

Antonio Martínez Sabater¹
 María Luisa Ballestar Tarín²
 Lorena Pacho Sorli³
 Iris Agramunt Cabrera⁴
 Carmen Casal Angulo⁵

1. Doctor en Enfermería. Profesor contratado Doctor. Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.
2. Doctora en Psicología. Profesora de la Facultat d'Infermeria i Podologia. Universitat de València.
3. Graduada en Podología.
4. Graduada en Podología.
5. Enfermera. Profesora de la Facultat d'Infermeria i Podologia.

Correspondencia:

Antonio Martínez Sabater
 Facultat d'Infermeria i Podologia
 Universitat de València
 c/ Jaume Roig s/n
 46010 Valencia

Aspectos podológicos en la Encuesta Nacional de Salud

Podiatric Issues in National Health Survey

RESUMEN ABSTRACT

Objetivo: la Encuesta Nacional de Salud (ENS) es el instrumento para detectar el nivel de salud de la población, por lo que se plantea como objetivo el análisis de las diferentes ediciones para valorar la presencia de los aspectos podológicos y de la figura del profesional de podología en la atención a las personas mayores.

Metodología: se ha realizado un análisis de contenido de las diferentes ENS tras la recopilación de las diferentes ediciones (8). Después de la lectura en profundidad y análisis por parte de dos investigadores, se han cumplimentado las fichas de análisis y se han categorizado los diferentes transcritores, y se ha realizado el análisis e interpretación de la información encontrada.

Resultados: en las diferentes ediciones no aparece ninguna mención a la profesión de podología; sí que aparecen referencias a otras figuras como naturópatas, quiroprácticos, entre otros. En relación con los descriptores sobre las afecciones de los pies, solo aparece una referencia en la edición de 1987. No obstante, la referencia a aspectos podológicos es prácticamente inexistente.

Conclusiones: la ENS es el instrumento básico para conocer el estado de salud de la población general, pero presenta limitaciones al omitir los aspectos podológicos que suponen una merma en el diagnóstico de las necesidades y, por consiguiente, en la calidad de vida de las personas, principalmente mayores.

Al igual que ocurre con la cartera de servicios del SNS, obvia a los/as profesionales formados para la atención básica de los problemas podológicos en el equipo de salud.

PALABRAS CLAVE: podología, encuesta nacional de salud, prevención primaria, geriatría.

Aim: The National Health Survey (NHS) is the instrument to detect the level of population health so we set as our aim, the analysis of the different editions to assess the presence of podiatric aspects and the figure of the professional podiatry.

Methodology: There has been a content analysis of the different ENS after the compilation of the different editions (8). After reading in depth analysis by two researchers have completed sheets are categorized analysis and different transcribers and performing the analysis and interpretation of information found.

Results: In the different editions no mention of the profession of podiatry does not appear, appearing as references to other Naturopaths, Chiropractors, etc. Regarding descriptors regarding foot conditions, only appears a reference in the 1987 edition, being almost nonexistent the podiatric aspects.

Conclusions: The ENS is essential to know the health status of the general population instrument nevertheless has limitations to obviate the podiatric aspects that represent a reduction in the quality of life of people.

As is the case with the range of services of SNS, obvious to professionals trained for basic care of foot problems in the health care team.

KEYWORDS: podiatry, National Health Survey, primary prevention, geriatrics.

■ INTRODUCCIÓN

Las encuestas de salud son el instrumento para obtener información de la población sobre los fenómenos subjetivos en relación con la salud y morbilidad percibida, las conductas relacionadas con la salud (incluyendo las prácticas preventivas) y la utilización de servicios sanitarios. Son útiles para conocer aspectos del entorno ambiental en el que viven e interactúan las personas, y proporcionan elementos de apoyo para la toma de

decisiones sanitarias, tanto en lo referido a planificación sanitaria como a la gestión de servicios y al establecimiento de programas de salud¹. En España, las encuestas de salud se configuraron en la década de 1980 como un instrumento con el que las autoridades sanitarias hacen el seguimiento del estado de salud de la población y sus determinantes, así como del uso de servicios sanitarios, con el fin de evaluar el impacto de las políticas y estrategias de salud pública y como base para la investigación sanitaria formando parte del Sistema de Información del SNS^{1,2}. En la Encuesta

