

**40 Congreso de Medicina General-Equipos de Salud y Encuentros con la Comunidad**

**Rosario - Santa Fe**

**5 al 8 de diciembre de 2025**

**TÍTULO: “Pies para qué los quiero. Implementación de talleres sobre el cuidado de los pies para personas con diabetes mellitus en el Primer Nivel de Atención: Relato de experiencia del CeSAC 35 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde septiembre del 2024 hasta agosto del 2025”**

Tipo de trabajo: Relato de experiencia.

Área a la que se vincula: PSEAC

Trabajo inédito.

Autores: Chelía, Ana Inés; Fabrizio, Marina; Márquez, Mercedes, lic. psicología); Sucunza, Maite y Vallega Silveira, Lara

Participantes: Carreras Cáfora, Marisa.

Institución: Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 35 (CeSAC N° 35). Zavaleta y Osvaldo Cruz, Villa 21-24, Barracas. CP 1437. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Fecha de realización: octubre de 2025

Acerca de los autores: somos cuatro médicos y una licenciada en psicología integrantes de la Residencia de Medicina General y/o Familiar del Hospital General de Agudos “J. M. Penna” con sede en el CeSAC N° 35 y de la Residencia Interdisciplinaria en Educación y Promoción de la Salud con sede en el Área Programática del Hospital General de Agudos “J. M. Penna”



Do Amaral, T. (1928). Abaporu [Cuadro]. Museo de Arte Latinoamericano de Buenos Aires (MALBA), Buenos Aires, Argentina.

Abaporu - del tupí-guaraní "hombre que come gente" - es una de las obras más icónicas del modernismo brasileño y del movimiento antropofágico, que proponía "devorar" simbólicamente las influencias europeas para crear algo propio, genuinamente latinoamericano: absorber lo externo, transformarlo y producir identidad.

Representa un cuerpo no idealizado; del mismo modo, en los talleres del sistema público trabajamos con cuerpos reales y populares, atravesados por desigualdades y muchas veces invisibilizados en los discursos biomédicos, lo que invita a pensar la salud desde una medicina social latinoamericana que reconoce el cuerpo como territorio político y cultural.

Continuando con la analogía, este equipo ha buscado "devorar" saberes académicos y populares, transformándolos en prácticas integrales: talleres donde se entrecruzan saberes médicos y saberes de les usuaries. En este sentido, los talleres de cuidado del pie diabético son una práctica "antropofágica": transforman lo técnico (la prevención de úlceras) en una experiencia cultural y colectiva.

## II. RESUMEN

"Pies para qué los quiero. Implementación de talleres sobre el cuidado de los pies para personas con diabetes mellitus en el Primer Nivel de Atención: Relato de experiencia del CeSAC 35 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde septiembre del 2024 hasta agosto del 2025".

CHELÍA, Ana I.; FABRIZIO, Marina; MÁRQUEZ, Mercedes; SUCUNZA, Maite y VALLEGA SILVEIRA, Lara.

Institución: CeSAC N° 35. Osvaldo Cruz y Zavaleta. Villa 21-24. Barracas. CP 1437. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Relato de experiencia

Proceso salud, enfermedad, atención y cuidados (PSEAC)

Trabajo inédito

**Momento descriptivo.** El pie diabético (PD) constituye una complicación crónica de la diabetes mellitus (DM) que genera un alto impacto en la vida de las personas y en los sistemas de salud. En este sentido, se identificó la necesidad de ampliar el abordaje de los PSEAC de las personas con diagnóstico de DM y particularmente de fortalecer la prevención del PD, para lo cual se realizaron talleres bimestrales entre septiembre de 2024 y agosto de 2025 en el CeSAC 35. Los mismos estuvieron a cargo de residentes de la RMGy/oF y de la RIEPS.

**Momento explicativo.** Los talleres propiciaron momentos de encuentro e intercambio grupal que generaron efectos terapéuticos en términos de salud mental, y permitieron la detección de lesiones precursoras del PD en instancias individuales. Durante el desarrollo de la experiencia pudieron identificarse dificultades vinculadas al acceso a insumos y a la falta de atención podológica dentro del subsistema público de salud, y reconocer la limitada formación teórico-práctica relacionada a la temática.

**Síntesis.** La experiencia permitió apreciar la importancia de sostener prácticas preventivas y de educación para la salud como parte de un abordaje integral de los PSEAC de las personas con diagnóstico de DM y estrategia para la prevención de PD y sus complicaciones. Se observó el potencial terapéutico de los espacios grupales y la importancia del trabajo interdisciplinario. Se propone continuar con los talleres, fortaleciendo la convocatoria, el involucramiento institucional y el trabajo interdisciplinario, y articulando con otros efectores de salud, instituciones y organizaciones locales.

Enfermedades crónicas no transmisibles - Pie diabético - Taller - Interdisciplina - Residencia

### **III. Descripción del relato de experiencia**

#### **Momento descriptivo**

##### **Objetivo general**

Relatar y analizar la experiencia de la creación e implementación de talleres sobre el cuidado de los pies para personas con diabetes mellitus (DM) en el Primer Nivel de Atención (PNA): Relato de experiencia del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) n° 35 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el período septiembre 2024 - agosto 2025.

##### **Objetivos específicos**

- Describir el proceso de planificación y ejecución de los talleres sobre el cuidado de los pies para personas con DM en el PNA: Relato de experiencia del CeSAC n°35 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período septiembre 2024 - agosto 2025.
- Identificar las estrategias pedagógicas y metodológicas utilizadas para promover la participación y el intercambio de saberes con la comunidad sobre el cuidado del pie diabético.
- Reflexionar sobre el rol de los residentes en procesos de educación para la salud y cómo estas experiencias contribuyen a su formación en un enfoque integral, comunitario e interdisciplinario.
- Compartir parte de las vivencias, en relación a la DM y su manejo, de las personas que asisten al taller.

Esta experiencia se llevó a cabo en el CeSAC n°35, perteneciente al Área Programática del Hospital de Agudos J. M. Penna (APHP).

El APHP abarca principalmente los barrios de Nueva Pompeya, Parque Patricios y Barracas (Comuna 4), además de una parte del barrio de Constitución (Comuna 1) y sectores de las Comunas 5, 7 y 8. Esta área, ubicada en la zona sur de la CABA, se caracteriza por su gran extensión y la heterogeneidad de su población, lo que se refleja también en la diversidad de los procesos vitales y de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Dentro del APHP, y específicamente en la Comuna 4 —que comprende los barrios de Barracas y Nueva Pompeya—, se encuentra el área de referencia del CeSAC N.º 35. Esta se

delimita por la calle Cachi al oeste; la Avenida Amancio Alcorta al norte, continuando luego por su intersección con las Avenidas General Iriarte, Isidro Lorea e Iguazú, y la calle Zavaleta, que se extiende hasta el Riachuelo. Dentro de estos límites geográficos, el territorio está conformado en su mayoría por la Villa 21-24. Según datos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), el área de referencia cuenta con una población total de 18.299 habitantes, de los cuales 12.478 forman parte de la población priorizada<sup>1</sup>, representando el 68,2% del total. Este porcentaje duplica el promedio del área programática y supera ampliamente al del resto de la ciudad, evidenciando una fuerte dependencia del sistema público de salud.

