

Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida¹

Mariana Angela Rossaneis²
Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad³
Thaís Aidar de Freitas Mathias⁴
Sonia Silva Marcon⁴

Objetivo: investigar las diferencias en el autocuidado de los pies y estilo de vida entre mujeres y hombres diabéticos. Método: estudio transversal realizado con una muestra de 1.515 diabéticos con 40 años o más. Fueron utilizados los modelos de regresión de Poisson para identificar diferencias entre los sexos en la prevalencia de déficit de autocuidado de los pies y estilo de vida, ajustándolas por características socioeconómicas, clínicas, tabaquismo y alcoholismo. Resultados: la prevalencia de déficit de autocuidado de los pies, caracterizada por: baja frecuencia de secado de los espacios interdigitales; falta de evaluación periódica de los pies; hábito de andar descalzo; higiene insatisfactoria; y, corte inadecuado de uñas, fue significativamente mayor entre los hombres. Sin embargo, estos presentaron menor prevalencia en la práctica de escaldar los pies y en el uso de calzados inadecuados en comparación a las mujeres. En relación al estilo de vida, los hombres también presentaron comportamientos menos saludables ya que tienen significativamente menor control alimentario y no realizan los exámenes de laboratorio referentes al perfil lipídico, con la frecuencia recomendada. Conclusión: considerar las diferencias de género en el autocuidado de los pies y en el estilo de vida, le permite al equipo de enfermería realizar actividades educativas e intervenciones en los factores de riesgo para la ulceración de los pies.

Descriptores: Diabetes Mellitus; Complicaciones de la Diabetes; Pie Diabético; Autocuidado; Enfermería.

¹ Apoyo financiero de la Fundação Araucária, proceso nº 08/2009.

² PhD, Professor Auxiliar, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Cómo citar este artículo

Rossaneis MA, Haddad MCFL, Mathias TAF, Marcon SS. Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2761. [Access

mes	día	año

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>.

Introducción

En Brasil, en 2014, se identificó que existían 11,6 millones de personas con diabetes mellitus (DM), población con edad entre 20 y 79 años que corresponde a 8,7% del total de 133,8 millones de individuos en ese intervalo etario. Se estima que la DM fue responsable por la muerte de 116.383 personas en el mismo año y 41,7% de esas muertes ocurrieron en individuos con menos de 60 años⁽¹⁾.

Entre las complicaciones crónicas de la DM, el pie diabético representa la más común de la DM tipo 2 (DM2) y se caracteriza por la presencia de alteraciones neurológicas, ortopédicas, vasculares y/o infecciosas que preceden al surgimiento de úlceras de difícil cicatrización⁽²⁾. Ese daño es uno de los principales factores que anteceden las amputaciones, no procedentes de traumas, de los miembros inferiores; se calcula que la tasa promedio global de ese tipo de mutilación en individuos con DM es de 19,03%⁽³⁾.

Para la prevención de ese daño y otras complicaciones de la DM es imprescindible que el diabético mantenga el control glucémico adecuado, lo que exige introducir cambios en su estilo de vida y adoptar actitudes de autocuidado⁽⁴⁻⁵⁾. Esas medidas tienen que ver con: plan alimentario; monitorización de la glucemia y del perfil lipídico; realización de actividades físicas regulares; uso correcto de la medicación; y cuidado de los pies⁽²⁾. La enfermera Dorothea Elizabeth Orem es una de las primeras referencias sobre la práctica del autocuidado, al que define como siendo la realización de acciones que los individuos inician y ejecutan por sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar⁽⁶⁾. Orem preconiza en su teoría que la persona que no consigue realizar las actividades necesarias para manutención de su salud, presenta un déficit de autocuidado, lo que indica la necesidad de una intervención profesional⁽⁶⁾.

Las limitaciones para realizar cambios en el estilo de vida y en las prácticas de autocuidado, necesarios para el tratamiento, son problemas conocidos en el contexto de la asistencia al diabético, ya que estos perjudican la respuesta fisiológica del individuo a la enfermedad, a la relación profesional paciente y aumentan los gastos directos e indirectos del tratamiento^(4,7-8). El proceso de cambiar es complejo y el sexo del diabético ha sido identificado como uno de los factores que interfieren en el comportamiento y actitud de las personas que necesitan adoptar nuevos hábitos y medidas de autocuidado. Estudios realizados en personas con DM identificaron que las mujeres presentaron peores resultados relacionados al control glucémico y lipídico^(7,9), por otro lado los hombres demostraron peores conductas relativas a los cuidados de los pies⁽¹⁰⁻¹²⁾.