Nacional de Salud (ENS) se realiza un estudio transversal que usa datos autorreferidos de una muestra representativa de la población^{3,4}. La primera edición se realizó en 1987, y posteriormente en 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006 y 2012, bajo la responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. En el ámbito científico, los datos de la ENS se han utilizado en diferentes estudios con objeto de estudiar las relaciones entre variables o detectar los aspectos mejorables en la misma^{3,5,6}.

Se ha de tener en cuenta que la vejez se ha relacionado con la calidad de vida (CV) y la búsqueda de aquellos factores que implican un envejecimiento satisfactorio, lo que contribuye a diferentes perspectivas de estudio entre las que está la inclusión del aspecto subjetivo de la CV. Diversos autores indican que la concepción de CV en la vejez incluye componentes de competencia conductual como la salud, el funcionamiento y la implicación social, y también el bienestar subjetivo, las impresiones subjetivas de CV como la satisfacción vital y los factores ambientales⁷. El progresivo envejecimiento de nuestra sociedad repercute en la atención debido a las diferentes necesidades de la población mayor respecto a la población general motivado por su diferente situación física, psíquica y social. El 84% de las personas mayores de 65 años padece alguna enfermedad crónica, que en algún caso supone el aumento de riesgo de afección en el pie⁸. La prevalencia de sufrir patología podológica en esta etapa de la vida es el resultado de la enfermedad, la discapacidad y la deformidad, en relación con múltiples enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus, la enfermedad articular degenerativa, la enfermedad arterial periférica oclusiva, la gota y la artritis reumatoidea, así como los cambios asociados con el uso repetitivo y el trauma⁹, y la presencia de enfermedad crónica que puede suponer un factor de riesgo añadido¹⁰.

La prevalencia de afecciones podológicas es mayor en los ancianos, en los que destacan los problemas biomecánicos-ortopédicos, los trastornos ungueales y los problemas en la persona con diabetes, y destaca por su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas^{8,10-13}. Este tipo de lesiones supone, junto a la afectación de la CV, un coste económico importante, en el que hasta un 20% del gasto total en diabetes podría atribuirse a las complicaciones del pie diabético¹⁴.

En la atención podológica es necesaria la prevención y detección precoz^{12,15}, junto con el consejo podológico¹⁶, aunque debe tenerse en cuenta la presencia de la inequidad en la asistencia podológica y su relación con el aumento del número de amputaciones¹⁷. Los profesionales de atención primaria son los que realizan mayoritariamente las exploraciones periódicas y las medidas preventivas que disminuyen la posibilidad de amputación en personas afectadas de diabetes mellitus, por lo que se indica la necesidad de disponer de instalaciones y material adecuado así como de la colaboración de otros profesionales más especializados¹⁷. Las directrices internacionales recomiendan que el equipo multidisciplinar de atención al pie diabético incluya un podólogo, puesto que la atención podológica insuficiente o inadecuada es uno de los factores de riesgo más importantes, aunque pocos centros disponen de este recurso, hecho que genera situaciones de inequidad¹⁷.

El objetivo del estudio es analizar los cuestionarios de adultos de la ENS de todas las ediciones realizadas hasta la actualidad, para identificar el papel que presenta la figura del profesional de podología y la valoración de los aspectos podológicos en la ENS, como elemento básico de las necesidades de salud de la población mayor.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha planteado la realización de un análisis de contenido que permita valorar la presencia de la figura del podólogo como profesional de la

