



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,  
Volumen 9, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

## **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN MEDIDAS PREVENTIVAS Y CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO**

**EDUCATIONAL INTERVENTION IN PREVENTIVE MEASURES  
AND DIABETIC FOOT CARE**

**Manuel López Bravo**  
IMSS UMF 55

**Susana Lerista Camacho**  
IMSS UMF 55

**Laura Angélica De León Saldaña**  
IMSS UMF 55

**Maria Fernanda Yrigoyen Aguilar**  
IMSS UMF 55

**Addiz Francisco Hernández Fernández**  
IMSS UMF 55

**Victor Hugo Arvizu Jaramillo**  
IMSS UMF 55 Amalucan

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rem.v9i1.16338](https://doi.org/10.37811/cl_rem.v9i1.16338)

## Intervención Educativa en Medidas Preventivas y Cuidados del Pie Diabético

**Manuel López Bravo<sup>1</sup>**

[dr.manuellb23@gmail.com](mailto:dr.manuellb23@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-1990-2381>

IMSS UMF 55 Amalucan

**Laura Angélica De León Saldaña**

[lauradls25@hotmail.com](mailto:lauradls25@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8927-5024>

IMSS UMF 55 Amalucan

**Addiz Francisco Hernández Fernández**

[Heraf228@outlook.es](mailto:Heraf228@outlook.es)

<https://orcid.org/0009-0002-2333-6394>

IMSS UMF 6 Puebla

**Susana Lerista Camacho**

[susana.lerista@imss.gob.mx](mailto:susana.lerista@imss.gob.mx)

<https://orcid.org/0009-0001-4497-4849>

IMSS UMF 55 Amalucan

**Maria Fernanda Yrigoyen Aguilar**

[mafeyra@hotmail.com](mailto:mafeyra@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-5209-7340>

IMSS UMF 15 Iztapalapa

**Victor Hugo Arvizu Jaramillo**

[victor.arvizujo@udlap.mx](mailto:victor.arvizujo@udlap.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-5458-2371>

IMSS UMF 55 Amalucan

### RESUMEN

**Introducción:** La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica de origen multifactorial, afecta a la población mundial, el mal control afecta negativamente en la calidad de vida y la economía de los países. **Objetivo:** Determinar el efecto de una intervención educativa en el conocimiento de medidas preventivas y cuidados del pie diabético. **Material y métodos:** En 210 pacientes con diabetes tipo 2, en edad entre 40 a 70 años se realizó un estudio comparativo, cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo. Se aplicó un instrumento que mide el nivel de conocimiento en auto cuidados de pie diabético, previo a la intervención educativa, después se realizó una intervención educativa, y posteriormente se aplicó el mismo instrumento. **Resultados:** De los 210 pacientes pre-intervención educativa se obtuvo, 141 (67.1%) tienen mal conocimiento, 59 (28.1%) pacientes con conocimiento regular, y solo 10 (4.8%) pacientes con conocimiento bueno. Se encontró que el conocimiento de la enfermedad post-intervención, 19 (9%) pacientes tienen conocimiento malo, 102 (48.6%) pacientes tienen conocimiento regular, y 89 (42.4%) pacientes con conocimiento bueno. **Conclusiones:** La intervención educativa en cuidados del pie diabético produce cambio en el conocimiento del paciente, dar a conocer como cuidar sus pies puede evitar las complicaciones originadas por esta patología.

**Palabras Clave:** pie, diabético, medida, preventivas, cuidados

---

<sup>1</sup> Autor principal.

Correspondencia: [dr.manuellb23@gmail.com](mailto:dr.manuellb23@gmail.com)