En relación con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se registra un total de 12.182 adultos en el área de referencia, de los cuales 1.072 presentan diagnóstico de DM. Si se considera únicamente la población priorizada (8.307 habitantes), 731 personas tienen DM, lo que representa una prevalencia del 8,79%. Estos datos reflejan la alta carga de enfermedad y vulnerabilidad social de la población atendida, en comparación con otras áreas de CABA.

Existen, además, otras condiciones que evidencian la vulnerabilidad social característica de esta población, aunque no siempre se encuentran registros estadísticos. Entre ellas se destacan la alta tasa de empleo informal, principalmente en tareas domésticas no registradas y en trabajos de construcción tipo “changas”. No se dispone de indicadores específicos de esta área de referencia pero el 40,7% de la población de la comuna en la que está inserta posee ingresos inferiores a la línea de pobreza (Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2024). La falta de urbanización del barrio implica riesgos eléctricos, acceso limitado a agua segura, deficiencias en la infraestructura urbana (ausencia de veredas y calles aptas para peatones), presencia de basura y elementos peligrosos en la vía pública, y escasez de espacios verdes que permitan realizar actividad física o actividades recreativas al aire libre.

Los actores participantes de esta experiencia fueron usuaries con diagnóstico de DM en seguimiento por el equipo médico de la Residencia de Medicina General y/o Familiar (RMGy/oF) del CeSAC Nº 35 durante el período residencial septiembre 2024 - agosto 2025, que fueron convocados conforme a criterios consensuados por los profesionales

---

<sup>1</sup> Población priorizada: población con cobertura pública exclusiva y un 10% de población con otras coberturas, pero que eligen ejercer su derecho a la salud en el sistema público.

participantes para asistir a un encuentro específico, y cuya asistencia se dio según su disponibilidad.

Las actividades fueron coordinadas por aquellos residentes que se encontraban en el CeSAC los días que se realizó el taller. Hemos participado residentes de la la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) de primer año y residentes de primero, segundo y tercer año junto a la jefa e instructora de la RMGy/oF.

La RIEPS fue creada en 1987 como parte de las Residencias del Equipo de Salud. Actualmente cuenta con siete sedes formadoras dentro de la CABA. La sede del APHP desarrolla sus actividades principalmente en los CeSACs 10, 16, 35 y 39. El equipo está conformado por dos profesionales de diferentes disciplinas del campo de la salud y de las ciencias sociales por año (tres años), una jefa de residentes y una coordinadora local.

La RMGy/oF se originó en el 2004 con sede en el CeSAC nº 32. Desde el 2005 tiene su sede en el CeSAC nº 35 y a partir de la ampliación del mismo en el 2020 utiliza los consultorios número 22 y 23 para llevar a cabo sus actividades. El equipo está formado por tres médicos por año (cuatro años) que ingresan mediante el Examen Único; y una instructora y una jefa que fueron elegidas mediante votación y una coordinadora local.

Los residentes de la RIEPS realizan su rotación en el Equipo de Hábitos Saludables del CeSAC 35 durante el primer año. A partir de las experiencias de trabajo en conjunto en este dispositivo e intercambios informales en el CeSAC, surgió la idea de realizar atención conjunta de la RMGy/oF y la RIEPS en consultorio los días jueves por la tarde. De esta forma, se estructuró una rotación de la RIEPS en este espacio en el cual, cada dos meses, sucedería el taller.

Cabe destacar que si bien existen equipos comunitarios en el CeSAC 35 abocados a las ECNT, ninguno de ellos enfatiza en esta temática en particular: no ha habido experiencias similares previas.

## **Marco teórico**

### **Diabetes mellitus y pie diabético**

La DM constituye una de las principales problemáticas de salud pública a nivel mundial. Entre sus complicaciones crónicas, el pie diabético (PD) representa una de las más discapacitantes, ya que su evolución a úlceras, infecciones y posibles amputaciones genera un alto impacto en la calidad de vida de las personas y en los sistemas públicos de salud.

La educación en autocuidado y la evaluación sistemática de la revisión de pies son intervenciones costoefectivas que permiten reducir estas complicaciones. Así también, se recomienda la incorporación de estrategias comunitarias y clínicas para promover el cuidado de pies en personas que padezcan DM.

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2022), el PD se define como aquel que presenta infección, úlcera o destrucción de los tejidos del pie asociado a neuropatía y/o enfermedad arterial periférica de miembros inferiores en personas con diabetes. Se considera que las complicaciones en los pies de las personas con diabetes pueden surgir por factores predisponentes (vasculopatía, neuropatía, y alteraciones ortopédicas y deformidades), educación diabetológica insuficiente, factores desencadenantes (traumas internos y externos como pedicura incorrecta, quemaduras, lesiones punzantes o calzado inadecuado) y factores agravantes (isquemia subclínica, necrosis tisular e infección progresiva).

Para evaluar el impacto de las ECNT y de la DM tipo 2 en especial podemos observar dos indicadores: los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD). Una muerte prematura se define como aquella que ocurre antes de alcanzar la esperanza máxima de vida potencial; los AVP se obtienen calculando la diferencia entre la edad al morir y la esperanza de vida estándar. Los AVD equivalen al año completo de vida saludable perdido debido a alguna discapacidad o a la mala salud; en este caso, la diabetes. Su método de cálculo combina la prevalencia de la afección no mortal y el peso de la discapacidad que genera esta enfermedad. Según datos obtenidos de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2019), la diabetes causó en Argentina 312 años de vida perdidos por 100.000 habitantes, y 407 años vividos con discapacidad por 100.000 habitantes.

Siguiendo a la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2019), un 12,7% de la población adulta presenta diabetes o glucemia elevada por autorreporte. El 25% de las personas con diabetes mellitus desarrollará una úlcera de pie diabético (UPD) durante su vida, y el 30 a 40% de las UPD tratadas con éxito se repetirán dentro del primer año. La complicación más grave de estas lesiones es la amputación no traumática, el 40 a 60% de las amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores se practican a personas con DM. Esta información fundamenta la importancia de prevenir las lesiones y las amputaciones causadas por estas.

## **Prácticas de Promoción, Prevención y Educación para la salud**

Se concibe a la Educación para la Salud como una estrategia de trabajo y un campo de acción de la salud pública (GCBA/RIEPS, 2022). Existen numerosas perspectivas de Educación para la Salud pero todas coinciden en definirla como un proceso de enseñanza y aprendizaje, con actividades planificadas y programadas, y con el objetivo de reforzar la autonomía de las personas y garantizar la salud (p. 8).

Se conceptualiza la prevención como “las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias” (GCBA/RIEPS, 2022, p. 7). Por otra parte, la Promoción de la Salud es entendida como un concepto y estrategia más amplia que la prevención. Siguiendo a Czeresnia (2006) refiere a “(...) promover la vida en sus múltiples dimensiones haciendo eje en el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para transformar las condiciones (...) que subyacen a los problemas de salud.” (citada en GCBA/RIEPS, 2022, p. 6).

