



Universidad
de La Laguna



PROYECTO DE FIN DE GRADO

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE BARRANCO GRANDE SOBRE LOS CUIDADOS Y PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

AUTORA: ANA ISABEL PRENDES BRITO.

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: M^a CARMEN ARROYO LÓPEZ.

Doctora por la Universidad de La Laguna y profesora titular de la Universidad de La Laguna en el Grado de Enfermería.

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2014-2015



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL
TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo Fin de Grado

**CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LOS PACIENTES DIABÉTICOS
DEL CENTRO DE SALUD DE BARRANCO GRANDE SOBRE LOS
CUIDADOS Y PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO**

Autora:

Nombre y apellidos de la alumna

ANA ISABEL PRENDES BRITO

Firma del alumno/a



Tutor/a:

Nombre y apellidos de la tutora

M^a CARMEN ARROYO LÓPEZ

Vº. Bº del Tutora:



La Laguna a, 2 de Julio de 2015

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una afección crónica, caracterizada por presentar altos niveles de azúcar en sangre, que la persona que la padece no es capaz de absorber la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Uno de los principales tejidos dañados son los de las extremidades inferiores, lo que se conoce como Pie Diabético.

El Pie Diabético, una vez presente, se convierte en un problema de salud grave ya que, repercute de una manera significativa en la calidad de vida del paciente, además de las complicaciones crónicas que se pueden dar como son: la neuropatía periférica y la insuficiencia vascular.

Este proyecto tiene como objetivo, saber cuáles son los conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre los cuidados, consecuencias, factores agravantes, el nivel de riesgo y medidas preventivas del Pie Diabético. El estudio está centrado en pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus adscritos al Centro de Salud de Barranco Grande y sus periféricos (Centro de Salud de Tíncer y Centro de Salud de San Isidro). El estudio se llevará a cabo desde septiembre a febrero del 2016. En este período se pasará una encuesta descriptiva de corte trasversal a dichos.

Una vez se conozcan y analicen los resultados, se intervendrá con un programa de educación sanitaria, consistente en un esquema educativo para el paciente diabético para el conocimiento de la patología, la aplicación de medidas preventivas y la aplicación de auto-cuidados en casa por el mismo paciente o por su cuidador/a.

Palabras claves:

Diabetes Mellitus, Pie Diabético, Educación sanitaria, Prevención, Auto-cuidado.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic condition, characterized by high levels of sugar in the blood, that the person who has it is not able to absorb glucose properly, so this is circulating in the blood and damaging tissues with the passage of time. One of damaged tissues are the lower extremities, which is known as diabetic foot.

The diabetic foot, once present, it becomes a serious health problem since it affects significantly the quality of life of the patient, in addition to chronic complications that can occur such as: peripheral neuropathy and vascular insufficiency.

This project aims, know what knowledge who have diabetic patients on care, consequences, aggravating factors, the level of risk and preventive measures of the diabetic foot. The study focuses on patients diagnosed with Diabetes Mellitus ascribed to the Health Centre Barranco Grande and its peripherals (Health Centre Tíncer) and Health Center San Isidro. The study will take place from September to February 2016. In this period will be a descriptive survey of transversal cutting such.

Once to know and analyze the results, it will intervene with an education program, consisting of an educational scheme for the diabetic patient to the knowledge of the pathology, preventive measures and the application of self-care at home by the patient or their caregiver to.

Keywords:

Diabetes Mellitus, Diabetic Foot, Prevention, Self-care, Sanitary education.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. ¿Qué es la Diabetes Mellitus?.....	1
1.2. ¿Qué es el Pie diabético?	2
1.3. Factor agravante del Pie Diabético	3
1.4. Prevención	4
1.5. Grupos de riesgo	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS.....	7
3.1. Objetivo general:.....	7
3.2. Objetivos específicos:	7
4. ANTECEDENTES.....	8
4.1. Historia.....	8
4.2. Estado actual	10
5. MATERIAL Y MÉTODO	12
5.1. Diseño y tipo de estudio.....	12
5.2. Ámbito.....	12
5.3. Población de estudio	13
5.4. Consideraciones Éticas.....	13
5.5. Criterios de exclusión	14
5.6. Muestra.....	14
5.7. Variables.....	14
5.8. Recogida de datos	15
5.9. Tratamiento estadístico	15
5.10. Dificultades y limitaciones	15
5.11. Cronograma	17
5.12. Presupuesto.....	17
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
6.1. Bibliografía referenciada	19
6.2. Bibliografía consultada	21
7. ANEXOS.....	23
7.1. Anexo I.....	23
7.2. Anexo II.....	29
7.3. Anexo III.....	30
7.4. Anexo IV	31

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ¿Qué es la Diabetes Mellitus?

Se trata de una afección crónica que se caracteriza por presentar altos niveles de azúcar en sangre y que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. (1) La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas (ubicado en la región izquierda del abdomen) y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con Diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales. (2)

Principales tipos de Diabetes:

- Diabetes Tipo 1. Está causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensas del organismo ataca las células productoras de insulina del páncreas. Como resultado, el organismo deja de producir la insulina que necesita. La razón por la que esto sucede no se acaba de entender. La enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad, pero suele aparecer en niños o jóvenes adultos. Las personas con esta forma de Diabetes necesitan inyecciones de insulina a diario estrecha monitorización, dieta sana y ejercicio físico habitual con el fin de controlar sus niveles de glucosa en sangre. Sin insulina, una persona con Diabetes Tipo 1 morirá.(2)
- Diabetes Tipo 2. Es el tipo más común. Suele aparecer en adultos, pero cada vez más hay más casos de niños y adolescentes. En la Diabetes Tipo 2, el organismo puede producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre. Los enfermos podrían pasar mucho tiempo sin saber que padecen esta enfermedad debido a que los síntomas podrían tardar años en aparecer o en reconocerse, tiempo durante el cual el organismo se va deteriorando debido al exceso de glucosa en sangre. A muchas personas se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen

patentes. Los pacientes no suelen necesitar dosis diarias de insulina para sobrevivir sin embargo, para controlar la afección se podría recetar insulina unida a una medicación oral, una dieta sana y el aumento de la actividad física.(2)