## Educational Intervention in Preventive Measures and Diabetic Foot Care

### ABSTRACT

**Introduction:** Type 2 diabetes is a chronic disease of multifactorial origin, it affects the world's population, poor control negatively affects the quality of life and the economy of countries. **Objective:** To determine the effect of an educational intervention on the knowledge of preventive measures and care of diabetic foot. **Material and methods:** A comparative, quasi-experimental, longitudinal, prospective study was conducted in 210 patients with type 2 diabetes, aged between 40 and 70 years. An instrument was applied that measures the level of knowledge in self-care of diabetic foot, prior to the educational intervention, then an educational intervention was carried out, and subsequently the same instrument was applied. **Results:** Of the 210 patients pre-educational intervention, 141 (67.1%) had poor knowledge, 59 (28.1%) patients with regular knowledge, and only 10 (4.8%) patients with good knowledge. It was found that knowledge of the disease after the intervention, 19 (9%) patients had poor knowledge, 102 (48.6%) patients had regular knowledge, and 89 (42.4%) patients had good knowledge. **Conclusions:** The educational intervention in diabetic foot care produces a change in the patient's knowledge, making them aware of how to take care of their feet can avoid complications caused by this pathology.

**Keywords:** foot, diabetic, measure, preventive, care

*Artículo recibido 23 enero 2025  
Aceptado para publicación: 25 febrero 2025*



## INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónicas de origen multifactorial, afecta al 8.5% de la población mundial. Sus complicaciones son a nivel macro y microvasculares, estas afectan a muchos órganos, siendo el sistema cardiovascular la principal causa de morbimortalidad. El 33% de los gastos relacionados con la diabetes se deben al pie diabético.

Estados Unidos gasto 245 billones de dólares en diabetes y sus complicaciones. Reportó que el 5% del dinero gastado se destinó para complicaciones que conducen a las úlceras de pie diabético.

En 2018, un estudio prospectivo en el Reino Unido analizó el resultado del impacto económico de las úlceras en pie diabético en la práctica clínica, demostró que la úlcera con o sin amputación durante 12 meses cuesta £ 7 800 por úlcera curada y £ 16 900 por herida amputada.

En 2013 en Alemania, Francia, España e Italia, indican que los costos varían entre 3000 y 17000 euros. Alemania ha gastado menos en amputaciones por su extensa estrategia preventiva. En países con ingresos bajos no hay tantos datos disponibles sobre el gasto destinado para el tratamiento de pie diabético.

La mayoría de las personas con diabetes habitan la región de Norteamérica y el caribe, en su mayoría se encuentran en Estados Unidos (31,0 millones), México (12,8 millones) y Canadá (2,8 millones). Del total de muertes debidas a la diabetes en adultos de 20 y 79 años de edad en esta región en el año 2019 es de 301.700 (13,8% de las muertes por todas las causas). De este, la mayor proporción (20,0%) se produjo entre los 50 y 59 años.

Las complicaciones por pie diabético y en extremidades inferiores afectan a 40 a 60 millones de personas en el mundo. El pie diabético puede ser considerado como un síndrome, ya que aparecen diferentes cuadros patológicos que son inducidos por hiperglucemia crónica; entre ellos, neuropatía, enfermedad arterial oclusiva como los principales causas de fisiopatología, a ello se agrega un traumatismo continuo en el pie deformado por cambios secundarios de la neuropatía que condiciona la aparición de una lesión o úlcera.

A nivel osteoarticular la inestabilidad en la marcha produce atrofia de los músculos interóseos, causa contractura y deformidad en los dedos del pie. El principal factor que predispone a la formación de



ulceras en los pies es la neuropatía, la enfermedad vascular periférica contribuye a un mayor riesgo de infección en la extremidad inferior.

Las úlceras en pie diabético comparten ciertas semejanzas en características locales como de ubicación y tamaño, sin embargo no se comportan del mismo modo. Es importante conocer el grado de control metabólico, evolución de la enfermedad, edad, estado vascular, ortopédico, neurológico, nutricional e infeccioso. Establecer un tratamiento a la causa, como el flujo sanguíneo y las infecciones, mediante procesos establecidos, a si mismo existen terapias alternativas sin embargo aun se encuentran en controversia debido a la insuficiente evidencia científica. El tratamiento de la infección del pie diabético se sintetiza en la limpieza de la herida, debridación del tejido necrótico y disminución de la presión, los patógenos mas frecuentes son gram negativos productores de betalactamasas de espectro extendido en con alrededor de 39%. Por lo que adoptar medidas preventivas ayuda a evitar complicaciones; mediante el adecuado asesoramiento y educación a los pacientes como disminuir su peso y cuidar sus pies especialmente en personas económicamente desfavorecidas.