Cabe mencionar que Lomagno (2011) advierte que los modelos de prevención y promoción están imbricados con distintos modelos educativos y comunicacionales. Los modelos clásicos de educación y comunicación refieren a una visión instrumental en la que se envía un mensaje unidireccional de parte de un emisor autorizado con el objetivo de brindar información y modificar el comportamiento de los receptores. En contraposición, se buscó abordar la prevención desde una perspectiva que promueve un espacio abierto y horizontal, no prescriptivo y la apropiación del espacio por parte de los usuarios.

### **Educación Diabetológica para el automanejo (EDAM)**

La EDAM tiene como objetivo la participación activa de las personas en el manejo de la diabetes y es un pilar fundamental del tratamiento de la misma. Es un proceso que incluye incorporar conocimientos, habilidades y nuevos comportamientos para el automanejo de la patología. Su enfoque se basa en un estilo motivacional que promueve la colaboración de la persona -o de sus cuidadores, si fuese necesario-, facilita la toma de decisiones compartidas y contribuye a prevenir, identificar y abordar complicaciones, con el propósito de mejorar la salud integral y disminuir la mortalidad. Se recomienda que todas las personas con DM reciban EDAM con una duración total de entre diez y doce horas durante el primer año posterior al diagnóstico. Además, se sugiere realizar un refuerzo adicional de entre dos y cuatro horas después de ese primer año, focalizando en aquellos pacientes con mal control

glucémico o a quienes se les deba intensificar el tratamiento. La modalidad de la misma puede ser individual, grupal o una combinación de ambas. Se propone que la estrategia pedagógica esté basada en una modalidad interactiva, complementada con material impreso, contenido audiovisual, la aplicación de técnicas orientadas a la resolución de problemas, ejercicios prácticos y otras estrategias. Entre los objetivos y tópicos de la EDAM se encuentran la fisiopatología de la diabetes, las opciones de tratamiento, el estilo de vida saludable, la prevención y detección de complicaciones agudas y crónicas, el cuidado de pies, el automonitoreo glucémico, la forma de aplicación de insulina, entre otros (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

### **Continuidad de los cuidados**

Entendemos que el abordaje de la DM, comprendida dentro de las ECNT, plantea múltiples desafíos por la prolongación en el tiempo de esta enfermedad así como por la multiplicidad de factores involucrados en su evolución y desarrollo. En ese sentido, resulta central pensar cómo transitan sus vidas las personas con la enfermedad.

Passerino (en Domínguez Mon & Schwarz, 2015) plantea que transitar una enfermedad crónica supone obstáculos, dificultades, aprendizajes, adaptación, modos de afrontamiento y convivencia con la enfermedad. De esta forma, el tránsito de la enfermedad es una experiencia singular para cada persona y, a su vez, es un proceso dinámico, con continuidades y períodos de incertidumbre.

Para pensar las distintas formas de acompañar y abordar el tránsito de la enfermedad desde los sistemas de salud, surge un concepto fundamental que es la continuidad de los cuidados. Siguiendo la definición de la OPS esta es el “grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí, en el tiempo y en relación con las necesidades detectadas” (2010 citado en Yanco, 2016, p. 7).

Listovsky (2014) reflexiona acerca de los cuidados para las personas con ECNT. Propone que el cuidado de las personas con patologías crónicas está actualmente demandando nuevos enfoques integrales para la atención, otras competencias profesionales y la reasignación de funciones y responsabilidades entre los equipos. A su vez, sostiene que

El abordaje de esta situación requiere también que las estrategias de salud estén centradas en el paciente y su familia. Esto implica el desarrollo de

iniciativas que favorezcan el protagonismo de las personas afectadas, con el fin de orientar su participación en el cuidado y gestión de los procesos crónicos o prolongados. (Listovsky, 2014, p. 46)

Por último, tomando los desarrollos de Ulloa (1995; citado en Michalewicz et al., 2014), destacamos el papel fundamental de la ternura como guía de nuestras prácticas, a la que conceptualizamos como instancia ética que incluye las condiciones del miramiento, el buen trato y la empatía, y que nos obliga a re-conocer a les otros como sujetos de derechos.

### **Abordaje situado**

El abordaje situado es una estrategia de intervención que reconoce que no existen soluciones universales, sino que toda práctica debe adaptarse y construirse de manera contextualizada, en diálogo con las realidades concretas de los sujetos y colectivos involucrados. Como señala Amarante, interpretando a Basaglia:

Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, es el enfermo, es la persona, el objetivo del trabajo, y no la enfermedad. De esta manera, el mayor énfasis no se pone en el 'proceso de cura', sino en el proceso de 'invención de la salud' y en la 'reproducción social del paciente'. (en Sousa Campos, 2021, p. 40)

Desde esta perspectiva, todo el énfasis está puesto en la posibilidad de que les pacientes puedan inventarse la salud, entendiéndola no como un estado fijo, sino como un proceso dinámico ligado a sus condiciones de vida, vínculos y territorios. Esta invención está profundamente conectada con la reproducción social de les mismos (Sousa Campos, 2021).

### **Taller**

Según la *Guía de dispositivos de intervención en prevención, promoción, educación y comunicación para la salud*, un taller es un espacio en el que distintas personas se encuentran para pensar y aprender sobre distintos temas de una forma activa y creativa (GCBA/RIEPS, 2022, p. 55). Los talleres pueden ser encuentros únicos o tener una frecuencia establecida en la que se respetan los días y horarios. Entre los objetivos se encuentra intercambiar información, experiencias y conocimientos en un clima de confianza, promover la participación y la grupalidad en la construcción de saberes, y propiciar la construcción colectiva de un saber-hacer que tenga influencia en la vida cotidiana de las personas y en sus

PSEAC (p. 55). Estos se estructuran generalmente en momentos de inicio, desarrollo y cierre, y se utilizan distintos recursos o materiales según las actividades planificadas. Además de conceptualizarse como espacios concretos, puede entenderse al taller como una metodología desde la cual se planifican y llevan adelante procesos pedagógicos. Los talleres permiten fortalecer la reflexión y la participación activa, y se caracterizan por buscar la construcción colectiva de aprendizajes en un grupo mediante actividades que requieran la puesta en acción de los participantes.

### **Interdisciplina**

La interdisciplina es un posicionamiento metodológico y epistemológico que implica la construcción conceptual común de un problema, basado en un marco compartido de representaciones entre disciplinas y en una cuidadosa delimitación e integración de los distintos niveles de análisis. Supone, además, la articulación de campos conceptuales diversos alrededor de situaciones problemáticas que no pueden ser abordadas adecuadamente desde una única perspectiva disciplinar. Esta no puede reducirse a la mera yuxtaposición de disciplinas, ni a la cooperación ocasional entre profesionales.

Más que una teoría unívoca, la interdisciplina es una práctica social que nace de la indisciplina de los problemas contemporáneos: problemas complejos, difusos, contradictorios e imbricados en múltiples saberes. Requiere una actitud sostenida de cooperación recurrente, que se opone a la lógica hegemónica de competencia individual o corporativa entre disciplinas. El trabajo interdisciplinario, para ser efectivo, necesita de dispositivos institucionales específicos –como reuniones de discusión de casos, espacios de análisis compartido o elaboración conjunta de herramientas clínicas– y del reconocimiento formal de estos tiempos como parte integral del trabajo.