- *Diabetes Mellitus Gestacional.* Se dice que una mujer tiene Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) cuando se le diagnostica diabetes por primera vez durante el embarazo. Suele presentarse en una etapa avanzada y surge debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación. El riesgo para el bebé es menor que los de cuyas madres tienen diabetes tipo 1 o tipo 2 antes del embarazo. Sin embargo, las mujeres con DMG también deben controlar sus niveles de glucemia a fin de minimizar los riesgos para el bebé. Esto normalmente se puede hacer mediante una dieta sana, aunque también podría ser necesario utilizar insulina o medicación oral. Esta diabetes gestacional suele desaparecer tras el parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido DMG corren un mayor riesgo de desarrollar Diabetes Tipo 2 con el paso del tiempo. Los bebés nacidos de madres con DMG también corren un mayor riesgo de obesidad y de desarrollar Diabetes Tipo 2 en la edad adulta. (2)

1.2. ¿Qué es el Pie diabético?

El Pie Diabético (PD) se puede definir como, una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática o la vasculopatía inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, se produce la lesión y/o ulceración del pie (3) que aumentan el riesgo de una persona de amputación.

- *Neuropatía periférica.* Ocasiona pérdida de la sensibilidad en el pie, no sintiendo dolor, con lo cual no se perciben las lesiones. Conduce a la pérdida de la función de los músculos intrínsecos del pie, favoreciendo la aparición de deformidades, éstas pueden favorecer roces, cambios en la distribución de los apoyos del pie mientras camina, predisponiendo a diferentes puntos del pie a la aparición de lesiones. Produce sequedad de la piel y atrofia de la misma, favoreciendo la aparición de grietas. (4)

- Vasculopatía. El constante aumento de la glucosa en sangre hace que los pequeños vasos sanguíneos que irrigan el pie se vayan estrechando haciendo que el aporte de oxígeno y nutrientes esenciales sea insuficiente. El hecho de que en personas diabéticas tengan una disminución de riego sanguíneo, hace que sus lesiones tarden más en curar y que tengan un alto riesgo de complicaciones irreversibles. (4)

El pie del paciente diabético es muy sensible a todas formas de traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables.(5) Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel o deformidades del pie como la presencia de dedo de martillo, dedos en garra, hallux valgus, cabezas metatarsianas prominentes, amputaciones u otra cirugía del pie; y debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se puede producir gangrena. (6)

1.3. Factor agravante del Pie Diabético (PD)

Una infección es el mayor problema al que se puede enfrentar un paciente diagnosticado de PD ya que, agrava la patología. (6) Al estar inmunológicamente deprimidos los pacientes diabéticos de larga evolución son más susceptibles a las infecciones. Aunque este factor agravante no es el causante de la aparición de las lesiones, si que interviene en la evolución de las mismas. (4)

La ausencia de dolor que favorece la aparición de una celulitis extensa o de un absceso, la vasculopatía que compromete la irrigación y el aporte de oxígeno o la hiperglucemia que disminuye las defensas del organismo son varias de las causas que provocan a los pacientes diabéticos el ser más sensibles a la infección. (4)

TIPOS DE INFECCIONES

	TIPO DE COMPROMISO INFECCIOSO	PATÓGENOS INVOLUCRADOS
Tejidos blandos	- Paroniquia - Mal perforante plantar - Dermofitosis	- Cándida - Staphylococcus aureus - Polimicrobiana - Trichophyton, microsporium y epidermophyton
Necrosante de la piel con infección de tejidos blandos	- Fascitis necrotizante - Celulitis sinérgica necrotizante - Celulitis crepitante no clostrídea	- Staphylococcus pyogenes, anaerobios - Anaerobios y organismos facultativos - Anaerobios y aerobios
Tejido óseo	- Osteomielitis	- Staphylococcus aureus - Polimicrobiana: Staphylococcus aureus, bacilos Gram negativos aerobios, anaerobios.

Esquema 1: Infecciones de Pie Diabético según tejido comprometido.
Fuente: Acta Médica Colombia (7)

1.4. Prevención

Retrasar, disminuir y prevenir la aparición de lesiones en las extremidades del paciente diabético se puede conseguir mediante un correcto control de la enfermedad.

Una persona diagnosticada con Diabetes Mellitus debe:

- Dejar de fumar, ya que el tabaco reduce el flujo sanguíneo a los pies.
- Controlar el nivel de azúcar en sangre.
- Cuidar y revisar los pies cada día, y con mayor hincapié en aquellos pacientes que padecen una afección nerviosa o falta de irrigación sanguínea. (4)

1.5. Grupos de riesgo

Los pacientes que corren mayor riesgo de padecer una ulceración diabética son aquellos con:

- Deformidades óseas.
- Neuropatía periférica.
- Antecedentes de ulceración previa.
- Enfermedad vascular isquémica.
- Antecedentes de alcoholismo.
- Retinopatía o neuropatía.
- Aislamiento social.
- Personas con más de 70 años.(4)

CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS

Grado 0	Sin úlcera; pero con callosidades, deformidad de cabezas de metatarsianos, dedos en garra y anomalías óseas (Pie en riesgo).
Grado 1	Úlcera superficial, sin infección clínica (sin celulitis).
Grado 2	Úlcera profunda, con frecuencia infectada, con leve a moderada celulitis, pero sin compromiso óseo. Llega a tendón, ligamento o articulación.
Grado 3	Úlcera profunda con formación de absceso y/o osteomielitis (infección localizada).
Grado 4	Gangrena localizada (hasta el 50% DEL PIE).
Grado 5	Gangrena en todo el pie (compromete más del 50% del pie).

Esquema 2: Clasificación de las úlceras de Pie Diabético.
Fuente: Acta Médica Colombia (7).