salud y de los aspectos podológicos entre los problemas de salud¹⁸. Para ello se ha planteado un análisis cualitativo de las diferentes ENS, siguiendo la metodología del análisis de contenido^{19,20}, se han recopilado las diferentes versiones y se realizó una lectura de estas en profundidad por parte de dos investigadores. Para facilitar el análisis, se construyó una ficha de análisis que permitiera, por una parte, identificar las modificaciones acaecidas en la estructura de la ENS, y por otra, la categorización de los aspectos podológicos, con la utilización de diferentes descriptores (“pie”, “podólogo”, “podología”, “uña(s)”, “úlcera(s)”, “andar”, “caminar”, “pasear”, “calzado”, “zapato(s)” y “gota”) en todas las ediciones de la ENS. Finalmente, se realizó el análisis y la interpretación de la información encontrada, y se transcribieron las fichas a una base de datos ACCESS.

RESULTADOS

En general, la estructura de las encuestas se ha mantenido estable. A partir del 2001, la ENS aparece delimitada claramente en diferentes bloques, y desde la edición de 2003 se incluye el apartado de estrés laboral; presenta pocas modificaciones en el resto de la estructura con el fin de mantener la comparabilidad. Se han revisado y recopilado las diferentes actividades de carácter sanitario reflejadas en la ENS a lo largo de las diferentes ediciones (tabla 1). La profesión médica (medicina general o de familia) aparece en la totalidad de las ediciones y refleja diferentes especialidades (en la primera edición se nombra a “Oculista” y “Médico del oído” como especialidades), y aparece la consulta a los diferentes especialistas a partir de la edición de 1993. Respecto a la enfermería, en las primeras ediciones la referencia se indica en asistencia a demanda o de urgencias por traumatismos; la consulta de enfermería aparece a partir del año 2006, junto con la consulta a matrona y fisioterapeutas. En la edición del 2012, la asistencia a urgencias por traumatismos se refiere a profesionales sanitarios. Debe destacarse que en la edición de 2003 aparece la denominación ATS para referirse a esa profesión. Respecto a la podología, no aparece reflejada en ninguna edición, y destaca la presencia de profesiones no incluidas en el catálogo en la edición del año 2012 (homeópata, naturista, acupuntor, osteópata y quiropráctico).

En cuanto a los descriptores que se seleccionaron y que se relacionan con el pie y sus posibles afecciones debe tenerse en cuenta que solo aparece una patología con repercusión directa en el año 1987 (gota), aunque con causa sistémica. En la tabla 2 se observa la relación de términos y la sección en la que se encuentra. En ninguna de las ediciones aparecen los términos podología o podólogo/a, y el término “úlceras” se refiere en todos los casos a patología gástrica. Respecto a la presencia del término “pie”, solo en la edición de 1987 aparece la afectación directa a “problemas persistentes en los pies”, apareciendo en las otras ediciones referidas a la posición o a los problemas de dependencia al cortarse las uñas de los pies. Respecto a los términos “caminar/andar”, solo en las ediciones de 1995 (*¿Cuánto puede usted caminar sin pararse y sin ninguna molestia?/No puede caminar solo/a*), y en el 2012, con la inclusión del cuestionario de Salud EQ-5D-5L, se refiere a la presencia de problemas en la deambulación (*No tengo problemas para caminar, etc.*), siendo los ejemplos de las otras ediciones referidas a actividad física moderada (*Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica [caminar o pasear en bicicleta, etc.]*). Respecto al término “zapatos” solo aparece en las determinaciones de peso y talla (*¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa*), sin que figure en ninguna de las encuestas problemas con los zapatos.

Tabla 1. Profesiones sanitarias enumeradas en la Encuesta Nacional de Salud

	ENS 1987	ENS 1993	ENS 1995	ENS 1997	ENS 2001	ENS 2003	ENS 2006	ENS 2012
Fisioterapeuta	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí
Médico	Sí							
Dentista	Sí							
Enfermero	Sí							
Matrona	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí
Psicólogo	No	Sí						
Homeópata	No	Sí						
Naturista	No	Sí						
Acupuntor	No	Sí						
Osteópata	No	Sí						
Quiropráctico	No	Sí						
Neumólogo	No	Sí						
Cardiólogo	No	Sí						
Otras*	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Podología	No							

*Se indican en la ENS con la misma distribución diferentes especialidades como Alergología, Aparato Digestivo, Cirugía General y digestiva, etc.

