Artículo de revisión

Efectividad de estrategias multidisciplinarias para evitar amputaciones en pacientes con pie diabético: una revisión sistemática

Effectiveness of multidisciplinary strategies to prevent amputations in diabetic foot patients: a systematic review

Lizaidy Conte Castro[1*] https://orcid.org/0009-0003-2204-7184
Jorge Luis Carrera Martínez[1] https://orcid.org/0000-0001-6155-4937
Martín del Río Sánchez[2] https://orcid.org/0009-0003-5500-4914

[1]Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Dr. Antonio Luaces Iraola. Ciego de Ávila, Cuba.

[2]Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Ciego de Ávila, Cuba.

[*]Autor para la correspondencia: contelizaidy@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El pie diabético constituye una complicación devastadora con alta carga global. Los modelos de atención multidisciplinaria han demostrado reducir las amputaciones, pero existe una brecha en la comprensión de los mecanismos subyacentes, las barreras y los facilitadores desde las perspectivas de pacientes, cuidadores y profesionales.

Objetivo: Sintetizar la evidencia cualitativa disponible sobre las experiencias, percepciones, barreras, facilitadores y mecanismos subyacentes de las estrategias de atención multidisciplinaria dirigidas a prevenir la amputación en personas con pie diabético.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática cualitativa según lineamientos del Instituto Joanna Briggs y declaración PRISMA. Búsqueda en SciELO-Cuba, Cumed, Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science y otras bases (2011-2026). La inclusión basada en los criterios PICo. Evaluación de calidad con herramienta JBI. Síntesis temática asistida por Atlas.ti.

Resultados: Se incluyeron 8 estudios con diversidad metodológica y geográfica. La fragmentación asistencial, especialmente la falta de protocolos de derivación y continuidad entre niveles, emergió como barrera transversal (coeficiente Jaccard 1,000). La comunicación interprofesional estructurada y el rol de enlace de podología/enfermería especializada (Jaccard 0,571) fueron facilitadores clave. Los pacientes y cuidadores reportaron miedo a la amputación, carga emocional y

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

necesidad de educación y participación activa. El respaldo institucional se asoció con mejores indicadores de calidad.
Conclusiones: La efectividad de los modelos multidisciplinarios trasciende la disponibilidad de recursos clínicos y depende de protocolos de derivación rápida, la formalización de roles de enlace y el abordaje integral de las necesidades psicosociales de pacientes y cuidadores. Se requieren intervenciones multinivel y evaluación continua con indicadores de calidad.
Palabras clave: pie diabético; amputación; atención multidisciplinaria; investigación cualitativa; grupo de atención al paciente; continuidad de la atención al paciente.

ABSTRACT

Introduction: Diabetic foot is a devastating complication with a high global burden. Multidisciplinary care models have been shown to reduce amputations, but a gap remains in understanding the underlying mechanisms, barriers, and facilitators from the perspectives of patients, caregivers, and professionals.
Objective: To synthesize the available qualitative evidence on the experiences, perceptions, barriers, facilitators, and underlying mechanisms of multidisciplinary care strategies aimed at preventing amputation in people with diabetic foot.
Methods: A qualitative systematic review following the Joanna Briggs Institute guidelines and the PRISMA statement. Searches were performed in SciELO-Cuba, Cumed, Lilacs, PubMed, Scopus, Web of Science, and other databases (2011–2026). Inclusion was based on PICo criteria. Quality assessment used the JBI tool. Thematic synthesis was supported by Atlas.ti.
Results: Eight studies with methodological and geographical diversity were included. Care fragmentation, especially the lack of referral protocols and continuity between levels, emerged as a cross-cutting barrier (Jaccard coefficient 1.000). Structured interprofessional communication and the liaison role of podiatry/specialized nursing (Jaccard 0.571) were key facilitators. Patients and caregivers reported fear of amputation, emotional burden, and the need for education and active participation. Institutional support was associated with better quality indicators.
Conclusions: The effectiveness of multidisciplinary models goes beyond the availability of clinical resources and depends on rapid referral protocols, formalization of liaison roles, and comprehensive addressing of the psychosocial needs of patients and caregivers. Multilevel interventions and continuous evaluation with quality indicators are required.
Keywords: diabetic foot; amputation; multidisciplinary care; qualitative research; patient care team; continuity of patient care.

Recibido: 12/02/2026
Aceptado: 26/04/2026

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Introducción

El pie diabético constituye una de las complicaciones más devastadoras de la diabetes *mellitus* y representa un desafío crítico para los sistemas de salud a nivel mundial por su elevado impacto en la morbilidad, la mortalidad y la carga económica asociada. Según la Federación Internacional de Diabetes, en 2024 millones de personas desarrollan cada año una úlcera del pie diabético, con una carga especialmente alta en países de ingresos medios y bajos, donde persisten brechas en diagnóstico, prevención y acceso oportuno a cuidados especializados.[1,2]

Esta condición precede a la mayoría de las amputaciones no traumáticas en personas con diabetes y se asocia con un aumento considerable del riesgo de muerte.[3] La prevalencia global de las complicaciones del pie diabético continúa mostrando variaciones regionales relevantes, lo que refleja desigualdades en la organización de los servicios, la detección temprana y la continuidad asistencial. A nivel mundial, las amputaciones vinculadas a la diabetes siguen siendo frecuentes y constituyen una de las consecuencias más graves de la atención tardía o fragmentada.[1,3]

En la región de las Américas, la epidemiología del pie diabético presenta características preocupantes. Brasil, uno de los países con mayor carga regional de diabetes, ha mostrado una frecuencia elevada de úlceras activas, antecedentes de úlceras y amputaciones en cohortes multicéntricas, además de un incremento temporal de las complicaciones del pie diabético en varias capitales durante la última década.[4]

En el Caribe, la diabetes mantiene una prevalencia alta y contribuye de forma importante a la mortalidad adulta, con países que muestran tasas muy elevadas de amputación de miembros inferiores y complicaciones infecciosas graves. En Trinidad y Tobago, por ejemplo, las infecciones del pie continúan siendo una causa importante de ingreso hospitalario en servicios quirúrgicos, lo que evidencia el peso de esta complicación en la práctica clínica cotidiana. Estos hallazgos confirman que el problema no solo es clínico, sino también organizativo y sanitario, porque exige respuestas integradas y sostenidas.[4,5]

En Cuba, la epidemiología del pie diabético también ha mostrado cambios relevantes durante la última década. La prevalencia de diabetes *mellitus* se ha incrementado de manera sostenida, y los reportes más recientes del Atlas de la Federación Internacional de Diabetes ubican al país con una carga considerable de personas con diabetes y una proporción significativa sin diagnóstico, lo que incrementa el riesgo de complicaciones evitables.[1,6] Además, estudios nacionales han documentado mortalidad asociada al pie diabético, con predominio en adultos mayores y en mujeres, así como con causas directas de muerte vinculadas a sepsis y otras complicaciones graves.[7,8] Estos datos refuerzan la necesidad de fortalecer programas de prevención, pesquisa temprana y seguimiento especializado en el

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

primer y segundo nivel de atención. La magnitud del problema en el contexto cubano justifica la búsqueda de alternativas asistenciales más efectivas y sostenibles.