A pesar de que la literatura⁽⁷⁻¹²⁾ demuestra que las diferencias entre los géneros están asociadas al comportamiento del diabético delante de la adopción del plan terapéutico, no fueron identificados estudios nacionales sobre esas diferencias relacionadas al estilo de vida y autocuidado, para prevención del pie diabético y otras complicaciones crónicas. Así, fue objetivo de este estudio investigar las diferencias en el autocuidado de los pies y en el estilo de vida entre mujeres y hombres diabéticos.

Método

Se trata de un estudio transversal, realizado con personas con DM2, con 40 años o más de edad, residentes en áreas urbanas de un municipio de gran porte del sur de Brasil. Para la definición de la muestra representativa y estratificada por regiones del municipio, fue considerada la prevalencia de 11% de diabéticos en la población con 40 años o más de edad⁽¹³⁾. En primer lugar, se estimó la población total de diabéticos con más de 40 años en las cinco regiones del municipio (norte, sur, este, oeste y centro) y en seguida se calculó el tamaño de la muestra en cada una de ellas con el programa Epi Info versión 3.5.3, adoptando un error de la muestra de 5% y 10% de pérdidas en cada una de las regiones del municipio. La suma de las muestras calculadas en cada región totalizó 1.515 individuos. A continuación, se procedió a realizar una nueva estratificación de la muestra por unidades básicas de salud (UBS) en cada una de las regiones. Así, los participantes del estudio fueron seleccionados por sorteo entre aquellos registrados en el Sistema de Registro de Hipertensos y Diabéticos (HIPERDIA) de cada unidad. Fueron excluidas de la investigación personas con DM en tratamiento dialítico, con úlceras activas en los miembros inferiores e individuos que no presentaban capacidad cognitiva preservada, siendo estas substituidas por el próximo sujeto del sorteo. Esas informaciones fueron previamente obtenidas de las fichas médicas de los individuos seleccionados en el sorteo y confirmadas con los profesionales del equipo de la salud de las UBSs.

Los diabéticos seleccionados en el sorteo fueron convidados a participar del estudio por contacto telefónico o por invitaciones impresas entregadas por agentes comunitarios de la salud. Los datos fueron recolectados en las UBSs. Las personas que: no comparecieron para la recolección de datos después de tres intentos; no fueron localizadas en la dirección registrada en la ficha médica; y, se recusaron a participar del estudio, fueron substituidas por otro participante, por medio de un nuevo sorteo y convocatoria, hasta que la muestra fuese completada.

Para recolección de datos se utilizó un instrumento desarrollado por Bortoletto⁽⁴⁾ y adaptado para la realización de este estudio. Ese instrumento está constituido por variables socioeconómicas, estilo de vida, condiciones clínicas, autocuidado de los pies y examen clínico de los miembros inferiores. Fue realizada una entrevista con los participantes para identificación de las características socioeconómicas y relacionadas al estilo de vida y autocuidado de los pies. También se hicieron búsquedas en las fichas médicas para identificación de las variables que compusieron la condición clínica. Después de la entrevista, se procedió a medir el peso corporal, la altura y a examinar los miembros inferiores de los participantes.

Las variables de interés fueron aquellas relacionadas al autocuidado de los pies y estilo de vida de los diabéticos. El autocuidado de los pies fue evaluado a partir de los siguientes comportamientos informados por los entrevistados: hábito de secar los espacios interdigitales de los pies después del baño (sí/no); inspección/evaluación periódica de los miembros inferiores (sí/no); andar descalzo frecuentemente (sí/no); y practica de escaldar los pies (sí/no). Además, se evaluó en el momento de la entrevista: si el calzado utilizado era apropiado (sí/no); si la higiene era adecuada; y, si era realizado el corte de uñas de los pies (sí/no)^(2,5,14). El escaldar los pies consiste en sumergirlos en un recipiente con agua caliente. La higiene fue considerada adecuada cuando el participante presentaba los pies limpios, secos y con olor normal. El calzado fue considerado apropiado cuando era de modelo cerrado, con un centímetro a más en la parte interna del pie, confeccionado con material de cuero de tipo blando o lona/algodón^(2,4-5).