Tabla 2. Apartado de la Encuesta Nacional de Salud con referencias a aspectos podológicos. Número de veces que aparece

	Pie (s)	Uña (s)	Andar/Caminar	Zapato/Calzado	Gota
ENS 1987	ES (x1) HV (x1)		EV (x1)	CFS (x2)	ES
ENS 1993	HV (x1)	LVC (x1)	LVC (x2)	CFS (x2)	
	LVC (x1)		HV (x1)		
ENS 1995	HV (x1)		HV (x1)	CFS (x2)	
			CFS (x2)		
ENS 1997	HV (x1)	LVC (x1)	LVC (x2)	CFS (x2)	
	LVC (x1)		HV (x1)		
ENS 2001	HV (x1)	LVC (x1)	LVC (x2)	CFS (x2)	
	LVC (x1)		HV (x1)		
ENS 2003	HV (x1)	LVC (x1)	LVC (x2)	CFS (x2)	
	LVC (x1)				
ENS 2006	HV (x1)	LVC (x1)	LVC (x2)	CFS (x2)	
	LVC (x1)		HV (x2)		
ENS 2012	LVC (x1)	LVC (x1)	LVC (x1)		
	DS (x1)		DS (x4)		
			CV (x4)		

Se indica el número de apariciones en cada uno de los apartados de la Encuesta Nacional de Salud: CFS: características físicas y sensoriales; CV: calidad de vida relacionada con la salud; DS: determinantes de la salud; ES: estado de salud; EV: estilos de vida; HV: hábitos de vida; LVC: limitaciones para la realización de la vida cotidiana.

■ DISCUSIÓN

La ENS constituye un instrumento fundamental para el diagnóstico de salud de la población. No obstante, no contempla uno de los problemas de mayor prevalencia en la población mayor. Si bien ha de tenerse en cuenta que con el fin de poder disponer de información comparable a lo largo del tiempo que permita elaborar indicadores para evaluar la tendencia de la situación de salud en España, el contenido principal de la ENS se mantiene inalterable desde 1987, aunque en las sucesivas ediciones se han adaptado a las nuevas necesidades de información algunas preguntas de la encuesta¹.

Diferentes estudios indican una prevalencia de patología podológica que afecta a la quinta parte de la población mayor de 65 años²¹. Además, uno de los aspectos más graves son las amputaciones que se relacionan con patologías como la diabetes mellitus, que podrían reducirse con un cribado precoz de neuropatía, con programas de educación estructurados y con el acceso a los servicios de podología por parte del sistema sanitario en pacientes con pie en riesgo. Y no menos importante es el coste económico, el social y la afectación de la CV en personas afectadas de problemas podológicos²². Actualmente, con el fin de prevenir la neuropatía diabética, se deben realizar diversos protocolos en el momento del diagnóstico, y anualmente el examen completo de los pies, palpación de los pulsos y test clínicos sencillos para detectar polineuropatía diabética (monofilamento y diapasón) y educación sobre el cuidado de los pies, entre otros²³. Es recomendable la remisión a Podología para una revisión anual en aquellos pacientes con alto riesgo de pie diabético y/o presencia de hiperqueratosis intensa y trastornos ortopédicos²³. Uno de los objetivos principales de la atención primaria es detectar el pie de riesgo y la correcta evaluación y manejo del pie complicado, con especial interés en la sospecha de los casos de pie de riesgo. Además, aplicar una educación sanitaria adecuada y la derivación al profesional de podología en el caso de detectarse deformidades y malos apoyos. Estas medidas facilitarán la disminución del riesgo de mortalidad y del riesgo de amputación como complicación del pie diabético y la reducción de la invalidez, y por ende, la disminución de la CV por los trastornos de la marcha o la presencia de úlceras²⁴. Estudios como el realizado por Moreno y cols. (1997) pretendían conocer el nivel de autocuidado, de educación sanitaria recibida; la prevalencia de factores de riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 atendidos en atención primaria indicaba que el 36% de las personas tenía higiene deficiente o muy deficiente, un 73% no iba regularmente al podólogo, el 76% utilizaba tijeras y un 75% no revisaba el interior del calzado. El 38% tenía signos de neuropatía y un 17% de vasculopatía periférica. Además, un 25% presentaba alto riesgo de pie diabético y concluía que el nivel de autocuidado es muy bajo, sobre todo la higiene, sin mejoría con los años de evolución. La educación para la salud sobre cuidado de los pies es muy deficitaria a pesar de su prioridad. Son necesarias intervenciones educativas que motiven a sanitarios y pacientes para el autocuidado, especialmente a los que presentan mayor número de factores de riesgo para el pie diabético. Así, el 73% de los pacientes no acude a las consultas de podología por pensar que no lo necesita, aunque puede contribuir a ello la no gratuidad de estos servicios²⁵. Se ha de tener en cuenta que en el ámbito de la atención primaria, la exploración del pie en los diabéticos es una de las actividades de peor cumplimiento en las visitas de control y una de las intervenciones educativas menos realizadas. Diferentes estudios indican que los hábitos de autocuidado de los pacientes no solo dependen de la información recibida, sino de la comprensión de esta y de la actitud para aplicar dichos conocimientos en la práctica cotidiana²⁵.