Frente a esta realidad, la evidencia internacional ha demostrado que el manejo tradicional basado en la atención fragmentada por especialistas aislados resulta insuficiente para reducir la incidencia de amputaciones.[3,9] En contraste, los modelos de atención multidisciplinaria, que integran de forma coordinada a cirujanos vasculares, endocrinólogos, podólogos, enfermeras especializadas, infectólogos y otros profesionales, han mostrado reducciones importantes en amputaciones mayores, mejoras en la cicatrización y una atención más oportuna y organizada. No obstante, la mayoría de los estudios disponibles se ha centrado en desenlaces clínicos cuantitativos y ha dejado en segundo plano los mecanismos que explican el éxito o las dificultades de estos modelos en contextos reales. Factores como la comunicación entre los miembros del equipo, la continuidad asistencial entre niveles de atención, la aceptabilidad por parte de los pacientes y las barreras organizativas del sistema desempeñan un papel decisivo que solo puede captarse adecuadamente mediante enfoques cualitativos.[9,10]

La investigación cualitativa ha comenzado a explorar estas dimensiones desde la perspectiva de pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, lo que han identificado elementos como la confianza en el equipo, la percepción de seguridad, las dificultades en la coordinación interprofesional y las limitaciones de recursos que modulan la efectividad de la atención multidisciplinaria. Sin embargo, estos hallazgos se encuentran dispersos en distintos contextos y tradiciones metodológicas, sin que exista hasta la fecha una síntesis sistemática reciente que integre de forma robusta el conocimiento cualitativo disponible.

La presente revisión sistemática cualitativa se propone sintetizar la evidencia cualitativa sobre las experiencias, percepciones, barreras, facilitadores y mecanismos subyacentes reportados por pacientes, cuidadores y proveedores de salud acerca de la implementación y efectividad de las estrategias de atención multidisciplinaria dirigidas a prevenir la amputación en personas con pie diabético.

Métodos

La presente revisión sistemática se ha diseñado siguiendo los lineamientos del Instituto Joanna Briggs (JBI) para revisiones sistemáticas cualitativas y se reportará de acuerdo con la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) adaptada para síntesis cualitativas.[11,12,13] El protocolo de esta revisión fue registrado en PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) bajo el número de registro CRD420261295164, lo cual asegura transparencia y reproducibilidad del proceso investigativo.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Criterios de elegibilidad: La selección de los estudios se guiará por el acrónimo PICo (Población, Fenómeno de Interés y Contexto), adaptado para revisiones cualitativas.[14]

Se incluyeron estudios que involucran a pacientes mayores de 18 años de edad con diabetes *mellitus* y diagnóstico de pie diabético (úlcera, infección o isquemia) en riesgo de amputación mayor, así como a sus cuidadores familiares y a proveedores de salud (médicos, enfermeras, podólogos, fisioterapeutas y otros profesionales involucrados en el manejo del pie diabético).

Se tomaron en cuenta las estrategias, programas o modelos de atención multidisciplinaria para el manejo del pie diabético, definidos como aquellas intervenciones que involucran al menos dos especialidades médicas o sanitarias diferentes, de forma coordinada. Esto incluye, entre otros, unidades de pie diabético con equipos multidisciplinarios, programas de gestión de casos, interconsultas sistematizadas entre especialidades, reuniones periódicas de equipo para la toma de decisiones conjunta, y estrategias que integran atención primaria y especializada.

En cualquier entorno asistencial en el que se maneje el pie diabético, incluyendo la atención primaria de salud, centros de especialidades, hospitales, unidades de pie diabético y contextos comunitarios. Se incluirán estudios realizados en cualquier país, sin restricciones geográficas.

Tipos de estudios: se incluyeron estudios primarios cualitativos (fenomenológicos, etnográficos, de teoría fundamentada, estudios de caso cualitativos), estudios de métodos mixtos en que los datos y los hallazgos cualitativos sean extraíbles y analizables de forma independiente, y revisiones sistemáticas cualitativas, de los cuales fueron extraídos los estudios primarios relevantes. Se consideraron aquellos artículos publicados en español, inglés y portugués, con fecha de publicación comprendida entre enero de 2011 y enero de 2026.

Criterios de exclusión: se excluyeron los estudios que evaluaron resultados clínicos cuantitativos (tasas de amputación, cicatrización) sin reportar datos cualitativos sobre experiencias o percepciones; aquellos que no describan el componente multidisciplinario de la intervención analizada; y los estudios, cuyo foco principal sea la tecnología o un fármaco específico, sin centrarse en el proceso de atención multidisciplinaria. No se incluirán documentos no publicados ni tesis.

Estrategia de búsqueda: Dos equipos de revisores realizaron búsquedas exhaustivas en las siguientes bases de datos electrónicas: SciELO Cuba, Cumed, Ibecs (iAHx), Lilacs (iAHx), Epistemonikos, PubMed/MedLine, CINAHL, Scopus, *Web of Science* y la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) EVID@EASY. Adicionalmente, se consultaron fuentes complementarias como la Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, libros de autores cubanos, Google Académico para localizar textos completos, y las listas de referencias de los estudios incluidos (búsqueda de citas hacia atrás).

La estrategia de búsqueda combino términos en lenguaje natural y vocabulario controlado (DeCS/MeSH) relacionados con los conceptos centrales: *diabetic foot*, *lower extremity*, *amputation*, *patient care team*, *multidisciplinary care team*, *qualitative*

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

research y *health services research*. Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR) para combinar los términos. La búsqueda se limitó a los últimos 15 años (2011-2026) y a los idiomas español, inglés y portugués. Las estrategias detalladas para cada base de datos se documentaron y están disponibles a solicitud.

Proceso de selección de estudios: Los registros identificados, a través de la búsqueda se exportaron a la plataforma Rayyan para la gestión y selección de estudios.[15] Dos equipos de revisores, trabajaron de forma independiente, realizaron la selección en dos etapas. En la primera etapa, se evaluaron los títulos y resúmenes de todos los registros recuperados, y se eliminaron aquellos que no cumplieron con los criterios de elegibilidad.

En la segunda etapa, se recuperaron los textos completos de los estudios preseleccionados y se evaluó su elegibilidad de manera independiente. Cualquier desacuerdo entre los revisores se resolvió mediante discusión y, de ser necesario, con la participación de un tercer revisor. Las razones para la exclusión de estudios en la etapa de texto completo se registraron y se presentaron en un diagrama de flujo PRISMA.

Evaluación de la calidad metodológica: La calidad metodológica de los estudios cualitativos incluidos se evaluó con la herramienta JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research,[11] que consta de 10 ítems que evalúan los aspectos como la congruencia entre la filosofía metodológica, los objetivos, la representatividad de los participantes, el análisis de datos y la presentación de los hallazgos. Dos revisores, trabajando de forma independiente, realizaron la evaluación de calidad. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso o con la intervención de un tercer revisor. Los resultados de la evaluación de calidad se presentaron en una tabla resumen y se consideraron en el análisis y la síntesis interpretativa, no se excluyeron estudios basados únicamente en su puntuación de calidad, dado el enfoque inclusivo de las síntesis cualitativas.