Finalmente, la interdisciplina legitima la multirreferencialidad teórica y el intercambio entre campos de saber, reconociendo la incompletud de cada disciplina en la comprensión de lo social. En este sentido, no solo interpela la organización del conocimiento, sino también las formas de cooperación entre sujetos, inscribiéndose en una lógica de construcción colectiva del saber (Stolkiner, 2005).

Desde la Residencia de Medicina General y/o Familiar del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) nº 35) perteneciente al APHP, se identificó que el tiempo de treinta

minutos pautado para las consultas desde las agendas que exige el GCBA no es suficiente para realizar un abordaje adecuado del seguimiento de pacientes con DM. El tiempo de la consulta suele destinarse al tratamiento farmacológico y no farmacológico (consejería en hábitos saludables), postergando así la educación para la salud en diabetes y el examen de pies. Es por ello que, en conjunto con la RIEPS de la misma área programática, se comenzaron a realizar talleres bimestrales que abordan el cuidado de pies como prevención de las complicaciones para personas con DM que se atienden y realizan su tratamiento en dicha residencia. Estos encuentros se realizan los jueves a la tarde en el Salón de Usos Múltiples (SUM) y en los consultorios del CeSAC.

A partir de la idea de realizar un taller para aquellos usuarios que asistían a los consultorios de la RMGy/oF con el fin de acompañar su proceso de salud, enfermedad, atención y cuidados relacionados con la DM, iniciamos un camino de profundización en nuestros conocimientos sobre el cuidado del PD. Durante algunos miércoles académicos<sup>2</sup>, llevamos a cabo espacios de formación, dictados tanto por nosotros mismos como también por invitadas. Por ejemplo, un taller de evaluación de pies dictado por una compañera de tercer año de la RMGy/oF y un taller de curación de heridas basado en plantas dictado por una compañera enfermera de otro CeSAC. En esos encuentros, confeccionamos la plantilla de hoja de evolución,<sup>3</sup> destinada a ser utilizada en las consultas, y elaboramos también un recurso con información sobre espacios de podología disponibles tanto en el sistema de salud público de CABA -actualizando recurso previo facilitado por una trabajadora social del CeSAC- como en el ámbito privado del barrio Villa 21-24, con la colaboración de una promotora de salud del CeSAC. Paralelamente, se decidió comenzar con la implementación de talleres grupales.

Se planificaron los talleres de carácter presencial, a realizarse de forma bimestral—el tercer jueves de cada mes impar— durante el año residencial (septiembre 2024 a agosto 2025). En cada encuentro serían convocadas cuatro personas seleccionadas a partir de los siguientes criterios: en primer lugar, priorizar a aquellos usuarios con antecedentes personales de lesiones en miembros inferiores o presencia de neuropatía diabética; en

---

<sup>2</sup> Miércoles académicos: cada miércoles hábil en las residencias de MGy/oF de CABA se suspende la actividad asistencial/comunitaria ya que se desarrolla el 'día de integración' destinado a la actividad de aprendizaje no asistencial (actividades académicas como clases, pases, búsquedas bibliográficas, investigación, cursos, etc) a lo largo de toda la jornada laboral.

<sup>3</sup> Nota de evolución: registro de lo ocurrido por consulta en la historia clínica orientada al problema (Weed, L. 1966)

segundo lugar, se convocaron a aquellos usuarios que expresaron en una o más consultas miedo a la amputación y/o a la afección de pies. En tercer lugar, a aquellas personas con un mal control glucémico<sup>4</sup> seleccionadas a partir de un registro elaborado en las consultas de la RMGy/oF de quienes tuvieran pendiente el examen de pies. La convocatoria se realizaría mediante una invitación enviada por WhatsApp en formato flyer, en la que se especificarían el día, horario y objetivo del encuentro, además de solicitar que concurran con un espejito y una toalla de manos.

El desarrollo del taller se dividió en tres momentos: una primera instancia de presentación y puesta en común de saberes acerca de la DM con especial énfasis en el PD; un segundo momento de simulación de prácticas de cuidado de los pies y por último, un tercer momento donde se aborda de manera individual, dentro de un consultorio, la revisión de los pies. Se espera entonces que todos los participantes vivencien los tres momentos del taller para alcanzar la completitud de los objetivos. Como objetivo general se propuso: ofrecer un espacio grupal e individual que permita ampliar el abordaje de la DM, específicamente enfocado en la prevención de las complicaciones asociadas al PD desde un enfoque integral de la salud. Y como objetivos específicos se propusieron: brindar herramientas para el autocuidado del pie en personas con DM, fomentar la autonomía en relación al autocuidado del pie, generar un espacio grupal en que personas con la misma enfermedad compartan sus saberes e inquietudes y garantizar con el cumplimiento de la indicación del examen anual de pies (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Retomando lo mencionado previamente, el taller de PD busca trabajar sobre la educación diabetológica insuficiente así como la prevención de lesiones por traumas externos con un uso adecuado del calzado y su especial relevancia para personas que transitan un espacio público que presenta mayores riesgos (por presencia de vidrios y otros elementos punzantes en la calle).

La presentación se lleva adelante una vez que están todos los convocados presentes en el espacio del SUM dando inicio al taller. A través de distintas dinámicas disparadoras, apoyos visuales e imágenes se pone en circulación la palabra, los miedos, los saberes y las inquietudes que cada persona trae. En un comienzo se abre el diálogo a partir de las siguientes preguntas: *¿Por qué creen que fueron invitadas? ¿Alguna vez escucharon hablar*

---

<sup>4</sup> Meta de control glucémico: hemoglobina glicosilada de hasta 7% se asocia a reducciones de la progresión a nefropatía y retinopatía. A su vez, junto al tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, muy probablemente disminuya las complicaciones macrovasculares. (Ministerio de Salud de la Nación, 2022)

*del pie diabético? ¿Por qué creen que es importante cuidarse los pies? ¿Se los pueden cuidar? ¿Cómo lo hacen?* Durante este intercambio de ideas y conocimientos, se alojan aquellos miedos e inquietudes que van surgiendo y se busca construir una lógica de cuidados que se distancie del temor y la culpa como fundamento de la misma. Además, se repasan recomendaciones en relación a la frecuencia y las características del autocuidado de pies, así como las estrategias factibles de llevar a cabo dentro de las posibilidades de cada uno. En búsqueda de la construcción de conocimiento que explique y motive el cuidado, se brinda información médica en torno al riesgo de presentación y desarrollo de lesiones, utilizando láminas con imágenes de las mismas como instrumento de soporte visual. En esta línea, se abordan distintas estrategias de prevención: los cuatro pilares del tratamiento de la diabetes, el calzado adecuado y distintas estrategias de autocuidado. Con el propósito de visualizar la importancia del abordaje integral en el tratamiento de la DM, se utiliza un móvil confeccionado por el equipo coordinador que tiene tarjetas que representan los pilares<sup>5</sup> mediante inscripciones: “medicación”, “alimentación”, “conocimiento sobre la diabetes” y “actividad física”. El móvil se desequilibra al momento de quitar alguna de ellas demostrando así que cada componente tiene la misma relevancia: intentando desarmar la jerarquización del tratamiento farmacológico por sobre los demás. También utilizamos material gráfico con las características del calzado adecuado, y debatimos sobre las posibilidades de acceso al mismo. Contamos con folletería sobre los cuidados de los pies (autorevisión, corte de uñas, secado, temperatura para el lavado, etc.) y con guías de ejercicios para la mejoría de la circulación y la movilidad de los mismos.

