usas zapatos con cordones?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

14. ¿Usas zapatos con punta puntiaguda?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

15. ¿Usas chancas?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

16. ¿Los zapatos nuevos se ablandan gradualmente?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

17. ¿Usas calcetines de fibras artificiales (por ejemplo, nailon)?

La mayoría de las veces () A veces ()

Rara vez () Nunca ()

18. ¿Usas calcetines/medias/leggings sin costuras?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

19. ¿Usas zapatos sin calcetines/medias/leotardos?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

20. ¿Cambias tus calcetines/medias/leotardos?

Más de una vez al día () Diariamente ()

4–6 veces a la semana () Menos de 4 veces a la semana ()

21. ¿Caminas descalzo por la casa?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

22. ¿Caminas al aire libre descalzo?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

23. ¿Utilizas una bolsa de agua caliente en la cama?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

24. ¿Pones tus pies cerca del fuego?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

25. ¿Pones los pies sobre el radiador?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

26. ¿Utiliza un termómetro de baño?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

27. ¿Utilizas remedios para callos/parches para callos/pinturas cuando te sale un callo?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

28. ¿Se coloca un apósito seco sobre una ampolla cuando se forma una?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()

29. ¿Se coloca un apósito seco sobre un raspón, corte o quemadura cuando se hace uno?

A menudo () A veces () Rara vez () Nunca ()



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Herrera Solórzano Steven Xavier**, con C.C: # 0951660737 autor del trabajo de titulación: **Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo** previo a la obtención del título de **Licenciado de Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 01 del mes Septiembre del año 2025

f. _____

Herrera Solórzano Steven Xavier

C.C: 0951660737



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Alcívar Valeria Melina**, con C.C: # 0942283706 autor del trabajo de titulación: **Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo** previo a la obtención del título de **Licenciada de Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 01 del mes Septiembre del año 2025

f. Valeria Vera A.

Vera Alcívar Valeria Melina

C.C: 0942283706



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Autocuidado del pie diabético en pacientes atendidos en la sala de curaciones de cirugía general en la consulta externa del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.		
AUTOR(ES)	Herrera Solórzano Steven Xavier Vera Alcívar Valeria Melina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lic. Calderón Molina, Rosa Elizabeth Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2025	No. DE PÁGINAS:	69 páginas.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Autocuidado, pie diabético, pacientes		
RESUMEN/ABSTRACT:	El autocuidado del pie diabético es clave en el manejo de la diabetes, previene complicaciones como úlceras, infecciones o amputaciones. Aunque su práctica reduce la morbilidad, factores conductuales, de conocimiento y de recursos pueden limitarla. Objetivo: Determinar el autocuidado del pie diabético. Diseño Metodológico: Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Población: 154 pacientes con Técnica: Encuesta. Instrumento: Cuestionario basado en la "Evaluación del cuidado funcional de los pies". Resultados: Grupo etario de 56 a 60 años (37%), sexo masculino (58%), estado civil casado (46%) nivel educativo primario (42%). Prácticas de higiene: lava sus pies una vez al día (52%), seca sus pies después del lavado (46%), corta sus uñas semanalmente (44%), y revisa sus pies una vez por semana (40%). En vestuario y calzado: usa sandalias la mayoría de las veces (42%), zapatillas deportivas (40%), nunca usa zapatos sin calcetines (44%); usa zapatos con cordones (34%). Conductas preventivas, nunca camina descalzo al aire libre (52%) y cubre raspaduras o cortes con apósito seco (48%), aunque una parte camina descalzo en casa (30%) y usa remedios para callos (38%). Conclusión: El autocuidado del pie diabético presenta un cumplimiento parcial, con prácticas preventivas y de protección aplicadas de forma irregular y barreras que aumentan la vulnerabilidad a complicaciones.		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0967488380 0991952304	E-mail: valeriavera09@hotmail.com stevenxavi11@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			