No obstante, debe tenerse en cuenta la importancia de medidas preventivas para reducir complicaciones y secuelas mediante una práctica asistencial adecuada y que la salud no es la mera ausencia de enfermedad, sino más bien una manera de vivir autónoma, solidaria y plena o, si se prefiere, el máximo bienestar físico, psíquico y social; la promoción de la salud no se agota en proteger la salud actual, por lo que debe ser un propósito en conjunto de la sociedad²⁶. Por otro lado, dentro del Sistema Nacional de Salud, uno de los activos fundamentales son los y las profesionales, y debe tenerse en cuenta que el sector público regula y fija la formación como las características de acceso laboral²⁷. En este contexto formativo en nuestro país se ha manifestado la necesidad de la formación en salud pública que integre no solo las titulaciones sanitarias, sino otras del ámbito socioambiental, como base del proceso educativo²⁸. Los sistemas de salud con cobertura universal tienen como objetivo proteger a la población de la potencial reducción de renta como consecuencia de la pérdida de salud, y lograr así la equidad horizontal, es decir, conseguir igual acceso a la atención sanitaria para aquellos con las mismas necesidades, teniendo en cuenta que la distribución de recursos sanitarios según necesidad podría mejorar la salud de la población e incluso reducir las desigualdades en salud en los países de renta alta²⁹.

En nuestro país, no obstante, existe un vacío respecto a la valoración de la equidad de acceso a los servicios sociosanitarios de las personas con diversidad funcional, siendo estos los mayores consumidores de servicios, además de que se produce un envejecimiento de la población, y la edad es un factor determinante en la aparición de la discapacidad; también las barreras al acceso a los servicios sanitarios que podría sufrir la población general se acrecientan con el envejecimiento de la población (limitaciones en movilidad, apoyo social insuficiente y el acceso reducido a información sanitaria²⁹). El estudio EDAD2008 proporciona información respecto al uso de diferentes prestaciones sanitarias, sociales y económicas e indica una mayor feminización de los niveles de necesidad no cubiertas, encontrándose que el acceso a servicios como pruebas diagnósticas y servicios de podología, entre otras, presenta una media superior al promedio de los servicios agregados²⁹.

Como indican Herrera y cols., la entrada de la efectividad de derecho a quienes han sido valorados con dependencia moderada, la coyuntura económica que debe redefinir prioridades en los servicios en pos de la eficiencia y los retos de la promoción del envejecimiento activo plantean la necesidad de valorar la planificación de las actividades que se han de realizar³⁰.