Para la extracción de datos se utilizó un formulario estandarizado, desarrollado por los autores, que incluyó categorías como detalles bibliográficos del estudio, autor, año y país; características de la población, con especificación del tipo y número de participantes así como los criterios de inclusión aplicados; descripción de la intervención multidisciplinaria; metodología cualitativa utilizada, abarcando el enfoque, las técnicas de recolección de datos y la estrategia de análisis; hallazgos principales, entre ellos los temas emergentes y las citas ilustrativas; y las conclusiones reportadas por los autores. Dos revisores extrajeron los datos de forma independiente, los cuales fueron verificado en cuanto a la precisión y completitud de la información.

Se realizó una síntesis temática cualitativa siguiendo el enfoque propuesto por Braun y Clarke.[16] El proceso comprendió las siguientes etapas:

1- Familiarización con los datos mediante la lectura repetida y profunda de los textos

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

completos.

2- Generación de códigos iniciales a partir de los fragmentos textuales relevantes (resultados, discusión, citas de participantes).
3- Búsqueda de temas mediante la agrupación de códigos en categorías emergentes.
4- Revisión de temas para asegurar su coherencia interna y diferenciación externa.
5- Definición y denominación de los temas finales.
6- Elaboración del informe de síntesis.

Los textos relevantes de los estudios incluidos se importaron al *software* Atlas.ti (versión 23) para facilitar la codificación, la organización de categorías y la visualización de relaciones entre los temas.[17] Se realizó una calibración inicial entre codificadores para asegurar la consistencia en la aplicación de los códigos. La síntesis final fue narrativa, apoyada con citas ilustrativas extraídas de los estudios primarios y con diagramas conceptuales generados en Atlas.ti para visualizar las relaciones entre temas, así como las convergencias y divergencias entre los hallazgos de diferentes estudios y entre las perspectivas de los distintos grupos de participantes (pacientes, cuidadores y proveedores de salud).
Durante el análisis, se exploraron posibles diferencias según el tipo de participante, se distinguió entre paciente y proveedor; según el contexto de atención, diferenciando entre hospitalario y ambulatorio; y según el nivel de desarrollo del país donde se realizó el estudio. Ello permitió identificar patrones contextuales que modulan la implementación y efectividad percibida de las estrategias multidisciplinarias.
Consideraciones éticas: Se garantizó la transparencia y reproducibilidad del proceso mediante el registro del protocolo y el reporte completo de los hallazgos, sin modificaciones sesgadas.

Resultados

La búsqueda inicial en múltiples bases de datos especializadas (PubMed/MedLine, Scopus, *Web of Science,* CINAHL, Epistemonikos, SciELO Cuba, Cumed, Ibecs, Lilacs y Biblioteca Virtual de Salud EVID@EASY), junto con fuentes complementarias como la Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular, libros de autores cubanos, Google Académico y listas de referencias, se recuperó 1250 artículos, potencialmente relevantes sobre estrategias multidisciplinarias para la prevención de amputaciones en pacientes con pie diabético. Después de eliminar 270 registros duplicados mediante la plataforma Rayyan, se procedió a evaluar los 980 restantes.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

En la primera fase de selección, basada en el análisis sistematizado de títulos y resúmenes por dos equipos de revisores independientes, en el cual se aplicaron los criterios de elegibilidad predefinidos según el acrónimo PICo (población, fenómeno de interés, contexto), se excluyeron 910 publicaciones que no cumplían con los criterios establecidos para evaluar experiencias, percepciones y mecanismos subyacentes de la atención multidisciplinaria. Este proceso de filtrado demostró una alta concordancia entre los investigadores, con un acuerdo interevaluador del 96 % (coeficiente Kappa de Cohen = 0,82), considerado como un nivel excelente de fiabilidad según los estándares metodológicos PRISMA 2020 para revisiones cualitativas.

En la fase de elegibilidad, se evaluaron los textos completos de 70 estudios que habían superado el cribado inicial. De ellos, 62 fueron excluidos por las siguientes razones, registradas sistemáticamente por los revisores: 18 no describían un componente multidisciplinario real, limitándose a la atención secuencial por un único especialista o carecían de coordinación entre al menos dos disciplinas; 15 reportaban exclusivamente resultados clínicos cuantitativos (como tasas de amputación o cicatrización) sin aportar datos cualitativos extraíbles; 10 involucraban poblaciones que no correspondían a pie diabético en riesgo de amputación (por ejemplo, pacientes con diabetes *mellitus* sin úlcera activa ni evaluación de riesgo); 9 presentaban un diseño exclusivamente cuantitativo o de caso único sin análisis cualitativo; 5 centraban su objeto de estudio en un dispositivo médico, fármaco o tecnología aislada y no en el proceso de atención multidisciplinaria; 3 eran resúmenes de congresos o publicaciones no recuperables en texto completo; y 2 no alcanzaron los criterios metodológicos mínimos establecidos por la herramienta JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research.

Esta fase se realizó con una alta concordancia interevaluador (94 %; Kappa = 0,85) y las cuatro discrepancias surgidas se resolvieron mediante discusión y consenso. Finalmente, ocho estudios cumplieron todos los criterios de inclusión y fueron incorporados a la síntesis cualitativa, abarcando investigaciones fenomenológicas, etnográficas, de métodos mixtos y de consenso Delphi, con la participación de pacientes, cuidadores, profesionales de la salud y paneles de expertos multidisciplinarios.

Los ocho estudios incluidos procedían de Dinamarca (n = 2), China (n = 1), Bélgica (n = 1), Singapur (n = 1), España (n = 1), Estados Unidos de América (n = 1) e Irlanda (n = 1). Es relevante señalar que, pese a que la estrategia de búsqueda se diseñó sin restricciones geográficas y contempló bases de datos regionales como SciELO-Cuba, Cumed, Ibecs y Lilacs, no se identificó ningún estudio cualitativo elegible procedente de América Latina, el Caribe, Oriente Medio o el Sudeste Asiático, regiones que presentan una carga elevada de diabetes y amputaciones relacionadas con el pie diabético.

Proceso de selección siguiendo el diagrama de flujo PRISMA (fig. 1).