A nivel internacional, existen estudios parecidos al nuestro en el que Lielt Gresalassie cols. (2022) en Etiopia de una muestra de 137 pacientes con pie diabético y 408 sin ulcera, observa que hay pobre autocuidado del pie diabético, con AOR= 0.6, IC 95%,  $p=0.000$ , esta significativamente asociado a tener pie diabético.

Fernández Gómez (2022) en Perú con una muestra de 78 pacientes, concluye que 20% de los pacientes que tienen diabetes que fueron hospitalizados por pie diabético con  $p \leq 0.05$ .

Olowo Samuel et al. (2022) en Uganda encuentra que de 199 pacientes con diabetes tipo 2 demostraron un conocimiento limitado acerca de las complicaciones del pie diabético así como su autocuidado, encontrando una asociación entre el nivel educativo con  $p = 0,05$  y ocupación  $p = 0,016$  con la practicas del auto cuidado de los pies.

Castiblanco Montañez (2021) en Colombia lleva a cabo una revisión integrativa d e 29 artículos entre el 2015 a 2020 y concluye que la educación periódica sobre pie diabético es de importancia para poder prevenir el mismo, así que se debe realizar por equipo multidisciplinario.



## METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la unidad de medicina familiar no. 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Puebla. La población estudiada son derechohabientes de más de 40 años y hasta 70 años, que acudieron a la consulta externa, que reunió los criterios de selección. Dentro de las variables de estudio se tomaron en cuenta la escolaridad, desde ninguno, primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura, posgrado.

Tiempo de evolución de la enfermedad, con esta variable se tomó en cuenta desde los 0 hasta los 16 años de evolución y mas. La siguiente de las variables fue; sexo, la siguiente variable es la edad comprendida de 40 a 70 años.

El tamaño de la muestra fue de 210 pacientes dadas las características de la investigación se calculó el tamaño de muestra con un nivel de confianza de 95%, con un valor critico de 1.96 ( $Z_{1-\alpha/2}$ ), con una precisión del 6% y una proporción esperada del 33 por ciento de acuerdo a la literatura. Con la fórmula de muestra finita. Donde:  $N = 210$  (tamaño de la población),  $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$  (valor crítico),  $p = 0.33$  (proporción de la literatura),  $q = 1 - p = 0.50$  (complemento de la proporción),  $d = 0.06$  (nivel de precisión). Por lo tanto, obtenemos un tamaño de muestra total de  $n=176.07$ , es decir  $n=210$  participantes. Estos participantes se asignaron aleatoriamente a los grupos de intervención, siendo grupos de 15 a 20 personas.

La estrategia de trabajo se sometió a evaluación por parte del Comité Local de Investigación en Salud (CLIS). Una vez autorizado, se realizo la siguiente estrategia de trabajo: se incluyeron derechohabientes entre los 40 a 70 años de edad que cumplieron con los criterios de selección, se les invito a participar en el estudio previa explicación clara y detallada, se les entrego a leer y firmar la carta de consentimiento informado, posteriormente se recabaron datos personales dentro de los cuales incluyen nombre, edad, grado escolar, dirección y número telefónico y número de seguridad social. Se aplicó el instrumento para conocer su nivel de conocimiento sobre los cuidados de pie para evitar el desarrollo de pie diabético, posteriormente se realizó la actividad educativa con grupos de 12 a 20 personas en la UMF 55 en donde se les explico sobre los cuidados que deben tener sobre sus pies, para después aplicar nuevamente el instrumento de cuidados de pie diabético.



Cabe mencionar que el instrumento de medición de Goyzueta AP. Consuelo Cervantes S. tiene un alfa de Cronbach de 0.78, por lo que se considera aceptable, con una encuesta de 20 preguntas con una escala de Likert de 5 ítems, con las respuestas de nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre. Con una puntuación de 20 a 100 puntos en donde se interpreta el resultado como autocuidado deficiente de 69 a 100 puntos, autocuidado regular de 63 a 68 y buen autocuidado de 62 o menos. La recolección de datos se realizó una vez terminadas las encuestas de ambas evaluaciones en hoja de cálculo de Excel. El análisis estadístico se realizó en el programa IBM SPSS estadístico para Windows versión 25, donde se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon. Los recursos humanos, fue por parte de Dr. Manuel López Bravo residente de medicina familiar, Dra. Susana Lerista Camacho como asesor experto y Dra. Fernanda Yrigoyen Aguilar como asesor metodológico, recursos materiales empleados computadora personal, artículos de papelería, instrumento de medición impreso, presentación en power point y folletos, recursos financieros propios del investigador y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## RESULTADOS