Así, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, establece como derecho de la ciudadanía la atención a las situaciones de dependencia y la mejora de la autonomía personal. La relación de estos dos aspectos es inversa: cuanto mayor sea la autonomía personal, menor será el nivel de dependencia³⁰, por lo que, con el fin de potenciar la autonomía personal, la literatura especializada indica que debe facilitarse el desarrollo de la capacidad funcional y la eliminación de barreras, incluyendo actuaciones de ámbito personal (ayudas técnicas, podología, etc.) y ambiental (adaptación de viviendas, etc.), y uso de las tecnologías de la información y la comunicación³⁰. No obstante, como indican Herrera y cols., solo el 38,9% de las comunidades autónomas ofrecen el de podología³⁰. Por este motivo, llama la atención que en la ENS no aparezca reflejada la profesión podológica en ninguno de los ítems, más si cabe cuando destacan las consultas a otro tipo de profesiones no indicadas en la Ley 44/2003.

La ENS no resuelve adecuadamente la medición de actividad física, consumo de alcohol, CV y salud mental². Si bien el desarrollo de los sistemas de información ha facilitado la recolección sistemática y estándar de los datos de las personas atendidas, como el conjunto mínimo básico de datos, en diferentes historias clínicas no se produce un registro de manera específica, ya que la aportación en la valoración multidiscipli-

plinar geriátrica está limitada o es pobre con el CMBD, al no incluir la valoración de profesionales del área psicosocial, médica, de animación e intervención socioterapéutica, podología, servicios complementarios, etc.³¹. Además, existen ejemplos concretos en el ámbito de la prevención de complicaciones de la diabetes mellitus que relacionan la falta de inclusión de aspectos básicos como las revisiones podológicas u oftálmicas en las personas de riesgo, en la historia de atención primaria¹⁵. Esto, como hemos visto en el análisis de las diferentes ENS, se refleja en la ausencia total de referencias a patologías podológicas, por lo que es necesaria una adaptación para poder adecuar los recursos necesarios por parte del sistema de salud.