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

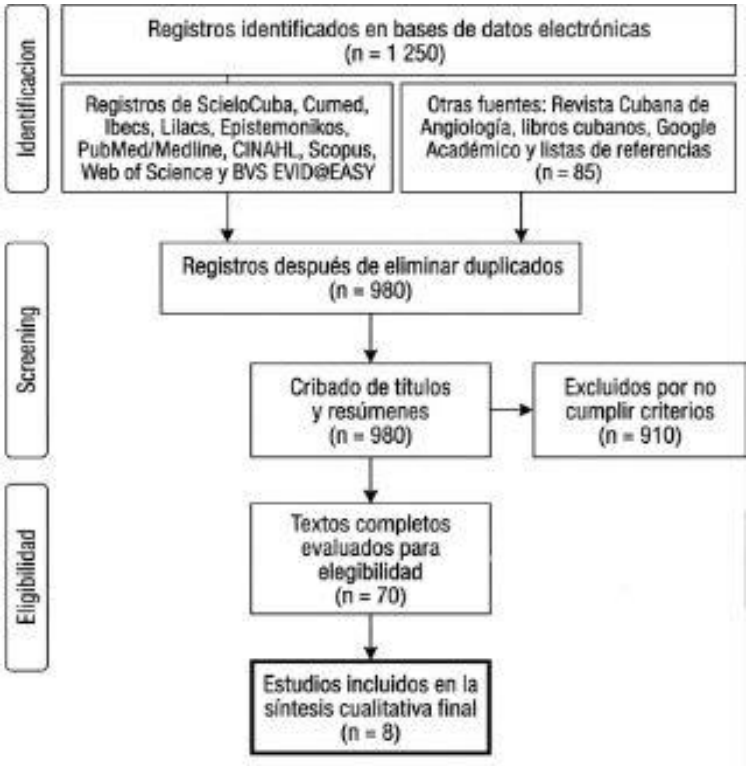


Fig. 1: Diagrama de flujo de la búsqueda, selección, evaluación, e inclusión de los estudios en la revisión.

A partir del diagrama de flujo PRISMA, que resume el proceso de búsqueda y selección de los estudios incluidos, se procedió a caracterizar cada investigación en función de sus elementos metodológicos y contextuales. Esta caracterización permitió identificar la diversidad de perspectivas —pacientes, cuidadores, profesionales de la salud y paneles de expertos— y la heterogeneidad de contextos asistenciales, en los que se ha abordado la atención multidisciplinaria del pie diabético. Resumen de las características metodológicas de los estudios incluidos (tabla 1).

Tabla 1- Características de los estudios cualitativos y de consenso sobre la atención multidisciplinaria en el manejo del pie diabético

Autor (año) /País	Contexto asistencial	Tipo de participante	Metodología cualitativa	Intervención multidisciplinaria descrita	Hallazgos principales según autores	Conclusiones reportadas
Hjelmgaard y otros[18] 2026 Dinamarca	Hospitalaria (servicio ambulatorio especializado con equipo multidisciplinario en cuatro hospitales de	Cuidadores informales (familiares) de pacientes con úlceras de pie diabético	Estudio cualitativo descriptivo	Servicio ambulatorio especializado con equipo multidisciplinario (MDT) en evolución para el	Los cuidadores experimentan una carga significativa relacionada con el manejo de las úlceras, destacando la necesidad de información clara, comunicación efectiva con el equipo y	Se requiere integrar a los cuidadores como parte activa del equipo multidisciplinario, proporcionándol

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

	emergencia)			manejo de úlceras de pie diabético en la región de Zelanda	reconocimiento de su rol. La coordinación entre especialistas influye en su experiencia de cuidado	es apoyo educativo y emocional para optimizar los resultados del tratamiento
Li y otros.[19] 2025. China	Comunitaria (dos comunidades en Changsha)	Pacientes con pie diabético de alto riesgo (sin úlceras activas)	Estudio cualitativo exploratorio y descriptivo (análisis según Colaizzi)	No evalúa una intervención específica; explora percepciones sobre el acceso temprano a la atención médica	Los pacientes identifican barreras como falta de conocimiento sobre el riesgo, temor al diagnóstico, dificultades económicas y limitado acceso a servicios especializados. Los facilitadores incluyen apoyo familiar y conciencia de la gravedad de la complicación	Las intervenciones para mejorar el acceso temprano deben abordar las barreras psicosociales y estructurales desde la atención primaria, con énfasis en educación y seguimiento continuo
Hansen y otros.[20] (2024) Dinamarca	Hospitalaria (cuatro centros multidisciplinarios de pie en la región de Zelanda)	Pacientes con úlceras de pie diabético	Hermenéutica fenomenológica	Tratamiento en centros ambulatorios multidisciplinarios de pie que operan con equipos integrados por diversas especialidades	Los pacientes valoran la continuidad en la atención y la coordinación entre especialistas, aunque experimentan incertidumbre durante las transiciones entre niveles asistenciales. La participación activa en decisiones terapéuticas fortalece el afrontamiento	La atención multidisciplinaria debe diseñarse con enfoque centrado en el paciente, garantizando transiciones fluidas entre niveles asistenciales, promoviendo la participación activa del paciente en el proceso terapéutico
Lusendi y otros.[21] 2024. Bélgica	Nacional (consenso para indicadores de calidad en clínicas de pie diabético)	Panel de expertos multidisciplinario (diabetólogos, cirujanos vasculares, podólogos, enfermeros. etc.)	Estudio de consenso formal (método RAND/UCLA) con análisis cualitativo de discusiones	Selección de indicadores de calidad para la atención multidisciplinaria del pie diabético. Incluye dominios como organización del cuidado, *offloading*,	Se identificaron 17 indicadores de calidad apropiados, cinco de ellos no descritos previamente: integración de especialidad en cuidado de heridas en el equipo multidisciplinario, evaluación sistemática del estado nutricional, administración de medicación hipolipemiante, e implementación de protocolos de cuidado y	Los indicadores identificados constituyen una herramienta para evaluar y monitorear la calidad de la atención en clínicas de pie diabético. Se requiere investigación adicional sobre su complementarie

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

				prevención secundaria	prevención	dad con indicadores existentes y su implementación en la práctica clínica
Tang y otros.[22] 2023 Singapur	Hospitalaria (clínica DREAM en hospital terciario)	Pacientes con úlceras de pie diabético	Estudio de consenso cuanti-cualitativo	Clínica DREAM (*Diabetic Rapid Evaluation and lower limb Amputation Management*) : acceso rápido con evaluación inicial por podólogo y derivación a endocrinología, cirugía vascular u ortopedia según necesidad	El modelo de acceso rápido con evaluación inicial por podología, permite una estratificación eficiente y derivación oportuna a las especialidades correspondientes. Los pacientes perciben mayor satisfacción con la coordinación del cuidado	La implementación de un modelo de acceso rápido con evaluación inicial por podología puede optimizar el uso de recursos especializados y mejorar los tiempos de atención en pacientes con úlceras de pie diabético
Ortiz Zuniga y otros.[23] (2023) España	Hospitalaria (unidad multidisciplinaria de pie diabético en hospital terciario)	Pacientes con amputación por pie diabético	Estudio de consenso cuanti-cualitativo	Unidad Multidisciplinaria de Pie Diabético, con protocolos de derivación desde atención primaria y coordinación entre especialistas	La implementación de la unidad se asoció con una reducción significativa de las tasas de amputación mayor y menor, así como con una disminución de la estancia hospitalaria. Los profesionales identificaron como facilitadores la comunicación estructurada y los protocolos consensuados	La creación de unidades multidisciplinarias con protocolos claros de derivación y coordinación entre niveles asistenciales constituye una estrategia efectiva para reducir las amputaciones en pacientes con pie diabético
Tan y otros.[24] 2022 Estados Unidos de América	Hospitalaria (centro de referencia terciario para salvamento de extremidades)	Pacientes con úlceras de pie diabético	Estudio cualitativo (análisis según el Marco de Investigación NIMHD)	Equipo multidisciplinario *Southwestern Academic Limb Salvage Alliance* (SALSA). El estudio se centra en barreras de	Se identificaron barreras multinivel para el acceso a la atención multidisciplinaria: individuales (conocimiento limitado, comorbilidades), interpersonales (comunicación médico-paciente), comunitarias (transporte,	Las intervenciones para mejorar el acceso a la atención multidisciplinaria del pie diabético deben abordar simultáneamente múltiples niveles de influencia, con