En lo que se refiere a las variables relacionadas al estilo de vida, los participantes fueron cuestionados si realizaban algún tipo de control alimentario, se practicaban actividad física regular (actividad física realizada por lo menos 30 minutos y más de tres veces por semana), si eran tabaquistas y sobre el consumo excesivo de alcohol (ingestión superior a una dosis por día para mujeres y dos dosis por día para hombre). También, fueron interrogadas sobre la realización de exámenes de laboratorio periódicos para el control de la DM. Se recomienda que las personas diagnosticadas con DM realicen la evaluación de la hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), por lo menos, a cada seis meses y del perfil lipídico anualmente⁽²⁾. El perfil lipídico está constituido por la evaluación de los triglicéridos, colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de alta densidad (HDL)⁽²⁾. El peso corporal y la altura también fueron medidos, y con esos datos se calculó el

índice de masa corporal (IMC), siendo este clasificado como sobrepeso cuando $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ⁽²⁾.

Con referencia a las variables socioeconómicas, estas incluyeron el sexo, edad, estado civil, color de piel autoreferida, años de estudio y clasificación socioeconómica de acuerdo con la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación (ABEP)⁽¹⁵⁾. La clasificación socioeconómica fue categorizada en: clases A y B, clase C y clases D y E.

La condición clínica fue evaluada de acuerdo con las variables de tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento, presencia de hipertensión arterial sistémica (HAS) y complicaciones crónicas relacionadas a la DM. La presencia de complicaciones crónicas fue determinada cuando el individuo presentaba: retinopatía diabética, nefropatía diabética, accidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo del miocardio (IAM), neuropatía diabética periférica, enfermedad vascular periférica y/o deformidades en los pies. Las alteraciones en los miembros inferiores fueron identificadas por medio del examen clínico de los pies conforme recomendado por la *American Diabetes Association*⁽²⁾.

Para el análisis de la asociación fue utilizada la razón de prevalencia (RP). Se realizó el test de chi-cuadrado de Wald, con nivel de significación de 5%, para determinar se había diferencia entre mujeres y hombres en las variables relacionadas a: estilo de vida, realización de los exámenes de laboratorio en el tiempo recomendado y práctica de autocuidado de los pies. Posteriormente, esos análisis fueron ajustados por aquellos que constituyeron el bloque de variables socioeconómicas y condiciones clínicas, en modelos de Regresión de Poisson, siendo que para el ajuste, se seleccionó entre esas variables las que presentaron valor de $p < 0,20$ en el análisis bivariado con las variables de estilo de vida y autocuidado de los pies. Esas variables fueron seleccionadas para ajustar el modelo considerando que esta enfermedad está relacionada con las condiciones de vida de las personas y se agrava con el aumento del tiempo de diagnóstico y aspectos clínicos de los pacientes.

El sexo femenino fue establecido como una referencia, considerando que investigaciones recientes han identificado que los hombres presentan, con más frecuencia, déficits de autocuidado relacionado a la DM en comparación con las mujeres^(7,10,12). Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* 21.0. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Londrina, conforme Certificado de Presentación para Apreciación Ética - CAAE nº 0123.0.268.268-11.

Resultados

De los 1.515 entrevistados, 954 (63,0%) eran mujeres. La edad varió entre 40 y 84 años, con promedio de 65 años y mediana de 66. Los hombres presentaron la mediana de edad igual a 66 años y las mujeres de 65. En los dos sexos fue mayor la proporción de individuos de color de piel blanca, ya que 50,6% de las mujeres y 58,6% de los hombres se autodeclararon blancos. La mayor parte de la población poseía menos de ocho años de estudio, 78,4% de las mujeres y 66,7% de los hombres. En lo que se refiere a la clasificación socioeconómica, 62,8% de las mujeres eran de la clase económica C, seguida por 23,0% de las clases A/B y 14,2% de las clases D/E. Entre los hombre, 32,3% eran de la clase A/B, 59,0% de la clase C y apenas 8,7% de las clases económicas D/E.

En lo que se refiere a las condiciones clínicas, más de la mitad de los participantes del estudio recibieron el diagnóstico de la enfermedad hace menos de 10 años. De esos 54,1% eran mujeres y 52,6% hombres. La prevalencia del uso de insulina en el tratamiento fue semejante entre hombres y mujeres (23,8% de las mujeres y 22,8% de los hombres) y la prevalencia de HAS fue elevada en los dos sexos (81,6% en las mujeres y 76,0% en los hombres).