■ CONCLUSIONES

La ENS es el instrumento básico para conocer el estado de salud de la población general; no obstante, presenta limitaciones, al obviar los aspectos podológicos que suponen una merma en la CV de las personas. Al igual que ocurre con la cartera de servicios del SNS, obvia a los/as profesionales formados para la atención básica de los problemas podológicos en el equipo de salud ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Blas C. Encuesta Nacional de Salud. Índice. 2007;20:9-12.
- Requena ML, Suárez M, Pérez Ó. Encuestas de salud en España: situación actual. Rev Esp Salud Pública. 2013;87(6):549-73.
- Basterra-Gortari F, Bes-Rastrollo M, Forga L, Martínez J, Martínez-González M. Validación del índice de masa corporal auto-referido en la Encuesta Nacional de Salud. An Sist Sanit Navar. 2007;30(3):373-81.
- González-Rábago Y, La Parra D, Martín U, Malmusi D. Participación y representatividad de la población inmigrante en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. Gac Sanit. 2014;28(4):281-6.
- Basterra F, Bes M, Seguí M, Forga L, Martínez J, Martínez M. Tendencias de la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión e hipercolesterolemia en España, 1997-2003. Med Clin (Barc). 2007;129:405-8.
- Gutiérrez-Fisac J, Regidor E, López E, Banegas J, Rodríguez F. La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. Cad Saúde Pública. 2004;19(19):S101-10.
- Iglesias-Souto P, Dosal A. Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(2):85-91.
- Lázaro-Ochaita P, Guillén-Llera F, Novel-Martí V, Alonso-Megías A, Balañá-Vilanova M, Díaz-Castellá J. Trastornos dermatológicos y podológicos en los pies de las personas mayores de 60 años: resultados del estudio descriptivo de la campaña "Pensando en los pies". Piel. 2004;19(4):184-90.
- Helfand A. Foot problems in older patients. A focused podogeriatric assesment study in ambulatory care. J Am Podiatr Med Assoc. 2004;94(3):293-304.
- Martínez-Gallardo Prieto L, Hermida Galindo L, D'Hyver de las Deses C. Prevalencia de patología del pie en una población geriátrica y su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(1):19-22.
- Helfand A, Cooke H, Wallinsky M, Demp P. Foot problems associated with older patients. A focused Podogeriatric Study. J Am Podiatr Med Assoc. 1998;88(1):237-41.
- Ramos-Galván J, Martínez-Camuña L, Castillo-López J, Chacón-Giráldez F, Garrés-Aragües N, Pérez-Conde F. Prevención podológica en personas mayores. Rev Esp Podol. 2007;18(6):295-9.
- Dunn J, Link C, Felson D, Crincoli M, Keysor J, Mckinlay J. prevalence of foot and ankle conditions in a multiethnic community sample of olders adults. Am J Epidemiol. 2004;159(5):491-8.
- Martínez-Sabater A, Pascual-Ruiz MF. Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de Enfermería. Gerokomos. 2009;20(2):73-7.
- Ballester Herrera MJ, Muñoz Menor A, Giral Contreras P, Racionero Camargo FJ, Palomo Atance E, Giral Muiña P. Análisis del control del paciente diabético en el área de atención primaria Mancha-Centro de Castilla-La Mancha. Barómetro de la diabetes. Avances en Diabetología. 2012;28(4):89-94.
- Helfand A. Podiatric assesment of the geriatric patient. Clin Podiat Med Surg. 2003;20(3):407-29.
- Jurado-Campos J, Zabaleta-Del-Olmo E, Farré Grau C, Barceló-Prats J, Juvinyà-Canal D. Recursos y modelos de atención al pie diabético en Cataluña (España): estudio descriptivo sobre espacios de mejora. Aten Primaria. 2012;44(7):394-401.
- Siles González J. Historia de la Enfermería Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 1999.
- Andreu Abela J. Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces; 2002.
- Piñuel Raigada JL. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. Estudios de Sociolingüística. 2002;3(1):1-42.
- Corrales D, Palomo L, Magariño Bravo M, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. Aten Primaria. 2004;33(8):426-33.
- Martín P, Díaz A, Duran N, García de la Torre A, Benedí A, Calvo O, et al. Pie diabético. Endocrinol Nutr. 2006;53(1):60-7.
- Massó Orozco J. Protocolo de seguimiento clínico del paciente diabético. Medicine. 2012; 11(17):1045-9.
- Bellmunt Montoya S, Díaz Sánchez S, Sánchez Nevárez I, Fuentes Camps E, Fernández Quesada F, Piquer Farrés N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. Angiología. 2012;64(3):135-45.
- Moreno Hernández M, Trilla Soler M, Espluga Capdevila A, Mengual Miralles N, Bundo Vidiella M, Juanola Costa J, et al. Auto-cuidado y factores de riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Atención Primaria. 1997;20(4):185-90.
- Segura A. Promoción de la salud y responsabilidad de los profesionales. Aten Primaria. 2007;39(6):285-90.
- González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. Gac Sanit. 2000;14(3):237-46.
- Davó M, Vives-Cases C, García-Benavides F, Álvarez-Dardet C, Segura-Benedicto A, Icart T, et al. Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado. Gac Sanit. 2011;25(6):525-34.
- Hernández Quevedo C, Jiménez Rubio D. Inequidad en la utilización de los servicios sociosanitarios en España para las personas discapacitadas. Gac Sanit. 2011;25(S):85-92.
- Herrera Molina E, Muñoz Mayorga I, Martín Galán V, Cid Gala M. Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. Gac Sanit. 2011;25(s):147-57.
- Vázquez Vázquez M, Lojo Ambroj J. Sistemas de clasificación de pacientes en la información sociosanitaria y perspectivas desde la medicina de rehabilitación. Rehabilitación (Madr). 2004;38(6):287-95.