2. JUSTIFICACIÓN

Cada medio minuto, alguien pierde una pierna en algún lugar del mundo debido a la Diabetes Mellitus. La mayoría de estas amputaciones comienza por una úlcera del pie (un 85%), una de cada seis personas con Diabetes desarrollará una a lo largo de su vida. (8)

La prevalencia de estas úlceras de Pie Diabético en los países desarrollados varía según el sexo, edad y población desde el 4% hasta el 10%. (8) En el análisis de los factores de riesgo que predisponen al pie diabético hemos encontrado como fundamentales: paciente con Diabetes Mellitus con tiempo de evolución de la enfermedad superior a 10 años, la edad del paciente (especialmente en los individuos mayores de 50 años), antecedentes de úlcera o amputación, presencia de neuropatía, artropatía, vasculopatía, presencia de otras complicaciones diabéticas, el bajo nivel socioeconómico del paciente, el aislamiento social, deficiencias en la dieta, deficiente educación en el cuidado de los pies y otros factores de riesgo asociados a la enfermedad vascular. Podemos afirmar que las úlceras neuropatías, factor de riesgo prevalente para el desarrollo de úlceras, son de igual frecuencia en hombres que en mujeres y que aparecen generalmente en diabéticos de larga evolución. (9)

Las lesiones propias del denominado PD que transcurren habitualmente sin dolor, suelen agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada. (6) Por ello, es muy importante el conocimiento y el control de los factores de riesgo del PD desempeñando un papel fundamental en la reducción de la incidencia de esta afección. En la mayoría de los casos, las úlceras diabéticas y las amputaciones del pie se pueden prevenir. Se calcula que se podría evitar hasta un 85% de las amputaciones. (10)

Por todo lo anteriormente dicho, sería bueno conocer cuáles son los conocimientos, el nivel de riesgo, el nivel de educación o cómo actúan los pacientes, entre otras cosas, para prevenir o tratar un PD diariamente, para que una vez conocidos los resultados se pueda intervenir en la población mediante un programa de educación sanitaria. Este esquema educativo para el paciente diabético se reconocerá sin lugar a dudas como un componente esencial en sus cuidados; pues el tratamiento será inspirante si el paciente conoce su enfermedad y tiene la habilidad de participar en sus propios tratamientos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Conocer si los pacientes diabéticos que acuden al Centro de Salud de Barranco Grande y a sus periféricos (Centro de Salud de Tíncer y Centro de Salud de San Isidro), tienen los conocimientos necesarios sobre los cuidados que precisan en el caso de padecer el Pie Diabético.

3.2. Objetivos específicos:

- Conocer el nivel de conocimientos que tiene el paciente referente a su Diabetes Mellitus y en que consiste el Pie Diabético.
- Conocer cómo afecta la enfermedad a la vida diaria de los pacientes.
- Conseguir que el paciente conozca la importancia del cuidado para prevenir o mejorar la patología.
- Conseguir a través de un programa de educación que el paciente y su familia identifiquen los cuidados del Pie Diabético

4. ANTECEDENTES

4.1. Historia

La primera referencia histórica que se tiene de un cuadro clínico semejante a la Diabetes Mellitus como es conocida hoy en día, se encuentra en un papiro egipcio escrito aproximadamente en el año 1500 a.C. y descubierto en una tumba de Tebas por el egiptólogo Georg Ebers en el año 1862. La siguientes, se describen en libros que datan del año 600 a.C. por médicos hindúes que narran la existencia de unos enfermos que padecen sed, adelgazan rápidamente, pierden fuerzas y emiten una orina que "atrae a las hormigas por su sabor dulce". Ambas referencias muestran que los síntomas de esta enfermedad son conocidos desde hace ya miles de años. (11)

Sin embargo, no fue hasta el siglo II d.C. cuando se acuña el término Diabetes por Areteo de Capadocia, médico turco. Le da a la afección este nombre que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón. (12) Además, identifica los tres síntomas más comunes: polidipsia, poliuria y el adelgazamiento, pasándole sólo relativamente inadvertido el incremento de apetito y de la ingestión de alimentos (polifagia). (13)

Galeno de Pérgamo por su parte, en el siglo II, pensaba que la Diabetes era una enfermedad muy rara e interpretó, utilizando términos alternativos como "diarrea urinosa" y "dypsacus" (extrema sed), que era producida por la incapacidad del riñón para retener agua, y esta idea, en cierto modo equivocada, persistió durante quince siglos. Ya en el siglo XVII, el médico inglés Thomas Willis se atrevió a probar la orina de un paciente redescubriendo, dos mil doscientos años después que los hindúes, que la orina tenía sabor a miel (mellitus). Pero no fue sino hasta 1775 cuando, Mathew Dobson, descubrió después de hacer por primera vez estudios en grupos de pacientes, que el sabor dulce de la orina era debido a la presencia de azúcar. El doctor Dobson, que pensaba que la sustancia dulce se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión limitándose los riñones a eliminar el exceso de ésta, concluyó que "la pérdida de peso y fuerza de los diabéticos era la consecuencia de la pérdida de material nutritivo por la orina", conclusión muy parecida a la que había llegado Areteo de Capadocia mil seiscientos años antes. (14)

Hasta finales del siglo XIX, el páncreas seguía siendo un gran desconocido desde el punto de vista de su función. En 1869, el joven Paul Langerhans publicó su tesis doctoral sobre histología del páncreas. En sus estudios, Langerhans describió unos grupos de células en forma de pequeñas islas, independientes del resto de la estructura de la glándula y cuya naturaleza y función, según sus palabras, no era capaz de explicar. Dos décadas después, dos cirujanos: Von Mering y Minkowsky observaron que tras la extirpación del páncreas a animales, éstos se volvían diabéticos. Estos experimentos apuntaban sin duda alguna al páncreas como principal responsable de la diabetes, aunque faltaba todavía saber cómo. El propio Minkowsky contribuyó a resolverlo llevando a cabo autotrasplantes de páncreas. Los trasplantes permitieron comprobar que, cuando éstos eran de tamaño suficiente, no se presentaban los síntomas de la diabetes en el animal. (14)