La segunda parte del taller invita a una práctica individual de simulación de los cuidados de los pies usando distintos materiales como espejos de bolsillo, toallas y limas de uñas. Durante esta instancia, se les pide a los participantes que muestren y cuenten cómo se cuidan los pies y, a partir de ello, se va orientando y acompañando en cómo mejorar esos cuidados.

En la tercera parte de la propuesta, se convoca al control de pies individual en el consultorio en pos de identificar factores predisponentes o lesiones activas a través del interrogatorio clínico y el examen físico. Dicho examen se encuentra estructurado mediante

---

<sup>5</sup> Componentes fundamentales que conforman el manejo integral de la DM: el tratamiento farmacológico, la actividad física, la alimentación y la educación diabetológica para el automonitoreo. Estos pilares representan distintas áreas de intervención que no funcionan de forma aislada sino que son interdependientes y deben ser integrados a la vida cotidiana de las personas con DBT para lograr un buen control glucémico y prevenir complicaciones.

una plantilla de nota de evolución que contempla la anamnesis de forma individual (ahondando en antecedentes personales, medicación habitual y dejando espacio para indagar sobre síntomas y preocupaciones que no hayan podido ser manifestadas en el espacio común), el examen físico y las diversas conductas a tomar según presencia de lesiones que las ameriten. Para poder brindar este plan terapéutico, previamente se ha generado un recursero con información sobre dónde gestionar ortesis en el sistema público y cómo hacerlo, medicación disponible en el vademécum de la farmacia del CeSAC, así como también podólogos de bajo costo y/o de cercanía a los domicilios, entre otras herramientas. Este recursero está en constante revisión y crecimiento.

A fines de evaluar la experiencia se pautaron espacios de encuentro y puesta en común de una hora de duración al finalizar los talleres, previo a que finalice la jornada laboral. En esos encuentros se realizaba un pase académico<sup>6</sup> y una evaluación no estructurada. Si bien no contamos con una rúbrica para evaluar los talleres *a posteriori* en este momento, elaboramos registros sistematizando las percepciones y reflexiones de quienes habían coordinado la actividad o llevado adelante las consultas de revisión de pies. Asentamos algunas citas de frases textuales mencionadas por participantes que recordábamos, sentires propios de lo transitado y desafíos presentados para gestionar la medicación requerida. De estos espacios, encuentro a encuentro, fueron surgiendo pequeñas modificaciones de la planificación original, así como el ajuste del recursero disponible.

### **Momento explicativo**

En las reuniones de equipo entre quienes llevamos adelante el taller —así como en distintos espacios de formación y debate compartidos—, pudimos reconocer una limitada formación teórico-práctica en torno a este tema. Esta carencia, presente tanto en la formación universitaria como en la residencia, intuimos que se traduce en la baja prevalencia de evaluación de pies realizados durante las consultas sumado al tiempo limitado de las mismas. Asimismo, detectamos un escaso conocimiento sobre las vías de acceso a terapias podológicas y a ortesis dentro del sistema de salud.

---

<sup>6</sup> Espacios de aprendizaje, construcción colectiva y reflexión sobre la práctica mediante la puesta en común de lo ocurrido en las consultas - generando discusiones activas y análisis crítico - con el fin de promover el intercambio de opiniones para desarrollar estrategias colaborativas de acompañamiento en los PSEAC y afianzar conocimientos.

Además, el abordaje de este tema resultaba sumamente relevante dado que las condiciones de vida en la Villa 21-24 conllevan mayores riesgos de complicaciones y lesiones en los pies. Estos riesgos se vinculan con la falta de urbanización, saneamiento y recolección de residuos, así como con los múltiples obstáculos que se encuentran en las calles y pasillos del barrio. A ello se suma la escasez de recursos económicos, que dificulta el acceso a medicación, elementos de higiene personal, calzado adecuado y otros productos recomendados en el tratamiento de la DM. Entendiendo esto, se buscó desarrollar esta propuesta de forma situada y desde una perspectiva de derechos.

Por otra parte, al momento de preparar el consultorio para llevar adelante la evaluación de los pies, nos encontramos con la falta del instrumental necesario: diapasón, microfilamento, martillo neurológico, barra con componente metálico. Si bien es una problemática que pudimos resolver con la donación del mismo por parte de algunos compañeros, entendemos esta limitante también como la falta de contemplación de estas prácticas preventivas.

Cuando comenzamos a implementar el taller, una de las primeras dificultades que se nos presentó fue la convocatoria. Nos encontramos con que la participación de los usuarios fue menor a la esperada: calculamos según nuestros registros que, en promedio, alrededor del 50% de las personas convocadas no asistió a los encuentros. En las reuniones posteriores, mientras evaluábamos el desarrollo de la jornada, empezamos a pensar en los motivos posibles de ese ausentismo. Concluimos en que el mismo estaba vinculado a la modalidad virtual de la convocatoria, en lugar de aprovechar oportunidades de encuentros presenciales (las consultas, los pasillos del CeSAC, las actividades con los equipos comunitarios, etc.) que generan mayor adherencia. También identificamos que la demora en la selección de participantes dificultó la reasignación de los cupos cuando alguien respondía informando que no iba a poder asistir. A esto se sumó que la tarea de difusión no contaba con un tiempo exclusivo dentro de nuestra rutina residencial, y terminaba realizándose entre consultas u otras actividades. Esa falta de dedicación específica hizo que la convocatoria perdiera potencia. De todos modos, quienes pudieron ser avisados con anticipación y confirmaron su participación llegaron al taller con los materiales solicitados.

Interesa destacar que aunque la finalidad del taller era la prevención se considera que tuvo cierto efecto terapéutico en materia de salud mental. Durante la primera instancia del taller, previamente explicada en mayor detalle, se buscaba fomentar la prevención de

complicaciones en la DM desmitificando ideas y construyendo herramientas y competencias concretas para la cotidianidad de los usuarios. A pesar de ello, en todos los encuentros concretados al abrir la conversación lo que primó fueron múltiples cuestiones en relación a la dimensión emocional y subjetiva con la que los usuarios transitan la DM. Entre estas cuestiones surgieron los miedos en relación a la posibilidad de la amputación, el sentimiento de estar en falta constantemente en relación a los cuidados del cuerpo y la culpa que eso acarrea, la ansiedad que sienten al enfrentarse a la toma de la glucemia y sus resultados, y la resignación para con la posibilidad de sentirse mejor. Asimismo, surgió mucho temor al reto de parte de los trabajadores de salud por “no estar cumpliendo con el tratamiento”. Otra cuestión que nos pareció importante fue que los usuarios compartieron sus experiencias previas acompañando a familiares o allegados con DM, y también compartieron cómo esas experiencias se relacionan con sus miedos o modos de afrontamiento actuales.