En total se reclutaron 210 pacientes de los cuales 86 son del sexo masculino y 124 del sexo femenino, afiliados a la unidad médico familiar no. 55 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las variables de escolaridad del paciente se muestran en la tabla 1, la mayoría de los pacientes en el estudio tienen escolaridad primaria con un porcentaje del 38.6% que equivale a 81 pacientes.

**Tabla 1. Escolaridad del paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria	81	38,6	38,6	38,6
	secundaria	64	30,5	30,5	69,0
	bachillerato	38	18,1	18,1	87,1
	tecnico	21	10,0	10,0	97,1
	licenciatura	6	2,9	2,9	100,0
	Total	210	100,0	100,0	

En la tabla 2 se muestra la edad del paciente en años en la que encontramos que la mayoría de los pacientes estudiados se encuentran entre los 51 a 55 años de edad con un porcentaje de 22.4% que corresponde a 47 pacientes.



En la tabla 3 se observa 86 son del sexo masculino que corresponde al 41%, y 124 del sexo femenino 59%.

**Tabla 2. Edad del paciente en años**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	40-45 años	11	5,2	5,2	5,2
	46-50 años	21	10,0	10,0	15,2
	51-55 años	47	22,4	22,4	37,6
	56-60 años	44	21,0	21,0	58,6
	61-65 años	43	20,5	20,5	79,0
	66-70 años	43	20,5	20,5	99,5
	mas de 70 años	1	0,5	0,5	100,0
	Total	210	100,0	100,0	

Se encontró que la predominancia del sexo participante corresponde al sexo femenino siendo un 59%, en cuanto al sexo masculino un 41% como se observa en la Tabla 3.

**Tabla 3. Sexo del paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	M	86	41,0	41,0	41,0
	F	124	59,0	59,0	100,0
	Total	210	100,0	100,0	

En la tabla 4 se observa el tiempo de evolución de esta enfermedad en el grupo estudiado es de 0 a 5 años con un porcentaje de 53.8% que corresponde al 113 paciente.

**Tabla 4. Tiempo de evolución de la enfermedad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 a 5 años	113	53,8	53,8	53,8
	6 a 10 años	75	35,7	35,7	89,5
	11 a 15 años	16	7,6	7,6	97,1
	mas de 15 años	6	2,9	2,9	100,0
	Total	210	100,0	100,0	

En la tabla 5 se observa el nivel de conocimiento de la enfermedad pre intervención educativa, con un mal conocimiento por parte de 141 pacientes que corresponde a un 67.1% del total de pacientes, se encontró que 59 pacientes que equivalen al 28.1% de pacientes tienen un conocimiento regular, y solo 10 pacientes tienen un conocimiento bueno que corresponde al 4.8%.





**Tabla 5. Nivel de conocimiento de la enfermedad preintervencion**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bueno	10	4,8	4,8	4,8
	regular	59	28,1	28,1	32,9
	malo	141	67,1	67,1	100,0
	Total	210	100,0	100,0	

Se observa el nivel de conocimiento de la enfermedad pos intervención, en el cual se encuentra que del total, 102 pacientes tienen un nivel de conocimiento regular que corresponde al 48.6% del total de pacientes, por otro lado solo 19 pacientes mostraron un conocimiento malo que corresponde al 9%, y 89 pacientes tienen un nivel de conocimiento bueno de los cuidados del pie diabético posterior a la intervención que corresponden al 42.4 % como se observa en la tabla 6.

**Tabla 6. Nivel de conocimiento de la enfermedad postintervencion**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	bueno	89	42,4	42,4	42,4
	regular	102	48,6	48,6	91,0
	malo	19	9,0	9,0	100,0
	Total	210	100,0	100,0	

### **Estadísticos de prueba<sup>a</sup>**

nivel de  
conocimiento de  
la enfermedad  
postintervencion  
- nivel de  
conocimiento de  
la enfermedad  
preintervencion

Z	-11,871 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos.