Todo hacía suponer que el páncreas fabricaba una sustancia (desconocida entonces) que se vertía a la sangre y cuya ausencia era la responsable de la diabetes. La búsqueda de esta sustancia llevó en 1921 al médico canadiense Frederick Banting y al filósofo galardonado con el Nobel Charles Herbert Best a descubrir la insulina. Unos meses después, en enero de 1922 se utilizó con éxito por primera vez en un niño de 12 años (Leonard Thomson). (14) Este descubrimiento significó una de las más grandes conquistas médicas del siglo actual, porque transformó el porvenir y la vida de los diabéticos y abrió amplios horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y del metabolismo de los glúcidos. (12)

En cuanto al Pie Diabético, ya desde tiempos muy antiguos se venía hablando de algunas lesiones que se presentaban en las extremidades inferiores de los pacientes con Diabetes Mellitus. Fue Avicena, médico árabe, quien introdujo el conocimiento de algunas complicaciones en el pie de estos enfermos como la gangrena. En 1956, Oakley y colaboradores fueron quienes primero en poner interés a la enfermedad arterial, la neuropatía y a la infección, así como a su interrelación con factores causales en el surgimiento de la lesión de la extremidad inferior del diabético. Martorell en 1967, fue quien propuso que la enfermedad arterial periférica del paciente diabético es producida por la lesión de las arteriolas y arterias de pequeño calibre, y Rosendahl (1972) sugirió que la neuropatía diabética, al favorecer la infección y destrucción del antepié, causa un 20 % de las gangrenas diabéticas mientras que el 80 % se deben a insuficiencia arterial. (12)

4.2. Estado actual

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica con mayor repercusión en la morbilidad y mortalidad general que afecta en forma creciente a toda la sociedad. En términos generales puede decirse que su predominio no ha dejado de crecer en las últimas décadas debido a una serie de factores, entre los que se deben nombrar el aumento de la longevidad, de la obesidad y del sedentarismo. Actualmente se estima que 347 millones de personas padecen esta enfermedad, según la OMS “La Diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030”. Aunque hay diferencias importantes entre determinadas zonas geográficas y grupos étnicos, por ejemplo, en los países desarrollados la mortalidad por Diabetes Mellitus ocupa entre el 4% y el 8% en cuanto a la causa fundamental de muerte y en los países menos desarrollados ocupa también un lugar importante dentro del cuadro epidemiológico. (15)

Antes de la utilización de la insulina la principal causa de mortalidad de la Diabetes Mellitus se atribuía a la alteración metabólica, de manera que la cetoacidosis era de 1911 a 1920, la primera causa de muerte, seguida por las infecciones y por las enfermedades cardiovasculares. (16) Con el descubrimiento de la insulina y la utilización perfecta de los sueros y los antibióticos esta situación cambió. En la actualidad, la enfermedad vascular es la primera causa de muerte, es decir, ha sido posible tratar cada vez mejor la enfermedad y resolver las complicaciones agudas graves. Por lo tanto, ha aumentado la esperanza y calidad de vida de los pacientes, pero a la vez se ha confirmado un aumento de las dificultades crónicas de tipo microangiopáticas, macroangiopáticas y neuropáticas que son factores determinantes en la aparición de un pie diabético. (15)

Hoy en día, el conocimiento de la fisiopatología del Pie Diabético es esencial para su prevención y tratamiento. Existen tres factores fundamentales en el PD tales como pueden ser, la neuropatía, infecciones y la vasculopatía. Entre el 40-50 % de los diabéticos desarrollan a lo largo de su vida una úlcera en el pie, que en un 20 % de los casos es la causa de la amputación de la extremidad. (8)

En la actualidad, la Diabetes Mellitus se ha convertido en una enfermedad de gran relevancia sanitaria y en concreto, el Pie Diabético está provocando un importante



problema, el cual está creciendo cada año, provocando grandes repercusiones socioeconómicas y sanitarias, y alterando a su vez la calidad de vida del paciente. (15)

Es por ello, que el control médico del paciente en la atención ambulatoria es determinante. La evaluación dinámica y continua del enfermo debe constituir el pilar fundamental en esta labor. Así como también es muy importante que se les facilite al enfermo y a los familiares, la información necesaria, que les aporte conocimientos suficientes, para detectar y valorar cualquier anomalía en los pies.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. Diseño y tipo de estudio.

Estudio prospectivo, que se llevará a cabo en uno de los servicios de Atención Primaria. Concretamente en el “Centro de Salud Barranco Grande” en Santa Cruz y en los centros periféricos del Centro de Salud de Tíncer y del Centro de Salud San Isidro (El Chorrillo).

Se le ofertará a los pacientes diabéticos de estos centros la cumplimentación de una encuesta, previo consentimiento informado y a través de las enfermeras del centro de salud, a quienes se les informará de los objetivos del estudio. La encuesta es de tipo semi estructurada, de única respuesta, personal y confidencial.

El objeto final de la elaboración de este método directo de recolección de datos es conocer las carencias informativas, curativas, preventivas e higiénicas que tienen los pacientes diabéticos y su entorno a cerca de la prevención y cuidados del PD además de, sus principales preocupaciones. Todo esto serviría en un futuro para elaborar un documento informativo, para los pacientes aquejados de la Diabetes Mellitus y por consecuencia del PD o pacientes en riesgo de padecerlo, que sirva como guía de cuidados y recomendaciones.

5.2. Ámbito

El estudio sería llevado a cabo en el Centro de Salud de Barranco Grande situado en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Se trata de una zona básica que tiene como periféricos el Centro de Salud de Tíncer y el Centro de Salud San Isidro (El Chorrillo). En conjunto los centros cuentan con un total de 41.043 usuarios de los que 32.887 son adultos y 8.156 son pacientes pediátricos. Además los tres centros de salud cuentan con un total de 55 profesionales de los cuales 21 son médicos, 9 pediatras, 17 enfermeros adultos y 8 enfermeros pediátricos.