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

				acceso al sistema de salud	disponibilidad de servicios) y del sistema de salud (fragmentación, tiempos de espera)	énfasis en la integración entre atención primaria y especializada
Coffey y otros.[25] 2019 Irlanda	Múltiple (metasíntesis de estudios de diversos contextos internacionales)	Pacientes con diabetes (con y sin úlceras)	Metasíntesis cualitativa (metaetnografía)	No evalúa una intervención específica; sintetiza percepciones y experiencias sobre úlceras de pie diabético y cuidado del pie, identificando barreras y facilitadores	Emergieron temas como: impacto emocional del diagnóstico, miedo a la amputación, fragmentación de la atención, importancia de la relación con los profesionales, y necesidad de educación continua. Las barreras incluyen falta de información y acceso limitado a los especialistas	El cuidado del pie diabético requiere un enfoque centrado en la persona que aborde las dimensiones emocionales, sociales y prácticas. La continuidad en la relación con los profesionales y la educación adaptada a las necesidades individuales son elementos clave para mejorar los resultados

Sobre esta base, se evaluó la calidad metodológica de cada estudio se utilizó la herramienta Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (JBI). Los puntajes obtenidos oscilaron entre 3 y 10 puntos. Según las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs para revisiones sistemáticas cualitativas, ningún estudio fue excluido, únicamente por su puntaje de calidad.

Para evaluar cómo la calidad metodológica podría influir en la confianza de los hallazgos, se compararon los temas emergentes entre los estudios de mayor calidad (≥ 8/10: Coffey y otros.[25] 2019; Tan y otros,[24] 2022; Hansen y otros[20] 2024; Li y otros[19], 2025; Hjelmgaard y otros,[18] 2026) y los de menor calidad (≤ 5/10: Ortiz Zúñiga y otros,[23] 2023; Tang y otros,[22] 2023; Lusendi y otros,[21] 2024).

Los hallazgos principales de esta síntesis: fragmentación asistencial, necesidad de protocolos de derivación, rol de enlace de podología/enfermería, miedo a la amputación y carga del cuidador, fueron consistentes entre ambos grupos, sin identificarse discrepancias sustanciales (fig. 2).

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

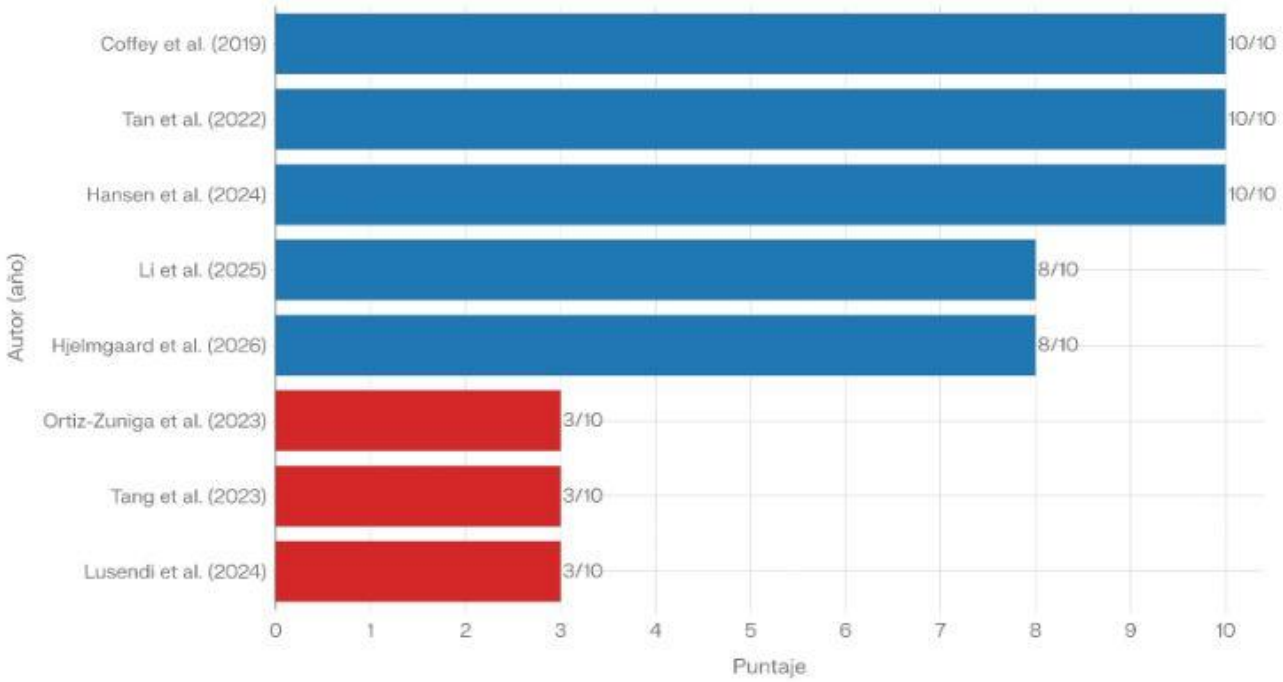


Fig.2- Evaluación de la calidad metodológica. Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (JBI).

Criterios JBI (1-10): 1- Congruencia entre la filosofía metodológica y la metodología de Investigación. 2- Congruencia entre la metodología y la pregunta de Investigación. 3- Congruencia entre la metodología y los métodos de recolección de datos. 4- Congruencia entre la metodología y la representación y análisis de los datos. 5- Congruencia entre la metodología y la interpretación de los resultados. 6- Ubicación del investigador desde una perspectiva cultural o teórica. 7- Influencia del investigador sobre la investigación e influencia inversa. 8- Representación adecuada de los participantes y sus voces. 9- Aprobación ética según la investigación realizada. 10- Coherencia entre las conclusiones y la presentación y análisis de los datos.
Valoración: Sí = 1 punto; No = 0 puntos; No claro = 0 puntos.
Implementación de estrategias multidisciplinarias (tabla 2).