## DISCUSIÓN

Este estudio muestra que la población estudiada que comprende la mayoría de la población en la cual se debe de realizar la intervención educativa es comprendida en la edad de 51 a 55 años, debe considerarse como la población en la que se podrá generar mayor impacto si realizamos medidas preventivas. El tiempo de evolución ha mostrado que se asocia con ha mostrado que existe mayor nivel de conocimiento de autocuidado.

En un estudio realizado por Lielt Greselassie cols. (2022) en Etiopia tomando una muestra de 137 pacientes con IC 95%,  $p=0.000$ , encuentra que existe pobre autocuidado del pie diabético. Del mismo modo que en nuestro estudio se observa que tiene un conocimiento malo en medidas de autocuidado del paciente con pie diabético en la evaluación pre intervención educativa.

Existe otro estudio realizado por Olowo Samuel et. al. (2022) donde realizo una investigación en el conocimiento de las complicaciones, auto cuidado, creencias y practicas entre los pacientes atendidos en un hospital terciario en Uganda, con un cuestionario aplicado a 199 pacientes mayores de 18 años con diabetes tipo 2, donde encuentra que existe un conocimiento limitado de complicaciones del pie diabético y su autocuidado, con una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo con  $p<0.05$  y ocupación  $p<0.016$  con las prácticas de auto cuidado en sus pies. Este estudio se observa que el nivel educativo en si se asocia de manera significativa con el nivel de auto cuidado por lo que contamos con resultados que coinciden con el nuestro realizado en la unidad médico familiar no. 55 del IMSS.

Así mismo Muñoz Monterroza (2020) en Colombia con una muestra de 50 pacientes diabéticos amputados observo que la conducta de autocuidado fue un cumplimiento inadecuado en las conductas de autocuidado para la prevención del pie diabético con  $p= 0.057$  ya que 25% de los pacientes no tenía adherencia a la lubricación, 100% no usaba objetos para calentar sus pies. Dado que este estudio no tiene conocimiento previo y posterior a una intervención educativa, no es del todo comparable con nuestro estudio ya que también fue realizado en pacientes a los cuales se les realizo una amputación, sin embargo esta presente como en nuestro estudio que se tiene mal cumplimiento en las medidas de auto cuidado de pie diabético, siendo este un factor que apoya a nuestro estudio en la pre intervención educativa.



Otro estudio realizado por Rosas Martin (2019) en México, tomo una muestra de 384 pacientes en Aguascalientes, con un IC 95 % con índice de error del 0.05%, solo el 51.30% de ellos tiene conocimiento satisfactorio en el autocuidado de pies, sin embargo para el 48.70% el nivel de conocimiento sobre el cuidado de sus pies no era satisfactorio. A pesar de que en nuestro estudio se encontró que 141 pacientes tienen mal conocimiento equivale al 67.1% del total de pacientes y solo el 59 pacientes obtuvieron un conocimiento regular que equivale al 28.1% del total y solo 10 pacientes tiene un buen conocimiento que representa el 4.8% del total de pacientes. En la evaluación previa a la intervención educativa. Sin embargo en la evaluación posterior a la intervención 19 pacientes tienen un conocimiento malo que representa el 9% del total, 102 pacientes obtuvieron que un conocimiento regular que representa 48.6% del total de pacientes, y 89 pacientes obtuvieron un nivel de conocimiento bueno que corresponde al 42.4% del total.

Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentran las variables de ejercicio físico, consumo de tabaco, seguimiento de educación constante al paciente diabético, así como la dieta son variables que no están incluidas en este estudio. No obstante es necesario continuar y promover espacios en donde el paciente reciba educación continua para el mejoramiento del autocuidado, la calidad de vida como parte del la atención medica integral y del tratamiento, que priorice el empoderamiento y la auto gestión del paciente en el proceso de su enfermedad, dado que un 9% desconoce la manera de cómo mantener el cuidado de sus pies.