En lo que se refiere al estilo de vida, se verificó que la prevalencia de actividad física regular fue mayor entre los hombres (25,0%) en comparación con las mujeres (19,9%), esto debido a que la utilización de dieta para el control alimentario fue más frecuente entre las mujeres (77,3%). Se observó que 83,6% de los hombres y 87,8% de las mujeres presentaron IMC clasificado como sobrepeso u obesidad. También, el hábito de fumar e ingerir bebidas alcohólicas en exceso fue más prevalente en los hombres, 11,8% y 37,4%, respectivamente, en cuanto que apenas 6,5% de las mujeres refirieron fumar y 11,4% ingerían alcohol en cantidades mayores que lo recomendado. La realización de exámenes de laboratorio en el período recomendado para el control de la DM fue más frecuente en las mujeres, una vez que 40,8% realizaron la medición de la HbA_{1c} en los últimos seis meses y 51,8% recolectaron los exámenes relacionados al perfil lipídico en el último año, en relación a 34,0% y 41,5% entre los hombres, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de las variables relacionadas al estilo de vida de personas con diabetes mellitus según el sexo. PR, Brasil, 2012.

Variables	Femenino (954)	Masculino (561)
	n (%)	n (%)
Realizaba control alimentario		
Si	737 (77,3)	370 (66,0)
No	217 (22,7)	191 (34,0)

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variables	Femenino (954)	Masculino (561)
	n (%)	n (%)
Practicaba actividad física regularmente		
Si	190 (19,9)	140 (25,0)
No	764 (80,1)	421 (75,0)
Hábito de fumar		
No	892 (93,5)	495 (88,2)
Si	62 (6,5)	66 (11,8)
Consumo excesivo de alcohol		
No	845 (88,6)	351 (62,6)
Si	109 (11,4)	210 (37,4)
Índice de masa corporal en los parámetros normales		
Si	116 (12,2)	92 (16,4)
No	838 (87,8)	469 (83,6)
Realizó hemoglobina glicosilada en los últimos seis meses		
Si	389 (40,8)	191 (34,0)
No	565 (59,2)	370 (66,0)
Realizó perfil lipídico en el último año		
Si	494 (51,8)	233 (41,5)
No	460 (48,2)	328 (58,5)

En relación al autocuidado de los pies, las mujeres presentaron mayor prevalencia de cuidados necesarios para prevenir lesiones. Sin embargo, los hombres demostraron mejores hábitos relacionados al calzado adecuado (62,0%) y a la no realización de escaldar los pies, una vez que apenas 10,7% afirmaron tener ese hábito, en cuanto que 40,4% de las mujeres admitieron esa práctica (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de las variables de autocuidado de los pies de personas con diabetes mellitus de acuerdo con el sexo. PR, Brasil, 2012.

Variables	Femenino (954)	Masculino (561)
	n (%)	n (%)
Secaba los espacios interdigitales después del baño		
Si	799 (83,8)	403 (71,8)
No	155 (16,2)	158 (28,2)
Evaluaba los pies periódicamente		
Si	636 (66,7)	320 (57,0)
No	318 (33,3)	241 (43,0)
Realizaba escaldar los pies		
No	664 (69,6)	501 (89,3)
Si	290 (40,4)	60 (10,7)
Andaba descalzo		
No	722 (75,7)	371 (66,1)
Si	232 (24,3)	190 (33,9)
Usaba calzado adecuado		
Si	199 (20,9)	348 (62,0)
No	755 (79,1)	213 (38,0)

(continúa...)

Tabla 2 - continuación

Variables	Femenino (954)	Masculino (561)
	n (%)	n (%)
Presentaba corte de uñas adecuado		
Si	469 (49,2)	139 (24,8)
No	485 (50,8)	422 (75,2)
Presentaba higiene de los pies adecuada		
Sm	877 (91,9)	478 (85,2)
No	77 (8,1)	83 (14,8)

En el análisis de regresión de Poisson - para identificación de las diferencias entre los sexos en cuanto al estilo de vida para el control de la DM y autocuidado de los pies - se verificó que los hombres mantuvieron mayor prevalencia, estadísticamente significativa, de déficit en el control alimentario autoreferido (RP=1,47/ IC95%=1,22-1,77), de la misma manera que la no realización de los exámenes de laboratorio relacionados al perfil lipídico en el último año (RP=1,15/ IC95%=1,06-1,27), después del ajuste

por las variables: socioeconómicas, clínicas de la DM, tabaquismo y consumo de alcohol en exceso (Tabla 3).