Tabla 2- Barreras y facilitadores para la implementación de estrategias multidisciplinarias

Categoría	Barreras identificadas	Facilitadores identificados	Perspectiva asociada	Estudios que reportan
Nivel del sistema de salud	Fragmentación entre niveles asistenciales (primaria-especializada); tiempos de espera prolongados para acceso a especialistas; falta de protocolos	Existencia de protocolos de derivación consensuados entre atención primaria y especializada; financiación que reconozca la atención	Proveedores de salud, gestores, pacientes	Lusendi y otros,[21] 2024, Ortiz Zúñiga y otros,[23] 2023; Tan y otros,[24]

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

	estandarizados de derivación; limitada disponibilidad de recursos para *offloading* y cuidado avanzado de heridas; ausencia de sistemas de financiación que incentiven la coordinación multidisciplinaria	multidisciplinaria como estructura; implementación de indicadores de calidad nacionales para clínicas de pie diabético; sistemas de derivación rápida (acceso preferente)		2022; Tang y otros,[22] 2023; Coffey y otros,[25] 2019
Nivel organizacional/institucional	Falta de espacios físicos compartidos para trabajo en equipo; rigidez horaria que dificulta reuniones conjuntas; ausencia de liderazgo institucional que promueva la integración; escasa integración de la podología y enfermería en los equipos estructurales; rotación de personal que interrumpe la continuidad	Disponibilidad de espacios para atención simultánea (consulta compartida); horarios protegidos para sesiones clínicas conjuntas; liderazgo institucional que respalda el modelo multidisciplinario; inclusión formal de podólogos y enfermeras especializadas en la estructura del equipo; estabilidad del personal	Proveedores de salud, gestores	Li y otros,[19] 2025; Hjelmgaard y otros,[18] 2026; Ortiz Zúñiga y otros,[23] 2023; Tan y otros,[24] 2022
Nivel del equipo multidisciplinario	Comunicación deficiente entre especialidades; ausencia de roles claros y responsabilidades definidas; falta de reuniones periódicas estructuradas; duplicidad de indicaciones o información contradictoria al paciente; ausencia de un coordinador visible del equipo	Reuniones periódicas con agenda definida; roles y responsabilidades claramente asignados; uso de tecnología (mensajería, historias clínicas compartidas) para coordinación en tiempo real; presencia de un profesional de enlace (podología) que conecta al paciente con el equipo médico; toma de decisiones compartida	Proveedores de salud, pacientes, cuidadores	Ortiz Zúñiga y otros,[23] 2023
Nivel del profesional	Falta de conocimiento sobre el rol de otros especialistas; sobrecarga asistencial que limita el tiempo para comunicación interprofesional; resistencia al cambio hacia modelos colaborativos; falta de formación específica en trabajo en equipo	Formación en trabajo en equipo y comunicación interprofesional; reconocimiento del valor del rol de cada especialista; existencia de un profesional de enlace (podología) que facilita la comunicación; participación en	Proveedores de salud	Li y otros,[19] 2025; Hjelmgaard y otros,[18] 2026; Tan y otros,[24] 2022; Lusendi y otros,[21] 2024

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

	multidisciplinario	sesiones clínicas conjuntas que fomentan aprendizaje mutuo		
Nivel del paciente/cuidador	Falta de conocimiento sobre la enfermedad y el riesgo de amputación; temor al diagnóstico y al sistema de salud; dificultades económicas para acceder a transporte o tratamientos; falta de involucramiento en decisiones terapéuticas; sentimiento de abandono entre citas; desconocimiento del rol de cada especialista; sobrecarga emocional y física en cuidadores	Educación adaptada a las necesidades del paciente; comunicación clara y continuada con el equipo; participación activa en las decisiones sobre su tratamiento; continuidad en la relación con los profesionales; apoyo familiar; acceso temprano que genera confianza en el sistema; reconocimiento del rol del cuidador por parte del equipo	Pacientes, cuidadores	Li y otros,[19] 2025; Hansen y otros,[20] 2024; Hjelmgaard y otros,[18] 2026; Tan y otros,[24] 2022; Tan y otros,[24] 2022

Se realizó una codificación sistemática de los hallazgos cualitativos y se calculó el coeficiente de Jaccard para evaluar la fuerza de asociación entre los pares de códigos temáticos emergentes (fig. 3).

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

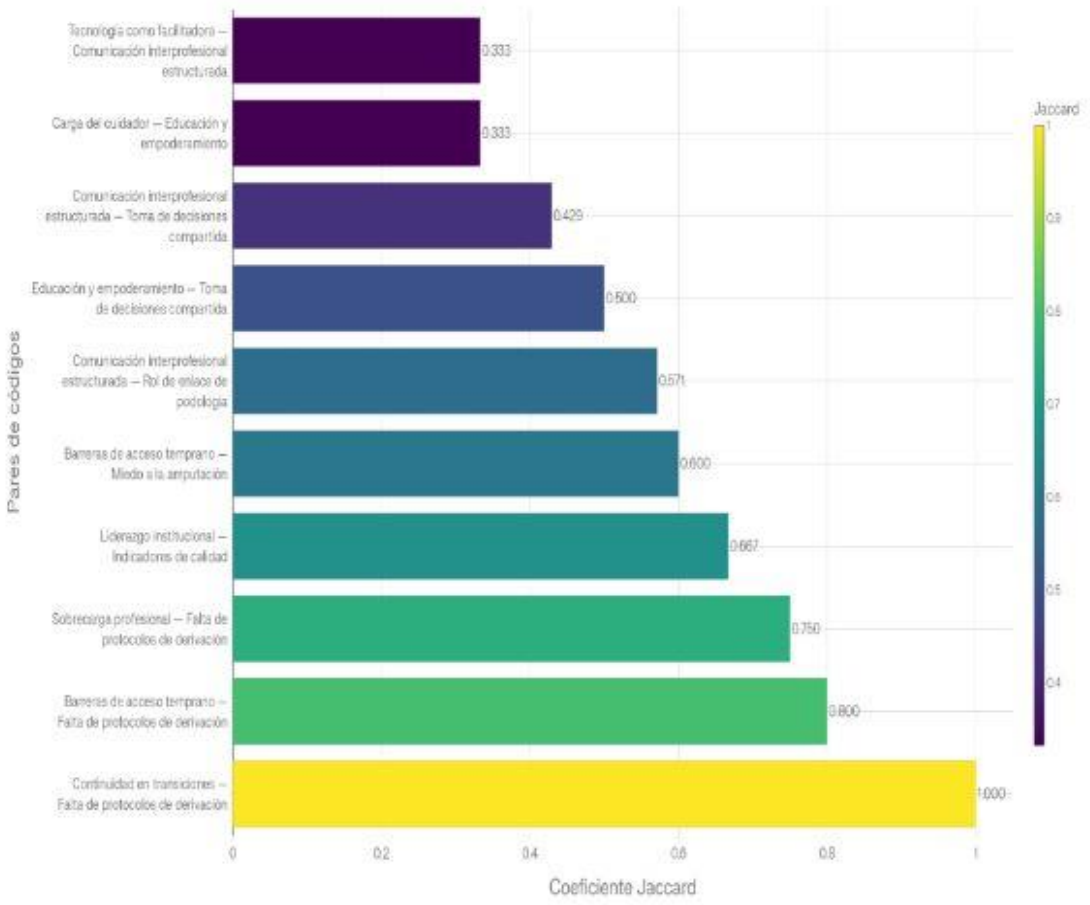


Fig.3- Coeficiente de Jaccard de co-ocurrencia entre pares de códigos temáticos identificados en la síntesis cualitativa sobre estrategias multidisciplinarias para la prevención de amputaciones en pie diabético según análisis en Atlas.ti.