Consideramos que estas cuestiones pudieron emerger en parte gracias al encuadre que se planificó bajo la modalidad de taller. Algunos elementos de esto a resaltar: el compartir entre un grupo de usuarios facilitó la posibilidad de que ellos se sintieran identificados; el sentarse en una ronda entre usuarios y trabajadores abriendo la conversación sin guiarla permitió desarmar el lugar del saber absoluto adjudicado a los profesionales de la salud y la verticalidad en la relación tradicional de médico-paciente; las propuestas lúdicas en las que nos involucramos para aprender de forma conjunta; y la preparación del SUM como espacio alternativo al consultorio, lo que permitió comodidad y una sensación de intimidad grupal. Otra cuestión que consideramos que promovió el compartir de sus sentimientos es la confianza ya establecida entre los usuarios y la RMGy/oF.

En este sentido, el taller tuvo un giro inesperado generándose un espacio en el que los trabajadores y usuarios entre sí alojaron distintas emociones, sentimientos y miedos logrando cierto efecto terapéutico. Esto se manifestó en expresiones de alivio como: “Ahora entiendo, la verdad nunca me había animado a preguntar” y “Pensaba que era el único al que le daba miedo esto”. Creemos que se lograron desmitificar algunos miedos, como por ejemplo la inevitabilidad de una amputación, y por otro lado, validar las distintas emociones y sentimientos con que viven los usuarios esta enfermedad.

En cuanto al momento de revisión en el consultorio, nos resultó llamativa la efectividad que tuvieron las evaluaciones de pies para la detección de lesiones precursoras del PD, ya que en el 100% de los participantes hemos encontrado lesiones requirentes de

intervención (onicomicosis, tiña pedis, hallux valgus, pie plano y neuropatía). Para poder cumplir con el tratamiento de algunas de estas lesiones fue necesario acceder a la medicación del CeSAC. Esto nos llevó a evidenciar la importancia de tener disponible un botiquín o la posibilidad de dispensa por trabajadores de farmacia; lo cual no es algo que esté garantizado en el CeSAC en la actualidad. La creación de botiquines dentro de las instituciones médicas de CABA no está contemplada, ya que las únicas personas autorizadas para dispensar medicación son los profesionales de farmacia. A su vez, nuestro CeSAC cuenta solo con un farmacéutico y una técnica de farmacia, equipo insuficiente para cubrir las necesidades de la población asignada. En contraposición con esta deficiencia, destacamos el acceso para la solicitud de análisis de laboratorio y su correspondiente extracción (hepatograma necesario para tratamiento con antimicóticos).

A partir de indagar sobre la cobertura del subsistema público de salud de la CABA, se evidenció que la atención podológica no está incluida entre las prácticas contempladas por dicho sistema. Esta ausencia refuerza un modelo de atención de carácter médico-hegemónico, en el que la prevención ocupa un lugar secundario, y pone de manifiesto la inequidad en el acceso a este tipo de terapéuticas, dado que las opciones disponibles se concentran en el ámbito privado o dependen de esquemas de “colaboración” mediante copagos. El Banco de Elementos Ortopédicos del GCBA brinda, en concepto de donación o préstamo, los siguientes elementos: sillas de ruedas, bastones, bastones canadienses, andadores, muletas, cama ortopédica, valvas y audífonos. Sin embargo, las plantillas ortopédicas —tratamiento indicado para el pie plano (área de hiperapoyo precursora de úlceras)— no están incluidas en este listado, lo que condiciona su acceso a la capacidad económica de cada persona.

La realización de estos talleres nos permitió optimizar el escenario formativo<sup>7</sup> que resulta de nuestros consultorios, aumentando la casuística de evaluación de pies. Los residentes de todos los años pudieron hacer, al menos, un examen de pies.

## **Momento síntesis**

---

<sup>7</sup>Conjunto de circunstancias temporo-espaciales que delimitan un entorno de situaciones o experiencias donde participan diferentes actores con el objetivo de aprender. Condiciones: tener eventos asistenciales que posibiliten las prácticas; que las mismas sean accesibles para ser realizadas; que cuente con un claro encuadre de la tarea asistencial/de aprendizaje y que cuente con una estructura de sostén oportuna. (GCBA, 2023)

Considerando la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2019), un cuarto de la población con DM desarrollará úlcera de pie aproximadamente, por lo que el 3% de la población adulta en Argentina lo hará. En este sentido, su prevalencia nos motoriza a continuar sosteniendo prácticas que colaboren con la prevención de su aparición. Además, quedó visto por nuestra práctica el bajo costo de insumos para llevar adelante estas prácticas y la sencillez de las mismas con la capacitación adecuada. Según lo relatado por los usuarios participantes de la experiencia, la EDAM indicada -diez a doce horas dentro del año de diagnóstico con refuerzos de dos a cuatro horas según corresponda- no es garantizada desde el sistema de salud del GCBA. Es también fundamental pensar la EDAM desde modelos educativos y comunicacionales de prevención horizontales, no prescriptivos y situados localmente. A su vez, hemos podido tener cierta noción de lo beneficioso y necesario que es llevar adelante prácticas preventivas que busquen derribar mitos o creencias populares sobre las consecuencias de la DM, habilitar la socialización de conocimientos ancestrales sobre medicina basada en plantas para su tratamiento y propiciar un espacio en el que los usuarios puedan sentir que no están solos y que sus experiencias subjetivas y afectivas son sumamente importantes y válidas. Además, la experiencia grupal permitió echar luz a la relevancia de los talleres de PD como estrategia de detección temprana de lesiones y prevención de complicaciones de las mismas dentro del PNA. La combinación del taller grupal/consejería con el examen físico individual potencia la adherencia al autocuidado y fortalece el vínculo con el equipo de salud.

Nos ha resultado sumamente enriquecedor el trabajo interdisciplinario e interresidencial. Poder compartir las diversas formas de acompañar los PSEAC nos permitió construir un modo de atención más integral, lo cual puso en valor, de manera tangible, la importancia de trabajar en conjunto con colegas de otras disciplinas.

Sin embargo, no queremos dejar de mencionar que esta forma de trabajo ha sido cuestionada por la Asociación Médicos Municipales (AMM) de CABA, a través del impulso de un proyecto de ley que propone “una ley exclusivamente para los médicos y médicas”, lo que implicaría una separación de las carreras profesionales en salud. En relación a esto, coincidimos con el posicionamiento de APACSA (Asociación Civil de Profesionales de Antropología, Comunicación, Sociología y disciplinas afines de CABA) al respecto, y también consideramos que la separación de nuestras condiciones laborales se traduce en una atención fragmentada amenazando la articulación construida dentro de cada equipo.