Además, todas las variables relacionadas al autocuidado de los pies se mantuvieron asociadas estadísticamente al sexo, inclusive después de ser ajustadas por características socioeconómicas, clínicas, tabaquismo y alcoholismo. Los hombres presentaron mayores déficits de los siguientes cuidados: no secaban los espacios interdigitales de los pies después del baño (RP=1,75/IC95%=1,43-2,15); no evaluaban los pies periódicamente (RP=1,32/IC95%=1,15-1,51); andaban descalzos frecuentemente (RP=1,31/IC95%=1,10-1,55); presentaban corte de uñas inadecuado (RP=1,49/IC95%=1,37-1,62); e, higiene inadecuada (RP=1,49/IC95%=1,37-1,62). Entre tanto, el sexo masculino se presentó estadísticamente asociado a menores prevalencias de déficit de autocuidado relacionados al calzado adecuado (RP=0,49/IC95%=0,44-0,55) y a la no realización de escaldar los pies (RP=0,33/IC95%=0,25-0,44) en comparación al sexo femenino (Tabla 3).

Tabla 3 - Modelos de Regresión de Poisson para el déficit de autocuidado con las variables relacionadas al estilo de vida desfavorable al control de la diabetes mellitus y autocuidado de los pies de hombres en comparación con las mujeres. PR, Brasil, 2012.

Variables	RP bruta (IC 95%)	p-valor	RP ajustada (IC 95%)*	p-valor
Estilo de vida				
No realizaba control alimentario	1,49 (1,27-1,76)	<0,001	1,47 (1,22-1,77)	<0,001
No practicaba actividad física regularmente	0,93 (0,88-0,99)	0,026	0,96 (0,90-1,02) [†]	0,193
Índice de masa corporal arriba de los parámetros normales	0,95 (0,91-0,99)	0,022	0,96 (0,91-1,00) [‡]	0,800
Realizó hemoglobina glicosilada hace más de 6 meses	1,11 (1,02-1,20)	0,008	1,06 (0,97-1,16) [§]	1,470
Realizó perfil lipídico hace más de un año	1,21 (1,10-1,33)	<0,001	1,15 (1,06-1,27)	0,007
Autocuidado de los pies				
No secaba los espacios interdigitales después del baño	1,73 (1,42-2,10)	<0,001	1,75 (1,43-2,15) [¶]	<0,001
No evaluaba los pies	1,28 (1,13-1,46)	<0,001	1,32 (1,15-1,51) ^{**}	<0,001
Realizaba práctica de escaldar los pies	0,35 (0,27-0,45)	<0,001	0,33 (0,25-0,44) ^{††}	<0,001
Andaba descalzo	1,39 (1,18-1,63)	<0,001	1,31 (1,10-1,55) ^{‡‡}	0,002
Usaba calzado inadecuado	0,48 (0,42-0,53)	<0,001	0,49 (0,44-0,55) ^{§§}	<0,001
Presentaba corte de uñas inadecuado	1,48 (1,36-1,60)	<0,001	1,49 (1,37-1,62)	<0,001
Presentaba higiene de los pies inadecuada	1,83 (1,36-2,45)	<0,001	1,98 (1,46-2,67) ^{¶¶}	<0,001

*Ajustado por: variables socioeconómicas, clínicas, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol; †,‡,||,§ No ajustado por estado civil; ¶,**,††,||| No ajustado por color de la piel; §§ No ajustado por años de estudio; †,¶,††,‡‡ No ajustado por tipo de tratamiento; †† No ajustado por sobrepeso/obesidad; ¶,**,§§ No ajustado por tabaquismo; ¶,**,¶¶ No ajustado por consumo excesivo de alcohol.

Discusión

En esta investigación se identificó que la mayoría de las prácticas relacionadas a los cambios en el estilo de vida necesarios al control de la DM y el autocuidado de

los pies para prevención de ulceraciones están asociadas al género. La realización de algún tipo de control alimentario fue más prevalente en el sexo femenino, así como en otro estudio realizado con 4.839 personas con DM, en el cual las mujeres relataron un consumo diario

más frecuente de frutas y verduras y baja ingestión de alimentos ricos en grasas, en comparación con los hombres⁽¹⁰⁾.

En contrapartida, la mayor prevalencia de la práctica de actividad física regular presentó asociación con el sexo masculino. Este resultado también fue verificado en otros estudios en que las mujeres con DM tendían a ser menos activas físicamente que los hombres⁽⁷⁻⁸⁾; por otro lado los hombres adherían menos a las recomendaciones sobre la dieta^(7,16) y la monitorización de la glucemia⁽⁷⁾.