PROFESIONALES: MÉDICOS Y ENFERMERAS

CENTRO DE SALUD	PACIENTES	Nº USUARIOS	PERSONAL SANITARIO
C.S. Barranco Grande	Adultos	20.216	12 Médicos de Familia, 11 Enfermeros
	Pediatría	4.435	5 Pediatras, 4 Enfermeros Pediátricos
C.S. Tíncer	Adultos	8.982	6 Médicos de Familia, 4 Enfermeros
	Pediatría	2.747	3 Pediatras, 3 Enfermeros Pediátricos
C.S. San Isidro	Adultos	3.689	3 Médicos de Familia, 2 Enfermeros
	Pediatría	974	1 Pediatra, 1 Enfermero Pediátrico

Esquema 3: Fuente: Dirección de ZB del Centro de Salud de Barranco Grande (17)

La encuesta sería llevada a cabo en el propio centro de salud por el personal autorizado para la labor y a los enfermos diagnosticados de Diabetes Mellitus. Esta información será recolectada en el momento posterior a la consulta aunque será en la misma donde se informe y se autorice.

5.3. Población de estudio

La población objeto de este estudio serán todos aquellos usuarios incluidos en la tarjeta sanitaria de la zona básica de salud del Centro de Salud de Barranco Grande y sus periféricos (Centro de Salud de Tíncer y el Centro de Salud San Isidro) diagnosticados como enfermos diabéticos con independencia de su edad, sexo.

5.4. Consideraciones Éticas

El estudio se realizará en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004) y Seúl (2008); y las Leyes y Reglamentos vigentes en Europa y España.

Se solicitará autorización a los responsables de Atención Primaria para llevar a cabo el estudio.

5.5. Criterios de exclusión

Del estudio serán excluidos aquellos pacientes que cumplen una serie de criterios que podrían generar un sesgo en la estimación de la relación entre variables o un aumento de la varianza de las mismas por su participación en el estudio. Las razones de exclusión son:

- ✓ Pacientes que por razones personales u de otra índole no quieran participar en el estudio.
- ✓ Pacientes cuya participación en el estudio pueda presentar un riesgo en su salud tanto física como psíquica.
- ✓ Pacientes que no hayan firmado la autorización para la realización del estudio o en su defecto, los progenitores o tutores legales del enfermo al tratarse de un menor.
- ✓ Pacientes con enfermedades neurológicas, psiquiátricas o cualquier otra patología que pudiera impedir la comunicación.

El objetivo de excluir de este estudio a los pacientes que cumplan lo anterior es reducir los sesgos, aumentar la seguridad de los pacientes y la eficiencia en la estimación.

5.6. Muestra

La muestra estará compuesta por los pacientes diabéticos que se encuentran en la población que acude a los Centros de C.S. Barranco Grande, C.S. Tíncer y del C.S. San Isidro (41.043 pacientes).

5.7. Variables

Se trata de una encuesta descriptiva/diagnóstica de carácter cualitativo ya que, el objetivo principal de la investigación es especificar las costumbres, las características y los perfiles de los pacientes diabéticos con o sin la patología de Pie Diabético en los centros de salud anteriormente referidos. Además según el procedimiento de administración del cuestionario podemos decir que es de carácter personal, que es de corte trasversal (estudio observacional) y que su fin es específico.

5.8. Recogida de datos

Los datos serán recogidos en los centros de salud. Se hará entrega de la encuesta al paciente diabético al finalizar su consulta médica por parte del equipo de enfermeros (también podría facilitarla el médico o pediatra) que han sido formados para facilitar información y hacer más sencilla la cumplimentación de estos test. Este equipo de enfermería aparecerá en el resultado del trabajo como colaboradoras del mismo. Los pacientes los podrán rellenar en el mismo centro y entregarlos al equipo de enfermería o en casa y llevarlos en la próxima consulta a la que acudan. El estudio se llevará a cabo durante cinco meses y sólo podrá ser realizada por aquellos usuarios que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión anteriormente descritos.

En el caso de ser menores de edad el cuestionario será completado y autorizado por sus progenitores o tutores legales.

5.9. Tratamiento estadístico

Una vez finalizado el periodo de recogida de datos se realizará un análisis descriptivo del que se extraerán una serie de conclusiones tipo: falta de conocimientos o de cuidados, uso de calzado inadecuado, grado de la úlcera, limpieza del pie, ...Una vez extraída la información y clasificada por variables tales como sexo, edad, ocupación o tipo de Diabetes Mellitus que padecen se procederá a hacer un informe educativo a cerca de la prevención y/o cuidados del Pie Diabético que será entregado a modo de guía en las consultas de los centros de salud para poder reducir los riesgos de esta enfermedad a través de cuidados y consejos.

5.10. Dificultades y limitaciones

A la hora de recoger los datos se pueden presentar diversos problemas derivados del propio estudio o de los miembros que participan tales como:

- ✓ Los participantes no conozcan con certeza la información personal requerida para responder la encuesta.

- ✓ Los participantes que se lleven la encuesta a casa podrían tener problemas conceptuales, que sin embargo los que los rellenen en el centro de salud no los tendrían porque cuentan con el apoyo del personal preparado para resolver todo tipo de duda o problema.
- ✓ Cuestionarios incompletos por falta de interés de los entrevistados o por otra causa.
- ✓ Los informantes no contesten con sinceridad.
- ✓ Resistencia de los participantes dar cierta información.
- ✓ El despiste por parte del personal sanitario de proporcionar la encuesta a todos los enfermos de Diabetes.
- ✓ Este estudio tiene la limitación de que es un análisis descriptivo para determinar la magnitud del problema y si se da o no en esta zona, por lo que generaría nuevos estudios de trabajo para profundizar más en las causas y como resolverlo.

A falta de un acceso directo al proceso de recepción de la información, los investigadores deben confiar en la organización de los datos ofrecida por los informantes. Por tanto, el papel del colaborador resulta crucial (enfermeros, médicos, tutores, familiares,...). Los investigadores también tienen el derecho a decidir si rechazan estas muestras, reconstruye los elementos que faltan o renuncia a analizar ciertos aspectos.