Este análisis cuantitativo de las co-ocurrencias complementa la síntesis temática narrativa, al revelar las relaciones más sólidas entre conceptos como la comunicación interprofesional estructurada, el rol de enlace de la podología, las barreras de acceso temprano y la fragmentación de los protocolos de derivación.

Discusión

La efectividad de estos modelos de atención no depende únicamente de la disponibilidad de recursos clínicos, sino de un entramado multiescalar de factores que actúan desde la gobernanza del sistema sanitario hasta las vivencias emocionales de pacientes y cuidadores. Esta lectura permite ir más allá de la descripción de estructuras organizativas para identificar los mecanismos que favorecen o restringen la continuidad y la calidad del cuidado.[26,27]

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Una de las aportaciones más relevantes de esta síntesis es reconocer la fragmentación asistencial como una barrera transversal. La ausencia de rutas claras de derivación entre atención primaria y especializada aparece como un obstáculo crítico para el acceso oportuno y la continuidad terapéutica, especialmente cuando la coordinación entre sectores es débil o inconsistente. En este sentido, la discontinuidad no solo retrasa las intervenciones, sino que también afecta la experiencia del paciente, incrementa la incertidumbre y dificulta la construcción de trayectorias de cuidado estables.

Estos hallazgos se alinean con estudios recientes en contextos comparables. La evaluación realista realizada en Dinamarca mostró que, en entornos intersectoriales, la continuidad depende en gran medida de la negociación de roles entre pacientes y profesionales, lo que confirma que la fragmentación es simultáneamente estructural y relacional.[26] De forma concordante, la literatura reciente sobre modelos multidisciplinarios subraya que los circuitos de referencia bien definidos y los algoritmos de atención integrados facilitan una respuesta más temprana y ordenada frente al pie diabético.[28]

En el plano organizacional y del equipo, el análisis de co-ocurrencia permite cuantificar relaciones que la síntesis narrativa ya sugería. La fuerte asociación entre comunicación interprofesional estructurada y rol de enlace clínico resulta especialmente significativa, porque no basta con que exista comunicación: es necesario que haya una función explícita que la articule. En las clínicas multidisciplinarias de acceso rápido, como el modelo DREAM, la podología cumple precisamente ese papel de conexión, al realizar la evaluación inicial y acelerar la derivación hacia el circuito adecuado.[28]

Esta función de enlace también ha sido observada en otros escenarios recientes. En los servicios interprofesionales de alto riesgo para pie diabético, la coordinación clínica puede recaer en profesionales con competencias específicas que facilitan la transición entre atención primaria y equipos multidisciplinarios, fortaleciendo la integración asistencial.[29,30] Así, la eficacia del modelo no parece depender de una profesión única, sino de la presencia de un agente de enlace con atribuciones claras y capacidad de coordinación.[28,29]

En el centro del modelo, la experiencia del paciente y del cuidador revela dimensiones que con frecuencia permanecen invisibles para los sistemas de salud. El temor al diagnóstico, el miedo a la amputación y la percepción de demora en la atención se asocian estrechamente con las barreras de acceso temprano, lo que demuestra que los obstáculos no son solo logísticos, sino también psicológicos y emocionales.[31,32] Paralelamente, la carga del cuidador emerge como una dimensión crítica, vinculada tanto a la educación como al empoderamiento para participar en el tratamiento.[33,34] La evidencia reciente muestra que los cuidadores informales viven de forma intensa las consecuencias de la fragmentación y necesitan ser reconocidos como parte activa del equipo terapéutico.[33]

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Complementariamente, el respaldo institucional se consolida como un pilar fundamental para sostener los modelos multidisciplinarios. La asociación documentada entre liderazgo institucional e indicadores de calidad (Jaccard = 0,667) es coherente con los resultados de un estudio canadiense de 2024, que evaluó la calidad percibida por pacientes atendidos bajo un enfoque interdisciplinario y encontró puntuaciones máximas en todas las dimensiones de calidad únicamente cuando existía un respaldo institucional claro y visible. Así, tanto la integración de la unidad familiar como el compromiso de la gestión se revelan como condiciones imprescindibles para transformar la estructura multidisciplinaria en una experiencia asistencial efectiva y humanizada.

Las limitaciones del estudio, a pesar de una búsqueda exhaustiva sin restricción geográfica, que incluyó bases regionales no se recuperaron estudios cualitativos elegibles de América Latina, el Caribe, Oriente Medio ni el Sudeste Asiático. Esta ausencia obedece a la escasez de investigación cualitativa publicada, al predominio de estudios cuantitativos en esas regiones, a la limitación idiomática y a la exclusión de literatura gris o tesis. Los hallazgos sintetizados provienen de países de altos ingresos y Asia oriental, por lo que su transferibilidad a contextos de ingresos medios y bajos debe ser cautelosa. Se precisan futuras investigaciones cualitativas en las regiones subrepresentadas, mediante nuevos diseños participativos que incluyan pacientes, cuidadores y profesionales.

Se concluye que los hallazgos tienen claras implicaciones para la práctica clínica y la gestión sanitaria. En primer lugar, se evidencia que la creación de unidades multidisciplinarias es insuficiente si no se acompañan de protocolos de derivación consensuados y sistemas de derivación rápida. En segundo lugar, la existencia de un profesional de enlace (podología, enfermería especializada) debe ser formalizada como un rol estructural, no como un recurso periférico. En tercer lugar, las intervenciones educativas deben dirigirse, tanto a los pacientes como a los cuidadores, abordando sus temores y empoderándolos como actores del proceso terapéutico.

Para futuras investigaciones, se requieren estudios que exploren la implementación de estos modelos en contextos de ingresos bajos y medios. Asimismo, sería valioso desarrollar intervenciones que operen simultáneamente en múltiples niveles, evaluando su impacto, no solo en las tasas de amputación, sino en la reducción de la carga del cuidador y la mejora de la continuidad percibida. La integración de indicadores de calidad en la evaluación rutinaria de los servicios constituye un paso crucial para cerrar la brecha entre la evidencia y la práctica.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Referencias bibliográficas

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025 [acceso 30/03/2026]. Disponible en: https://diabetesatlas.org

2. Santos GS, Oliveira RSS, Rodrigues YB, Lima ES, Carvalho DR. Global burden of diabetic foot ulcers: a systematic review on prevalence, mortality, and clinical-economic impact. Res Soc Dev. 2025;14(7):e3914749222. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v14i7.49222

3. Maity S, Leton N, Nayak N, Jha A, Anand N, Thompson K, *et al*. A systematic review of diabetic foot infections: pathogenesis, diagnosis, and management strategies. Front Clin Diabetes Healthc. 2024;5:1393309. DOI: https://doi.org/10.3389/fcdhc.2024.1393309

4. Martin AM, Verastegui A, De la Torre OA, Sanchez CG, Fabiani MA, Gonzalez-Urquijo M. Research Trends on Diabetic Foot in Latin America: A Bibliometric Analysis (2000-2025). 2025 [acceso 30/03/2026]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40966100/