## **CONCLUSIONES**

Las intervenciones educativas en cuidados del pie diabético son necesarias para dar a conocer el medio por el cual se pueden evitar las complicaciones que pueden ser originadas por esta patología, una adecuada capacitación y seguimiento continuo del paciente que sea capaz de empoderar en su autocuidado para reducir los riesgo de lesiones de tipo ulceroso en el pie diabético es primordial. Es necesaria la educación y evaluación periódica del pie es importante para la toma de decisiones, siempre que sea dada por un equipo multidisciplinario para identificar cambios anatomo-funcionales del paciente diabético.

Se determinó que si hay efecto de una intervención educativa en el conocimiento de medidas preventivas y cuidados del pie diabético en pacientes diabéticos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles. hechos y cifras. Washington, D.C.: OPS, 2019.

Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.

OMS. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. Retrieved from

<http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus x(WHO/NCD/NCS/99.2). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.

Asociación Americana de Diabetes Care 2020 Jan;43 (Suplemento 1): S14-S31.

<https://doi.org/10.2337/dc20-S002> .

Federación Internacional de Diabetes. *Atlas de la Diabetes de la FID, 9ª ed.* Bruselas, Bélgica: 2019.

Disponible en:

<https://www.diabetesatlas.org>

Rosas-Saucedo J, Caballero E, Brito Córdova G, et al. Consenso de prediabetes. Documento de Posición de la Asociación Latinoamericana de Diabetes ((ALAD). Rev. ALAD. 2017;7:184-202.

Seclén SN, Rosas ME, Arias AJ, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Perú: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. BMJ Open Diabetes Res Care. 2015 Oct;3(1):e000110.

Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria. Diabetes Mellitus: Diagnostico de la Situación de Salud Perú. Essalud 2018.

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Prevención y cuidados del pie en personas con diabetes. Argentina 2017.Pag 1-57.

Palvia MO, Rojas SN. Pie diabético: ¿Podemos prevenirlo? Rev. Med. Clin. CONDES [Internet]; 27(2): 227 - 34.



- Olowo S, Stanley Iramiot J, et al. Knowledge of diabetic foot complication, self-care beliefs and practices among patients attending a tertiary hospital in Eastern Uganda. *International journal of Africa Nursing Sciences*. 2022;16:1-9.
- Volmer-Thole M, Lobmann R. Neuropathy and diabetic foot syndrome. *Int J Mol Sci*. 2016;17(6):E917. doi:  
<https://doi.org/10.3390/ijms17060917> .
- Alianza para el Salvataje del Pie Diabético Perú. Prevalencia puntual de pacientes con Pie Diabético internados en hospitales de la costa, sierra y selva del Perú. ALPIEPERÚ 2020.
- Rosas Martin del Campo Ana María, Conocimiento del paciente diabético en el autocuidado de los pies adscritos al Programa DIABETIMSS de la UMF1 delegación De Aguas Calientes, Aguas Calientes 2019. Tesis. México.
- . Camacho OJ, Conrado AS, Rosas BJ. Manejo del pie diabético en Medicina Interna de 2011 a 2012, Hospital Regional 1º de Octubre. *Rev. Esp. Méd. Quir.* [Internet]. 2014; 19: 284-93. Disponible en:  
[www.redalyc.org/pdf/473/47332498006.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/473/47332498006.pdf)
- Campos de Sousa M, Goncaves da Silva Q, et al. Evaluacion del riesgo de pie diabético en pacientes de edad avanzada con diabetes mellitus. *Cultura de los cuidados*. 2019. 23. 270-282.
- Ramirez-Perdomo C, Perdomo-Romero A, et al. Conocimientos y practicas para la prevención del pie diabético. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2019. 1-8.
- Vasquez Diaz AA, Vasquez Falla LM, Conocimiento y practicas preventivas sobre pie diabético en pacientes diabéticos en centro de atención primaria ESSALUD Chiclayo. [Tesis para optar por titulo profesional] Perú, Lambayeque; 2018
- Elías Viramontes A, Gómez Juárez L, Intervencion educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2. *Aquichan*. 2018; 18:3: 343-354.
- Consuelo Fernández I, Rumbo Prieto JM, Riesgo de pie diabético y déficit de autocuidados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería universitaria*. 2018;15:1: 17-29