En lo que se refiere al control de la DM, por medio de la realización de exámenes de laboratorio de la hemoglobina glicosilada y del perfil lipídico, los hombres presentaron mayor prevalencia de déficit relacionado a ese cuidado. Ese resultado puede estar asociado al hecho de que las mujeres están más atentas a los síntomas y señales físicas de las enfermedades y procuran asistencia en servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres^(8,10). Además de eso, otros estudios identificaron que las mujeres presentan mayor prevalencia de alteraciones en los valores del perfil lipídico y por eso necesitan de medicaciones para el tratamiento de la dislipidemia precozmente^(2,7,9).

En lo que se refiere a los autocuidados relacionados a la prevención del pie diabético, los hombres presentaron mayores déficits en comparación a las mujeres. Un estudio prospectivo, con siete años de seguimiento, identificó al género masculino como un factor de riesgo para la amputación en pacientes con pie diabético, juntamente con otros factores como el largo tiempo de diagnóstico, la hemoglobina glicosilada elevada, la retinopatía y el uso de la insulina en el tratamiento⁽¹⁷⁾.

Otro dato importante identificado en esta investigación se refiere al hecho de que las mujeres presentaron mayor prevalencia de cuidados con los pies, por ejemplo, secar los espacios interdigitales de los pies después del baño, evaluar los pies, cortar las uñas de manera a prevenir la uña encarnada y las lesiones, no andar descalzo e higiene adecuada. La práctica de esas acciones sugiere un conocimiento adquirido por las mujeres sobre el autocuidado necesario para prevención de ulceración en los miembros inferiores. Los cuidados de secar los espacios interdigitales de los pies y realizar la higiene adecuadamente reducen el riesgo de contraer infecciones bacterianas y fúngicas, una vez que esas son algunas de las principales causas que preceden a la amputación de miembros inferiores^(4,12,14).

En este estudio, los hombres presentaron menor frecuencia de los déficits relacionados a la práctica de escaldar los pies y uso de calzado inadecuado. El escaldar los pies es una práctica común entre las mujeres por estar relacionado al hábito estético de

hacer exfoliación de la piel y retirar cutículas. Además de eso, culturalmente, las mujeres utilizan calzados con modelos diferentes, que incluyen tacos altos, aberturas laterales y en los talones, lo que posibilita la exposición de los dedos. Otra hipótesis está relacionada al hecho de que la persona puede no tener acceso a otro tipo de calzado, debido a dificultades económicas. Un estudio de caso control, que analizó los factores asociados a las amputaciones en personas con DM, verificó que la probabilidad de amputación en personas que no utilizaban zapatos adecuados era 4,75 veces mayor que en aquellas que los utilizaban⁽¹⁸⁾.

Se destaca que los individuos entrevistados eran en su mayoría personas ancianas, con bajo grado de escolaridad y, predominantemente, pertenecientes a la clase económica C. Es una realidad que las condiciones socioeconómicas tienen relación directa con los factores de riesgo para las complicaciones de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), ya que interfieren en: el acceso a los servicios de salud; las opciones de tratamiento; y las medidas de prevención necesarias para evitar ese tipo de daño^(2,19). En su teoría, Orem afirma que el comprometimiento de las personas con las prácticas de autocuidado depende de: aspectos culturales y educacionales; habilidades y limitaciones individuales; experiencia de vida; estado de salud; y recursos disponibles⁽⁶⁾.

En ese sentido, los factores socioeconómicos interfieren en los hábitos de vida y en la práctica del autocuidado de personas con DM, principalmente, en lo que se refiere a la comprensión de las orientaciones necesarias para el control de la enfermedad y recursos para una vida saludable. La baja escolaridad del individuo y las limitaciones relacionadas a las condiciones sociales y financieras imponen a los profesionales de la salud un desafío que requiere la planificación de estrategias/orientaciones diferenciadas para el autocuidado^(2,4,12).

En el acompañamiento de la persona con DM, realizado en la atención básica, la consulta de enfermería y la visita domiciliar son momentos propicios para identificar los déficits de autocuidado, la capacidad del individuo para ese cuidado y su red de apoyo familiar. Esos encuentros posibilitan que el profesional pueda acompañar el desempeño de las acciones de cuidado practicadas por la persona o su cuidador y administrar factores que interfieren en el desarrollo de las habilidades de la asistencia⁽²⁰⁾.