5.11. Cronograma

La duración del proyecto sería de ocho meses, con fecha de inicio el 1 de septiembre de 2015 y de finalización el 2 de mayo del 2016. Se dividiría en cuatro fases: iniciación, formativa e informativa, desarrollo y por último, la fase final. Cada una de las etapas y su tiempo de elaboración se detalla en el siguiente cronograma.

ACTIVIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL
1ª FASE		
1. <i>Petición de permisos</i>	01-sep-15	08-sep-15
2. <i>Firma de documento de confidencialidad</i>	09-sep-15	09-sep-15
3. <i>Solicitar listado de pacientes con DM y PD</i>	10-sep-15	18-sep-15
2ª FASE		
4. <i>Formación y presentación del cuestionario</i>		
4.1. <i>Personal sanitario C.S. de Barranco Grande</i>	21-sep-15	22-sep-15
4.2. <i>Personal sanitario C.S. de Tíncer</i>	23-sep-15	23-sep-15
4.3. <i>Personal sanitario C.S. San Isidro</i>	24-sep-15	25-sep-15
5. <i>Inicio elaboración cuestionarios (Información)</i>	28-sep-15	29-feb-16
6. <i>Contacto telefónico con pacientes que no hayan recibido el cuestionario</i>	01-mar-16	04-mar-16
3ª FASE		
7. <i>Evaluación de los datos recogidos</i>	07-mar-16	01-abr-16
8. <i>Contrastar</i>	04-abr-16	08-abr-16
4ª FASE		
9. <i>Elaboración documento final</i>	11-abr-16	02-may-16

Esquema 4: Cronograma

5.12. Presupuesto

Durante los ocho meses de realización del proyecto incurrirán en una serie de gastos derivados del mismo que se detallan en la siguiente tabla.

CONCEPTO	COSTE UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
<i>Folios (x500)</i>	3,70 €	30	111,00 €
<i>Cartuchos de tinta</i>	13,00 €	15	195,00 €
<i>Carpetas</i>	0,10 €	2500	250,00 €
<i>Impresora</i>	90,00 €	1	90,00 €
<i>Transporte</i>	10,00 €	5	50,00 €
<i>Dieta</i>	10,00 €	10*	100,00 €

TOTAL	796,00 €
--------------	-----------------

Esquema 5: Presupuesto

* Durante 5 días para 2 personas que serán las encargadas de formar e informar del proyecto al personal sanitario de cada centro.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1. Bibliografía referenciada

1. Harris M., Zimmet P. *Classification of Diabetes Mellitus and other categories of glucose intolerance*. International Textbook of Diabetes Mellitus. Segunda edición. Chichester: John Willey and Sons Ltd.
2. Servicio Diabetología, Hospital de Córdoba.
www.diabeteshospitalcordoba.com/pacientes/que-es-la-diabetes/
3. Aragón F.J. *El Pie Diabético*. Editorial Masson, Barcelona (2001).
4. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas (AEEV). Pie Diabético y sus cuidados.
www.aeev.net/oie-diabetico.php
5. Geosalud, Diabetes Mellitus, Pie Diabético.
6. www.geosalud.com/diabetesmellitus/piediabetico.htm
7. Centro de Medicina Hiperbárica. Unidad de oxigenación tisular, cicatrización y control de infecciones. Pie Diabético.
www.medicinahiperbarica.com
8. Acta médica Colombiana, Pie Diabético, Infecciones y Úlceras.
www.actamedicacolombiana.com
9. Dirección enfermera, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo de cuidados Pie Diabético. Comunidad de Madrid.
www.madrid.org
10. Andrew Boulton. *El Pie Diabético: epidemiología, factores de riesgo y atención*. Diabetes Voice, volumen 50, número especial.
11. International Diabetes Federation (IDF) Atlas, 6ª edición.
www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes
12. Medicina Multimedia. Historia de la Diabetes.
www.iqb.es/d_mellitus/historia/h01.htm
13. Rodríguez-Miñón J.L.. *La diabetes tres mil quinientos años de historia*, 27 Junio 1991.
14. Actualización en insulino terapia para sanitarios. Epígrafe 5: Un poco de historia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
www.chospab.es



15. Monográfico: Diabetes. Epígrafe 2: Un poco de historia. Comunidades de divulgación Científico técnica.
www.elergonomista.com
16. Organización Mundial de La Salud (OMS), Diabetes Mellitus.
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
17. Catalá Sardinias, E.. *Educación diabetológica y cuidados de los pies en pacientes adultos mayores diabéticos tipo 2 con riesgo de Pie diabético.*
www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0535
18. Usuarios del Centro de Salud de Barranco Grande y adheridos. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias.

6.2. Bibliografía consultada

- Harris M., Zimmet P.. Classification of Diabetes Mellitus and other categories of glucose intolerance. International Textbook of Diabetes Mellitus. Segunda edición. Chichester: John Willey and Sons Ltd..
- International Diabetes Federation (IDF) Atlas, 6ª edición.
www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes
- Aragón F.J.. *El Pie Diabético*. Editorial Masson, Barcelona (2001).
- Servicio Diabetología, Hospital de Córdoba.
www.diabeteshospitalcordoba.com/pacientes/que-es-la-diabetes/
- Andrew Boulton. *El Pie Diabético: epidemiología, factores de riesgo y atención*. Diabetes Voice, volumen 50, número especial.
- Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEV). Pie Diabético y sus cuidados.
www.aeev.net/oie-diabetico.php
- Monográfico: Diabetes. Epígrafe 2: Un poco de historia. Comunidades de divulgación Científico técnica.
www.elergonomista.com
- Medicina Multimedia. Historia de la Diabetes.
www.iqb.es/d_mellitus/historia/h01.htm
- Figuerola D, Reynals E.. *Diabetes Mellitus*, 13 ed. Madrid, Mosby-Doyma Libros S.A., 1995.
- Manual Merck, Editorial Océano Grupo Editorial.
- Geosalud, Diabetes Mellitus, Pie Diabético.
www.geosalud.com/diabetesmellitus/piediabetico.htm
- Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas, Pie Diabético, área de pacientes.
www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/complicaciones-en-los-pies.html
- Dr. F. Javier Aragón Sánchez. Unidad de pie diabético, Islas Canarias.
www.piediabetico.net
- Roldán Valenzuela A, Matos Medina D., *Pie Diabético*. Sevilla 2004.