A partir del análisis de la experiencia relatada, se desprenden propuestas orientadas a la mejora del taller. Dentro de los desafíos que nos proponemos de aquí en adelante, consideramos prioritario fortalecer el involucramiento institucional con el proyecto. Sostenemos que esto ampliará la participación comunitaria y además, favorecerá la articulación con otros espacios del CeSAC.

Para ello, nos proponemos - en primer lugar - presentar el taller al resto del equipo de salud en las reuniones que se llevan adelante, con el objetivo de dar a conocer las diversas experiencias que se desarrollan en el mismo.

En un intento de ampliar la interdisciplina, y con la idea de mejorar la propuesta con el aporte de otras miradas, convocar a compañeres de enfermería para que participen del espacio (tanto en la planificación como en la ejecución y posterior evaluación).

Siendo que existen otras actividades comunitarias dentro del CeSAC que abordan problemáticas relacionadas a las ENCT, creemos pertinente buscar las estrategias para poder trabajar en conjunto.

Asimismo, surge la inquietud de buscar la forma de articular con otros efectores de salud, instituciones y organizaciones locales: esto dará a conocer la experiencia y también aportará mejoras en el recursero (principalmente sobre podólogos, espacios de cura de úlceras, etc.).

#### **IV. Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva:**

El abordaje integral de personas con ECNT, como la DM, requiere estrategias que trasciendan el modelo biomédico tradicional. En este marco, la educación para la salud y el trabajo interdisciplinario se erigen como herramientas fundamentales para fortalecer el cuidado, la autonomía y la participación activa de las personas en el mantenimiento de su salud.

En este contexto, desarrollar un taller sobre el cuidado del PD, coordinado por residentes de la RIEPS y la RMGy/oF, y enmarcarlo en el enfoque de Salud Colectiva promueve la construcción colectiva de saberes, el vínculo entre el equipo de salud y la comunidad, y la promoción del autocuidado como eje central.

La experiencia llevada adelante reafirma la necesidad de implementar estrategias desde el subsistema público de salud que busquen garantizar la continuidad de cuidados en

el contexto de las ECNT. Esto implica el desarrollo de competencias dentro de los equipos de salud que permitan desplegar abordajes situados y centrados en las personas.

Por otro lado, fue posible observar algunos de los límites y alcances de la atención individual en el consultorio y la potencia de los espacios grupales para el intercambio y la construcción colectiva de saberes.

## V. Referencias bibliográficas:

Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. (2024, 11 de diciembre).

*“Vamos a proponer una carrera exclusiva para médicos”.*

<https://www.medmun.org.ar/17740-acto-del-dia-del-medico-2/>

Domínguez Mon, A. (Comp.), & Schwarz, P. (Comps.). (2015). *Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: Personas que viven con enfermedades de larga duración* (G. Guzmán, A. M. Mendes Diz, L. M. Passerino, S. A. Pérez, & S. Perner, Autores). Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. *Documentos de Trabajo* N° 75.

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20160520064751/dt75.pdf>

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud. (2023). *Programa docente general de la residencia de Medicina General y/o Medicina de Familia (Anexo I, Resolución N.º 1747-2023 MSG).*

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud. (2022). *Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS): Guía de dispositivos de intervención en prevención, promoción, educación y comunicación para la salud.* Buenos Aires: Autor.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s.f.). *Estimaciones poblacionales según área programática y efector de APS: Personas adultas con factores de riesgo o enfermedades crónicas no transmisibles.*  
[https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/b4ade87b-49c8-4d3f-8eff-16a66ba781f5/page/p\\_e8hpoa3qmc](https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/b4ade87b-49c8-4d3f-8eff-16a66ba781f5/page/p_e8hpoa3qmc)

Instituto de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (s.f.). *Comuna 4*.  
[https://www.estadisticaciudad.gob.ar/evc/?page\\_id=155968](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/evc/?page_id=155968)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) & Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). *4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: Resultados definitivos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Autor.  
[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf)

Listovsky, G. (2014). *Desarrollo de competencias para el fortalecimiento del trabajo en red en el sistema de salud dependiente de la CABA, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud: Desafíos y oportunidades de la educación permanente en salud* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte]. <https://rehip.unr.edu.ar/items/e6b4a647-3f6c-4984-952d-42c6a1b58209>

Martinez, R., Soliz, P., Caixeta, R., & Ordunez, P. (2019). Reflection on modern methods: Years of life lost due to premature mortality—A versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *International Journal of Epidemiology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/ije/dvy254>

Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización*. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217–224. Universidad de Buenos Aires. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139994021.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Pautas para la prevención y el abordaje del pie diabético*. Autor.  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-07/pautas\\_prevenion\\_abordaje\\_pie\\_diabetico\\_5-7-2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-07/pautas_prevenion_abordaje_pie_diabetico_5-7-2022.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Guía de práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)*. Autor.  
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/Guia-Diabetes-tipo-2-2019.pdf>

- Muñoz, J. (1998). *El registro médico orientado por problemas*. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 59(1).  
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v59\\_n1/registrom.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v59_n1/registrom.htm)
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La carga de la diabetes mellitus en la Región de las Américas, 2000–2019*. Washington, D.C.: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Panorama de la diabetes en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: Autor. <https://doi.org/10.37774/9789275326336>
- Sousa Campos, G. W. de. (2021). *Gestión en salud: En defensa de la vida* (1ª ed.). Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.  
<https://www.unla.edu.ar/cuadernos-isco-saludcolectiva-14.pdf>
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. En *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología*.  
[https://docs.google.com/file/d/OB0dPFenW8ezWNjY1MTY3MzctYjUwYy00N2FjLTgwMGQtZWRmYjNlMWRmYTY2/edit?resourcekey=0-h2\\_65NZ3Bjkpe5Om3wYbUA](https://docs.google.com/file/d/OB0dPFenW8ezWNjY1MTY3MzctYjUwYy00N2FjLTgwMGQtZWRmYjNlMWRmYTY2/edit?resourcekey=0-h2_65NZ3Bjkpe5Om3wYbUA)
- Yanco, D. (2016). *Equipos de salud y continuidad de cuidados* [Ficha de trabajo].