Además, en relación a la consulta del enfermero, la evaluación de los miembros inferiores y la estratificación del riesgo de desarrollar úlceras son acciones esenciales para prevención y tratamiento precoz del pie diabético⁽²⁾. Un estudio que evaluó la efectividad de un programa

de cuidados de enfermería en personas con DM, realizado durante dos años, identificó que esa estrategia proporcionó la reducción del riesgo de ulceración en los miembros inferiores de los participantes y la prevención del surgimiento de nuevas úlceras en aquellos con histórico de lesión anterior. Las medidas asistenciales que fueron implantadas en ese programa incluían la evaluación periódica de los pies, la educación para el autocuidado, el tratamiento de las lesiones y micosis, la hidratación de la piel y el encaminhamiento a especialidades médicas en los casos más graves, entre otras⁽²¹⁾.

En ese aspecto, la evaluación del profesional es necesaria para la identificación de alteraciones clínicas y de necesidades asistenciales para el control de la DM; también para la prevención de las complicaciones crónicas y el tratamiento precoz del pie diabético^(2,14). Se destaca que - en las orientaciones en cuanto al plan terapéutico y capacitación para el autocuidado - es esencial que profesionales de la salud consideren que mujeres y hombres poseen diferentes creencias en cuanto a los beneficios del autocuidado relacionado a la DM. En otros estudios⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ fue identificado que las mujeres presentan mejores condiciones de educación en DM y expectativas más elevadas sobre el autocuidado, ellas piensan que pueden mejorar los resultados de la salud, por otro lado los hombres se resisten a aceptar los problemas de salud y a buscar asistencia profesional.

Otro estudio relacionado a la percepción de los hombres sobre su salud verificó que una gran parte de ellos, inclusive con diagnóstico de enfermedad crónica, no buscaban asistencia médica y presentan como principales justificativas la falta de tiempo debido a la jornada de trabajo, a la incompatibilidad entre su horario y de la atención de los servicios de salud, a la ausencia de síntomas graves y por encontrar mayores dificultades para ser atendido comparando con las mujeres⁽¹⁶⁾. En lo que se refiere a las mujeres con DM, una investigación identificó que ellas necesitaban de mayor apoyo profesional y familiar para adherir al tratamiento que los hombres. Ese hecho repercutió inclusive en la realización del control alimentario, una vez que las mujeres tendían a no cocinar alimentos que la familia no apreciaba y que serían necesarios para su dieta, como la restricción de sal y azúcares. También, aquellas con dificultades financieras, consideraron un acto de egoísmo comprar alimentos exclusivos para sus necesidades⁽⁸⁾.

Por tanto, es posible verificar algunos de los aspectos culturales, sociales y comportamentales relacionados al estilo de vida y a la práctica del autocuidado de hombres y mujeres con DM. Esos resultados no pueden

ser ignorados en la elaboración del plan terapéutico y de apoyo asistencial realizado por profesionales de la atención primaria de la salud. Muchas veces, los profesionales de la salud juzgan a las personas y a sus familiares, tachándolos como descuidados o irresponsables por no seguir las recomendaciones indicadas, esto sin conocer el contexto en que viven esos individuos. El establecimiento del vínculo y acogimiento de las necesidades de las personas diagnosticadas con ECNT deben ser uno de los primeros pasos para la intervención en los factores de riesgo y control de esos daños. El acompañamiento de los individuos con DM, con el objetivo de no solo efectuar el tratamiento, pero también para mejorar la calidad de vida, requiere una perspectiva holística por parte de los profesionales sobre las cuestiones que intervienen en la adhesión terapéutica y la capacitación para el autocuidado.

Cabe destacar que la salud del hombre y los aspectos que participan en su control es un desafío para los profesionales de la salud, los que necesitan de estrategias que proporcionen una mayor búsqueda y adhesión de esos individuos por acciones de prevención y control de las ECNT.

Conclusión

Este estudio presentó limitaciones relacionadas a los datos autorreferidos sobre la práctica del autocuidado de los pies y estilo de vida y por eso pueden estar subestimados en lo que se refiere al diagnóstico de complicaciones crónicas o sobreestimados en cuanto a los hábitos alimenticios, a la práctica de actividad física y a los cuidados con los pies. Además de eso, se destaca la imposibilidad de establecer una relación entre causa y efecto, entre la variable dependiente y las independientes, debido al delineamiento transversal de la investigación. Se destaca, también, las diferencias relacionadas a las características socioculturales de las diferentes poblaciones, las que ejercen fuerte influencia en el comportamiento del individuo frente a su enfermedad y que podrían ser mejor abordadas en estudios cualitativos.