- American Diabetes Association, since 1940.
www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/complicaciones-en-los-pies.htm/
- Clínica Universitaria de Navarra, Enfermedades y Tratamientos, Pie diabético.
www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidado-pies-diabetico
- Acta médica Colombiana, Pie Diabético, Infecciones y Úlceras.
www.actamedicacolombiana.com
- Dr. Francisco F. Rocca y Dr. Juan Carlos Plá. *Diabetes Mellitus*, Edita el Departamento de Publicaciones del SMU, 1963.
- Rodríguez-Miñón J.L.. *La diabetes tres mil quinientos años de historia*, 27 Junio 1991.
- Actualización en insulinoterapia para sanitarios. Epígrafe 5: Un poco de historia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
www.chospab.es
- Solano JM.. *Epidemiología y repercusión socioeconómica de la patología vascular*. En: Cairols MA. Actualidades de Angiología y Cirugía Vascular, Barcelona, 1993.
- Organización Mundial de La Salud (OMS), Diabetes Mellitus.
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
- Martorell F. *Angiología. Enfermedades vasculares*. Barcelona: Salvat, 1967.
- Usuarios del Centro de Salud de Barranco Grande y adheridos. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias.
- Dirección enfermera, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo de cuidados Pie Diabético. Comunidad de Madrid.
www.madrid.org
- Catalá Sardinas, E.. *Educación diabetológica y cuidados de los pies en pacientes adultos mayores diabéticos tipo 2 con riesgo de Pie diabético*.
www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0535

7. ANEXOS

7.1. Anexo I

Para llevar a cabo el estudio se procederá a la recogida de datos mediante un cuestionario semiestructurado, de elaboración propia. Para que los pacientes del Centro de Salud de Barranco Grande y anexados puedan responder a esta encuesta específica se solicitará previamente su (Anexo II) consentimiento para ser incluido en el estudio, y dónde garantizamos la privacidad del mismo y agradecemos la colaboración. En el momento en que de su consentimiento, por escrito, se procederá a rellenar el siguiente cuestionario:

DATOS PERSONALES:

Nombre:.....

Fecha de nacimiento:..... **Sexo:** *Mujer / Hombre*

Centro de Salud al que pertenece:.....

Situación laboral: *Jubilado/ Empleado/ Desempleado/ Estudiante/ Otros*

Fecha de diagnóstico Diabetes:.....

CUESTIONARIO:

1. ¿Qué tipo de Diabetes Mellitus padece?
 - Tipo 1
 - Tipo 2
 - Gestacional
 - Otros
2. ¿Sabe usted qué es el Pie Diabético?
 - Si
 - No
3. ¿Ha sido diagnosticado de Pie Diabético?
 - Si
 - No

4. Si su respuesta es afirmativa, ¿De qué grado es su ulceración?
 - Grado 0. Sin úlcera; pero con callosidades, deformidad o dedos en garra.
 - Grado 1. Úlcera superficial, sin infección clínica.
 - Grado 2. Úlcera profunda, con frecuencia infectada y con celulitis (sin compromiso óseo).
 - Grado 3. Úlcera profunda con formación de absceso y/o osteomielitis (infección localizada).
 - Grado 4. Gangrena localizada (hasta el 50% del pie).
 - Grado 5. Gangrena en todo el pie (compromete más de 50% del pie).
5. ¿Fue informado del riesgo de padecer Pie Diabético?
 - Si
 - No
 - No lo recuerdo
6. ¿Sabe cuáles son los factores de riesgo de esta enfermedad?
 - Si
 - No
7. ¿Con qué frecuencia acude al podólogo?
 - Una vez al mes
 - Una vez al año
 - Nunca
 - Otros:.....
8. Si encuentra algún tipo de herida en su pie,
¿se lo comunica/comunicaría a su médico y/o enfermero?
 - Si
 - No
9. ¿Se trata usted mismo las heridas del pie?
 - Si
 - No
10. Si la respuesta es afirmativa, ¿le han enseñado a hacerlo algún especialista?
 - Si
 - No

11. ¿Padece usted neuropatía periférica?

- Si
- No

12. En caso afirmativo, ¿le han informado del riesgo de ulceración diabética de esta enfermedad?

- Si
- No

13. ¿Padece usted retinopatía o neuropatía?

- Si
- No

14. En caso afirmativo, ¿le han informado del riesgo de ulceración diabética de esta enfermedad?

- Si
- No

15. ¿Padece usted enfermedad vascular isquémica?

- Si
- No

16. En caso afirmativo, ¿le han informado del riesgo de ulceración diabética de esta enfermedad?

- Si
- No

17. ¿Padece deformidades óseas?

- Si
- No

18. En caso afirmativo, ¿le han informado del riesgo de ulceración diabética de esta enfermedad?

- Si
- No

19. ¿Controla diariamente su nivel de azúcar en sangre?

- Si
- No

20. ¿Es usted fumador?

- Si
- No

21. Si la respuesta es afirmativa, ¿le han informado previamente de las consecuencias que el tabaco provoca en el Pie Diabético?

- Si
- No

22. ¿Bebe habitualmente alcohol?

- Si
- No

23. Si la respuesta es afirmativa, ¿Con qué frecuencia?

24. ¿Padece algún tipo de aislamiento social?

- Si
- No

25. ¿Está usted vacunado del Tétanos?

- Si
- No

26. ¿Revisa habitualmente sus pies para controlar las heridas, callosidades, rasguños, etc.?

- Si
- No

27. Si la respuesta es afirmativa, ¿Le ha enseñado algún profesional sanitario como hacerlo?

- Si
- No

28. ¿Lava sus pies a diario?

- Si
- No

29. ¿Se seca entre los dedos de los pies al finalizar su lavado?

- Si
- No

30. ¿Aplica crema hidratante después del mismo?

- Si
- No

31. ¿De qué manera se lima las uñas de los pies?

- Cuadradas
- Redondas
- No me las limo

32. La limpieza de los pies y cuidados es muy importante, ¿le ha sido informado de esto por el especialista sanitario?

- Si
- No

33. ¿Usa calzado de buena calidad que se adapta al pie?

- Si
- No

34. ¿Tiene más de un par de zapatos?

- Si
- No

35. ¿Utiliza zapatos abiertos tipo sandalias?

- Si
- No

36. ¿Se compra usted mismo el calzado?

- Si
- No

37. Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia lo hace?.....

38. El calzado es muy importante en un Pie Diabético, ¿le ha sido informado de esto por su médico?

- Si
- No

39. ¿Se cambia todos los días de calcetines?

- Si
- No

40. ¿Camina usted descalzo?

- Si
- No

41. ¿Realiza usted ejercicios específicos con los pies?

- Si
- No

42. ¿Camina usted a diario?

- Si
- No

43. Si la respuesta es afirmativa. ¿Durante cuánto tiempo?.....

44. ¿Conoce la existencia de una prueba que se realiza para saber el riesgo de Pie Diabético?

- Si
- No

45. Si la repuesta es afirmativa, ¿Le ha informado su médico de la misma?

- Si
- No

Muchas gracias por su colaboración.

7.2. Anexo II

Antes de realizar el estudio de investigación se debe de solicitar conformidad para la realización del estudio de investigación.

A la atención de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
A/A Dirección Médica/Enfermería (*marcar la más apropiada*)
Dirección médica: Elena Pérez Cánovas (mpercans@gobiernodecanarias.org)
Dirección de enfermería: José Miguel de Armas Felipe
(jarmfel@gobiernodecanarias.org)

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
C/Carmen Monteverde, 45
38003 Santa Cruz de Tenerife

Asunto: petición de conformidad para la realización del estudio de investigación
titulado: _____

Solicitamos la conformidad para la realización del trabajo arriba
mencionado.

Como responsable del estudio y en nombre del equipo de profesionales que
participan adjunto la información sobre el mismo en el modelo de solicitud de
autorización para su realización.

Firmado
(Promotor Externo)

En _____ a _____ de _____ de 20__.

Datos de contacto:

- Nombre:
- Teléfono:
- Correo electrónico:

7.3. Anexo III

Antes de realizar el estudio de investigación se debe de solicitar permiso para la realización del estudio de investigación.

Solicitud de permiso para la realización del estudio de investigación abajo descrito en los centros dependientes de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
Título del estudio:
Nombre y lugar de trabajo del equipo de investigadores:
La participación del investigador es en calidad de: <input type="checkbox"/> Investigador principal <input type="checkbox"/> Investigador colaborador
Recursos que se solicitan (¿En qué consiste la participación de la Gerencia? ¿En qué consiste la participación de los profesionales de atención primaria?)
Para cualquier duda pueden dirigirse a: Vinita Mahtani Chugani (vmahchu@gobiernodecanarias.org) José Félix Reyes Rodríguez (jfreyrod@gobiernodecanarias.org)
Este formulario debe ir acompañado en documento adjunto de:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo <u>completo</u> del estudio y su diseño 2. Dictamen del CEIC correspondiente 3. Cualquier otra documentación que se considere relevante
Una vez recibida la solicitud será remitida a la comisión de evaluación de los proyectos de investigación que se realizan en la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife quien valorará su pertinencia e impacto y emitirá un informe que será tenido en cuenta antes de firmar la conformidad de la Gerente de Atención Primaria de Tenerife. Posteriormente se podrá proceder a la firma de contratos y la realización del estudio en el ámbito de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
La firma de contratos se realiza a través de la Fundación Rafael Clavijo de Investigación siendo la persona de contacto Carmen Mora Fernández (contratos@fundacionrafaelclavijo.es)
Una vez finalizados los trabajos se recomienda enviarlos a la Gerencia para la difusión de los resultados entre los compañeros a través del Boletín INVAP. Para ello deben contactar con Vinita Mahtani Chugani (vmahchu@gobiernodecanarias.org)



7.4. Anexo IV

Antes de participar, el paciente debe conocer y entender cuál es el objeto del estudio.

Esto es lo que se denomina consentimiento informado. Una vez entendido el estudio y la persona desea participar en él, se le solicita que firme este consentimiento, del cual se le entregará una copia firmada.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... con D.N.I. solicito la participación de forma voluntaria en este estudio, donde se me garantiza que la información facilitada será estrictamente confidencial con el único propósito de ser utilizada para este proyecto de investigación: **“Prevención y cuidados del Pie Diabético”**.

Si me surgen dudas sobre este proyecto, podré hacer preguntas en cualquier momento e igualmente, podré retirarme del estudio cuando lo desee. Si existiese alguna pregunta del cuestionario que no supiese o no quisiera contestar, tengo el derecho a no hacerlo.

Además, he recibido ayuda e información por parte de los profesionales (formados para ello) del centro de salud que tengo asignado. Así mismo, se me hará entrega de una copia de esta carta de conocimiento.

En La Laguna, a de de 2015
Firma del participante

Esta parte debe ser completada por el enfermero/a

He explicado al Sr/Sra. los objetivos de estudio y los beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas y se han planteado posibles dudas.

En La Laguna, a de de 2015
Firma del informador

***Toda información recogida será mantenida en el más estricto secreto profesional. La hoja con datos personales y clínicos se archiva bajo custodia. Todos los datos se encuentran protegidos por la Ley Orgánica 15/9 del 13 de diciembre de 1999 sobre Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (LORTAD) y se utilizan, única y exclusivamente, con fines estadísticos y de investigación, pero nunca a nivel individual.**