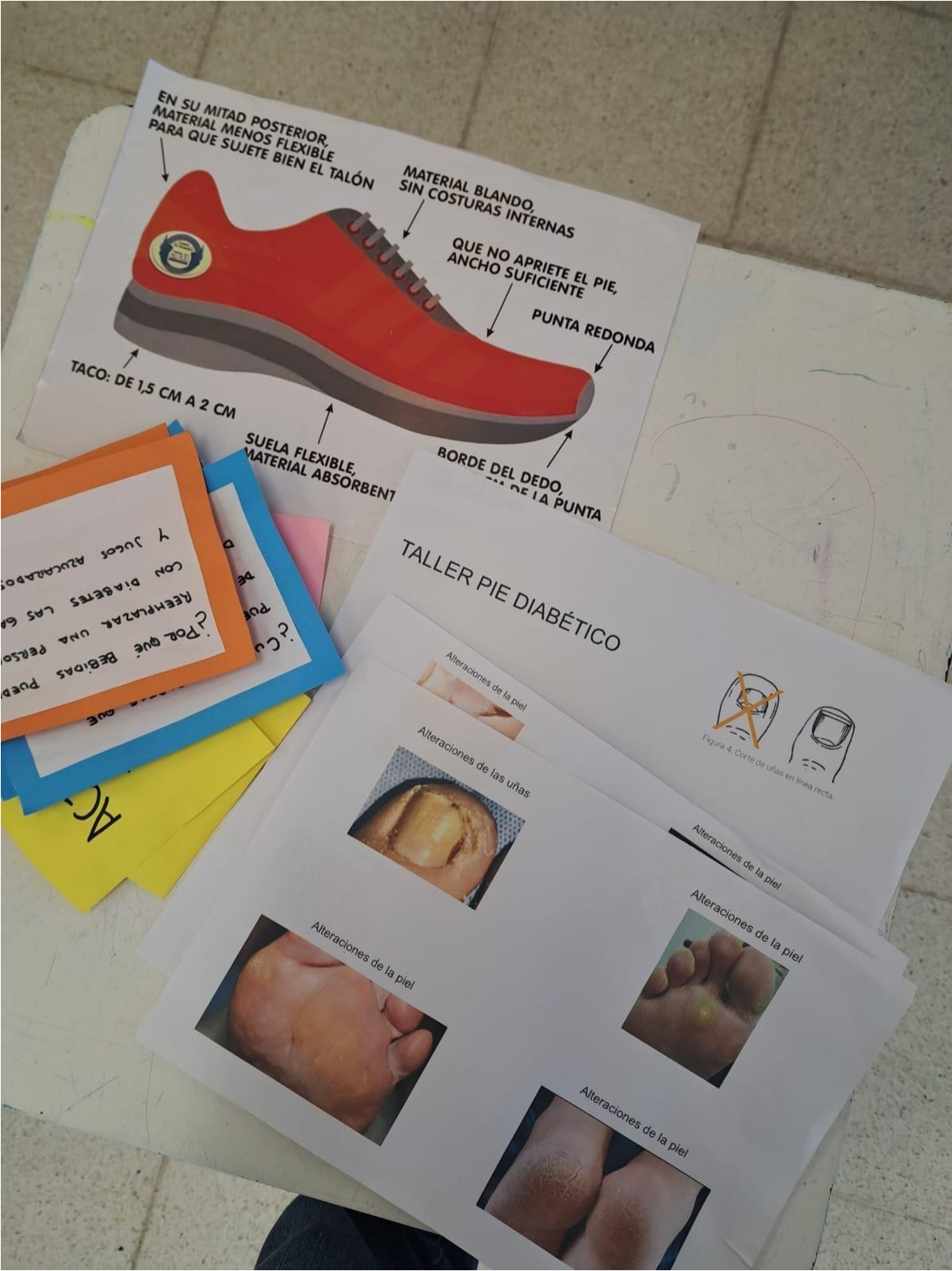
## VI. Anexos:

Figura nº1: Móvil pilares del tratamiento



Fotografía de móvil (05/06/25). [Fotografía no publicada]. Autora: Márquez, Mercedes.


Figura nº2: Láminas calzado adecuado y lesiones precursoras




Fotografía de recursos. (05/06/25). [Fotografía no publicada]. Autora: Márquez, Mercedes.


Figura n°3: Folleto cuidado de los pies


## DIABETES CUIDADOS DE LOS PIES





LA **DIABETES** PUEDE ALTERAR LA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE Y LA SENSIBILIDAD AL DOLOR Y LAS TEMPERATURAS, HACIENDO QUE SEAN MÁS FRECUENTES LAS LESIONES EN LOS PIES. ADEMÁS, AFECTA LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS Y AUMENTA EL RIESGO DE INFECCIÓN. POR TODO ESTO ES IMPORTANTE LA **PREVENCIÓN**:


 **HIGIENE:** LAVAR TODOS LOS DÍAS LOS PIES CON AGUA TEMPLADA, CONTROLANDO ANTES LA TEMPERATURA CON LAS MANOS. NO SUMERGIRLOS POR MÁS DE 5 MINUTOS.


**SECADO:** SECARLOS BIEN Y SUAVEMENTE, ESPECIALMENTE ENTRE LOS DEDOS. 

 **HIDRATACIÓN:** PONER CREMA HUMECTANTE EN TALÓN, PLANTA Y DORSO, NO ENTRE LOS DEDOS.

**UÑAS:** LIMARLAS DE FORMA RECTA. NO USAR TIJERA NI ALICATE. 

 **CALZADO:** USAR CALZADO SUAVE, CÓMODO, DE TACO BAJO Y PUNTA ANCHA, SIN COSTURAS. ANTES DE USARLO CONTROLAR EL INTERIOR CON LA MANO. EVITAR CALZADO APRETADO, CON TIRAS ENTRE LOS DEDOS O DE TACO ALTO. EVITAR CAMINAR DESCALZO/A.

**MEDIAS:** USAR MEDIAS DE ALGODÓN, SIN COSTURAS NI ELÁSTICOS. AL SENTIR FRÍO EN LOS PIES SE RECOMIENDA USAR MEDIAS Y EVITAR USAR BOLSAS DE AGUA CALIENTE. 

 **EXAMEN:** REVISAR LOS PIES CON BUENA LUZ TODOS LOS DÍAS DESPUÉS DE HIGIENIZARLOS. SE PUEDE USAR UNA LUPA O ESPEJO O PEDIR AYUDA A OTRA PERSONA. CONSULTAR SI SE VEN HERIDAS, AMPOLLAS, FISURAS, ENROJECIMIENTO, CAMBIOS DE COLOR O ALTERACIONES EN LAS UÑAS.

**EJERCICIO:** REALIZAR A DIARIO LOS MOVIMIENTOS SUGERIDOS PARA MEJORAR LA CIRCULACIÓN Y LA MOVILIDAD. EN EL COTIANO, SE RECOMIENDA SENTARSE CON LOS PIES APOYADOS EN EL PISO, EVITANDO CRUZAR LAS PIERNAS.

RESIDENCIA MEDICINA GENERAL - CeSAC 35

Figura nº4: Nota de evolución.

Plantilla para evolución

**S.**

Concurre a taller grupal de pie diabético y a examen de pies en consultorio.

Antecedentes personales: DM 2 (dx )

Medicación habitual:

Antecedentes de lesión en pies:

**O.**

Deformidades osteoarticulares:

Áreas de hiperapoyo/áreas de fricción:

Lesiones/alteraciones visibles en piel:

Alteraciones en uñas:

Test monofilamento - Sensibilidad superficial: positiva 2/3 correctas o negativa 2/3 incorrectas.

Diapasón - Sensibilidad vibratoria: positiva 2/3 correctas o negativa 2/3 incorrectas.

Sensibilidad termoalgésica: alterada o conservada.

Reflejos aquilianos ambos pies:

Pulso pedio: Pulso tibial posterior:

Maniobra del abanico:

**A.** Examen de pies en paciente con diabetes

**P.** Consejería en cuidado de los pies.

Pautas para consultar por demanda y/o guardia.

Próximo control de pies en

Captura de pantalla de modelo de nota de evolución. Fuente: Sucunza, M. (2024).