Los resultados demostraron diferencias estadísticas significativas en el estilo de vida y en la práctica del autocuidado relacionado a la DM entre mujeres y hombres. La población estudiada presentó déficits de autocuidado necesarios a la prevención de complicaciones crónicas de la DM. En esa perspectiva, pensamos que el análisis del comportamiento de hombres y mujeres con DM, en lo que se refiere al autocuidado y estilo de vida, verificada en este estudio, puede contribuir con la planificación e implementación de la asistencia a las personas con ECNT, objetivando la reducción de los

indicadores relacionados a la mortalidad e incapacidades resultantes de las complicaciones de esa enfermedad.

Referencias

1. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 6th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2014.
2. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes-2015. *Diabetes Care*. 2015;38 suppl:1-93.
3. Jiang Y, Ran X, Jia L, Yang C, Wang P, Ma J, et al. Epidemiology of Type 2 Diabetic Foot Problems and Predictive Factors for Amputation in China. *Int J Low Extrem Wounds*. 2015;8:1-9.
4. Bortoletto MS, Andrade SM, Matsuo T, Haddad MC, González AD, Silva AM. Risk factors for foot ulcers - a cross sectional survey from a primary care setting in Brazil. *Prim Care Diabetes*. 2014;8(1):76-6.
5. Caiafa JS, Castro AA, Fidelis C, Santos VP, Silva ES, Sitrângulo Jr CJ. Atenção integral ao portador de pé diabético. *J Vasc Bras*. 2011;10(4):1-32.
6. Orem DE, Taylor SG. Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nurs Sci. Q*. 2011;24(1):35-41.
7. Yu MK, Lyles CR, Bent-Shaw LA, Young BA. Sex Disparities in Diabetes Process of Care Measures and Self-Care in High-Risk Patients 2. *JDR*. 2013;2013:1-8.
8. Mansyur CL, Rustveld LO, Nash SG, Jibaja-Weiss ML. Social factors and barriers to self-care adherence in Hispanic men and women with diabetes. *Patient Educ Couns*. 2015;98(6):805-10.
9. Schroeder EB, Bayliss EA, Daugherty SL, Steiner JF. Gender differences in cardiovascular risk factors in incident diabetes. *Womens Health Issues*. 2014;24(1):61-8.
10. Tang ZQ, Chen HL, Zhao FF. Gender Differences of Lower Extremity Amputation Risk in Patients With Diabetic Foot: A Meta-Analysis. *Int J Low Extrem Wounds*. 2014;13(3):197-204.
11. Pscherer S, Dippel FW, Lauterbach S, Kostev K. Amputation rate and risk factors in type 2 patients with diabetic foot syndrome under real-life conditions in Germany. *Prim Care Diabetes*. 2012;6(3):241-6.
12. Monteiro-Soares M, Boyko EJ, Ribeiro J, Ribeiro I, Dinis-Ribeiro M. Predictive factors for diabetic foot ulceration: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012;28(7):574-600.
13. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009;53(1):80-6.
14. Morey-Vargas OL, Smith SA. BE SMART: strategies for foot care and prevention of foot complications in patients with diabetes. *Prosthet Orthot Int*. 2015;39(1):48-60.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil 2014. São Paulo (SP): ABEP; 2014.
16. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol. teor. prat*. 2013;13(3):152-66.
17. Laclé A, Valero-Juan LF. Diabetes-related lower-extremity amputation incidence and risk factors: a prospective seven-year study in Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;32:192-8.
18. Kogani M, Mansournia MA, Doosti-Irani A, Holakouie-Naieni K. Risk factors for amputation in patients with diabetic foot ulcer in southwest Iran: a matched case-control study. *Epidemiol Health*. 2015;37:1-6.
19. Peykari N, Djalalinia S, Qorbani M, Sobhani S, Farzadfar F, Larijani B. Socioeconomic inequalities and diabetes: A systematic review from Iran. *J Diabetes Metab Disord*. 2015;14(8):1-13.
20. Scain SF, Franzen E, Santos LB, Heldt E. Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):14-20.
21. Fujiwara Y, Kishida K, Terao M, Takahara M, Matsuhisa M, Funahashi T, et al. Beneficial effects of foot care nursing for people with diabetes mellitus: an uncontrolled before and after intervention study. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1952-62.

Recibido: 7.8.2015

Aceptado: 12.2.2016

Correspondencia:

Mariana Angela Rossaneis
 Universidade Estadual de Maringá Pós graduação em Enfermagem
 Av. Colombo, 5.790, Bloco 002, sala 001
 Campus Universitário
 CEP: 87.020-900, Maringá, PR, Brasil
 E-mail: marianarossaneis@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.