5. Islam S, Harnarayan P, Cawich SO, Budhooram S, Bheem V, Mahabir V, *et al*. Epidemiology of diabetic foot infections in an Eastern Caribbean population: a prospective study. Perm J [Internet]. 2013;17(2):e112-7. DOI: https://doi.org/10.7812/TPP/12-126

6. Ogle GD, Wang F, Haynes A. Global type 1 diabetes prevalence, incidence, and mortality estimates 2025: Results from the International Diabetes Federation Atlas, 11th Edition, and the T1D Index Version 3.0. Diabetes Res Clin Pract. 2025;225:112277. DOI: https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.112277

7. Torres Herrera O, Cabrera Valdés N, Díaz Díaz O. Tasa de mortalidad de personas con pie diabético en La Habana durante el periodo 2010-2015. Rev Cuban Endocrinol. 2021 [acceso 30/03/2026];32(3):e300. Disponible en: https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/download/300/307/0

8. Carrera Martínez JL, Suarez Lescay C, García Herrera AL, Loyola Cabrera O, del Río Sánchez M, Roque Morgado M. Factores causales de amputación en pacientes con diagnóstico de pie diabético. RCACV. 2026 [acceso 30/03/2026];27. Disponible en: https://revangiologia.sld.cu/index.php/ang/article/view/997

9. Zhu W, Nuntaboot K, Liu J, Long S. Perceptions of delay in seeking medical help for foot ulcers in rural areas of Southwest China: a qualitative descriptive study. Pac Rim Int J Nurs Res. 2024;28(2):265-79. DOI: https://doi.org/10.60099/prijnr.2024.265279

10. Ong EKM, Murray C, Hillier S, Causby R. 'Leaving the door open': perspectives on decision-making for non-emergency diabetes-related amputation. Health Expect. 2024;27(5):e70043. DOI: https://doi.org/10.1111/hex.70043

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

11. Lockwood C, Porritt K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2020. DOI: https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71
13. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012;12:181. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181
14. Curtin University. Systematic & scoping reviews: formulate a specific question. Perth: Curtin University. [acceso 29/03/2026]. Disponible en: https://researchtoolkit.library.curtin.edu.au/searching/systematic-and-scoping-reviews/formulate-a-specific-question/
15. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5(1):210. DOI: https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. DOI: https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
17 ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. ATLAS.ti 23 Mac [software de análisis de datos cualitativos]. Berlin: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; 2023 [acceso 29/03/2026]. Disponible en: https://atlasti.com
18. Hjelmgaard CMH, Berthelsen C, Kristensen MØ, Hansen CA. Diabetes-related foot ulcers: the role of informal caregivers' experiences and needs regarding involvement in multidisciplinary team treatment: a qualitative study. Int Wound J. 2026 DOI: https://doi.org/10.1111/iwj.70891
19. Li N, Wang H, Ye Y, Dai W, Zhou Q. Patients' perceptions with high-risk diabetic foot on early access to medical care: a qualitative study. J Tissue Viability. 2025;34(2):100863. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100863
20. Hansen CA, Hjelmgaard CMH, Kristensen MØ, Berthelsen C. Patient involvement in diabetes-related foot ulcers: what do patients need and prefer when undergoing treatment at multidisciplinary outpatient foot centres? A phenomenological hermeneutic study. Int Wound J. 2024;21(12):e70128. DOI: https://doi.org/10.1111/iwj.70128
21. Lusendi FM, Vanherwegen AS, Nobels F, Matricali GA. A multidisciplinary Delphi consensus to define evidence-based quality indicators for diabetic foot ulcer care. Eur J Public Health. 2024;34(2):253-9. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad235
22. Tang F, Razak SNBA, Tan JX, Choke ETC, Zainudin SB. Fast-access multidisciplinary approach to management of diabetic foot ulcers: the Diabetic Rapid Evaluation and Lower Limb Amputation Management (DREAM) clinic. Clin Med Insights Endocrinol Diabetes. 2023];16:11795514231196464. DOI: https://doi.org/10.1177/11795514231196464

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

23. Ortiz-Zuniga A, Samaniego J, Biagetti B, Allegue N, Gené A, Sallent A, *et al*. Impact of diabetic foot multidisciplinary unit on incidence of lower-extremity amputations by diabetic foot. J Clin Med. 2023;12(17):5608. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm12175608
24. Tan TW, Crocker RM, Palmer KNB, Gomez C, Armstrong DG, Marrero DG. A qualitative study of barriers to care-seeking for diabetic foot ulceration across multiple levels of the healthcare system. J Foot Ankle Res. 2022;15:56. DOI: https://doi.org/10.1186/s13047-022-00561-4
25. Coffey L, Mahon C, Gallagher P. Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: a qualitative meta synthesis. Int Wound J. 2019;16(1):183-210. DOI: https://doi.org/10.1111/iwj.13010
26. Petersen A, Hald K, Rod MH, Frølich A. Realist evaluation of intersectoral care pathways for people with chronic conditions: the role of role negotiation in continuity of care. J Health Organ Manag. 2023;37(9):45-62. DOI: https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2022-0365
27. Andersen AB, Bech M, Høgsgaard D. Beyond organizational structures: mechanisms influencing care continuity in fragmented health systems. Health Policy. 2024;142:105021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105021
28. Vela E, Clèries M, Vela-Bueno A. Integrated referral pathways and multidisciplinary management in diabetic foot care: impact on clinical outcomes and time to treatment. J Clin Med.. 2022;11(15):4321. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm11154321
29. Bakker K, Apelqvist J, Lipsky BA, Van Netten JJ. The role of podiatrists as clinical coordinators in high-risk diabetic foot services: a systematic review of integrated care models. J Foot Ankle Res. 2023;16(1):24. DOI: https://doi.org/10.1186/s13047-023-00622-2
30. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Hinchliffe RJ, Lipsky BA. The role of liaison professionals in multidisciplinary diabetic foot teams: an international consensus report. Diabetes Metab Res Rev [Internet]. 2024 [citado 30 de marzo de 2026];40(3):e3778. Disponible en: https://doi.org/10.1002/dmrr.3778
31. Wylie D, Nair A, Macdonald A. Fear of amputation and psychological barriers to early presentation in patients with diabetic foot ulcers: a qualitative study. BMJ Open Diabetes Res Care. 2022;10(4):e002789. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2022-002789
32. McGloin H, Devane D, McIntosh CD. Emotional and psychological factors influencing delayed care-seeking in diabetic foot ulceration: a meta-ethnography. J Tissue Viability. 2023;32(2):210-219. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.02.005
33. de Almeida SA, Silveira RE, de Souza EM. Caregiver burden and empowerment in diabetic foot care: a mixed-methods study on the hidden workforce. J Wound Care. 2024;33(6):402-10. DOI: https://doi.org/10.12968/jowc.2024.33.6.402
34. Kelechi TJ, Brunette G, Mueller M, Madisetti M. Experiences of informal caregivers of individuals with diabetic foot ulcers: a systematic review of qualitative

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

evidence. Int J Nurs Stud 2023;142:104493. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104493

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES