

tabaquismo 18 (41.9 por ciento), alcoholismo 17 (39.5 por ciento), ovario poliquístico ocho (18.6 por ciento), mastopatía fibroquística cuatro (9.3 por ciento). Entre los antecedentes de cáncer encontramos: cáncer cervicouterino once (25.6 por ciento), cáncer de mama cinco (11.6 por ciento), otro tipo de cáncer siete (16.3 por ciento). En los antecedentes personales patológicos la presencia de diabetes mellitus es de cuatro (9.3 por ciento), hipertensión arterial diez (23.3 por ciento), tabaquismo siete (16.3 por ciento), alcoholismo nueve (20.9 por ciento), ovario poliquístico once (25.6 por ciento), mastopatía fibroquística dos (4.6 por ciento), cáncer cervicouterino uno (2.3 por ciento), enfermedades de transmisión sexual uno (2.3 por ciento), obesidad diez (23.3 por ciento).

De las pacientes estudiadas trece (30.2 por ciento) presentaron datos clínicos, los cuales se obtuvieron mediante la exploración en el momento de la aplicación de la prueba; algunas mujeres presentaron hasta cuatro alteraciones palpables, como: presencia de tumor palpable dos (4.6 por ciento), retracción y fijación del pezón uno (2.3 por ciento), secreción del pezón uno (2.3 por ciento), dolor en el pezón uno (2.3 por ciento), descamación de la piel de la glándula mamaria dos (4.6 por ciento), cambios de coloración de la piel uno (2.3 por ciento), dolor de mamas seis (14 por ciento), inflamación de la mama tres (7 por ciento), presencia de piel de naranja uno (2.3 por ciento), presencia de ganglios axilares y/o supraclaviculares palpables tres (7 por ciento), asimetría de las mamas cuatro (9.3 por ciento). Del total de pacientes sólo 29 (67.4 por ciento) no tenían presencia de dato clínico alguno.

Discusión

Se encontró que la prevalencia de autoexploración es de 62.8 por ciento, pero, 70 por ciento de dicha población no realiza la técnica de forma correcta ni en el momento indicado, sólo cuando ha identificado algún signo de alarma. En cuanto a incidencia de factores de riesgo: la presencia de cáncer en un miembro de la familia, el empleo por corto tiempo o no utilización de la lactancia materna, la obesidad más el uso de hormonas son factores predeterminante para desarrollar cáncer de mama.

La presencia de prejuicios culturales como la vergüenza y el miedo ante la exploración clínica

de la glándula mamaria condicionan el retraso de un diagnóstico precoz. Los signos más comunes, son dolor, asimetría mamaria y presencia de ganglios axilares. De las dos mamas, resulta ser más afectada la glándula mamaria derecha, en comparación con la izquierda, principalmente por la presencia de dolor. Mientras la presencia de ganglios axilares tiende a ser mayor en el lado izquierdo. En cuanto a la identificación de la población en riesgo se incluyen todas las que hayan presentado: una menarca temprana, menopausia tardía, uso de anticonceptivos por un tiempo prolongado y antecedente de algún tipo de cáncer. La enseñanza de la autoexploración y prevención sobre la detección oportuna de CA mamario posibilitará un diagnóstico temprano y tratamiento inmediato con mejor supervivencia de las mujeres con esta patología y disminución del costo de la atención en el sector salud.

Prevalencia de pie plano en una población rural de 7 a 12 años

Autor: Prescilla Denisse Berman Tinajero*

Coautores: María del Carmen Macías Ballesteros

Marco Teórico

Pocos temas en la medicina tienen semejante variedad y diversidad de opiniones como las expresadas acerca de cada uno de los aspectos de la etiología y el tratamiento que tiene el pie plano flexible. Un principio básico en la medicina es entender la etiología y la historia natural de una condición antes de llevar a cabo el tratamiento sin esta información, los resultados de un método propuesto no se evalúan correctamente.

El pie humano normal es una estructura bicóncava, bien desarrollada, que simula una bóveda; con un apoyo anterior y orientación plantar¹⁵. El término pie plano es poco preciso ya que se utiliza para describir cualquier cuadro del pie en que el arco longitudinal es demasiado bajo o desaparece. En ortopedia se utiliza el término pie plano agregados de adjetivos fisiológico flexible o rígido. El pie plano de un niño recién nacido parece deformado, ya que le falta el arco longitudinal; esta apariencia dura hasta los

* Estudiante de Pregrado. Facultad de Medicina. Universidad Veracruzana. glosofaringeo@hotmail.com

cinco años de edad, y es lo que conocemos como pie plano fisiológico: el pie es flexible, las articulaciones son muy móviles y existe un acumulo de grasa; el primer metatarsiano es ligeramente divergente hacia adentro y el antepie mantiene discreto grado de supinación y el talón se apoya en discreto valgo. Hacia los seis años de edad, cuando el niño ha asumido una marcha normal, ocurre un periodo rápido de desarrollo; el talón crece y se atenúa la forma triangular, el arco se va haciendo visible por la desaparición del acumulo de grasa. Por encima de los seis años y hasta la adolescencia, el pie va adquiriendo gradualmente su forma trapezoidal y el arco debe ser evidente.

El diagnóstico de pie plano se basa en criterios clínicos y se comprueba con bases radiográficas y podográficas. Algunos autores discuten si el diagnóstico radiológico es mejor que el podográfico, pero en la mayoría de las ocasiones se utiliza el podograma por ser más económico y fácil de usar. La verdadera frecuencia del pie plano en la infancia y en edades adultas no se conoce por lo que es posible que varíe en regiones, grupo étnico, estado socioeconómico y obesidad.

Antecedentes

Se conoce como pie plano cualquier cuadro del pie en el que el arco longitudinal es demasiado bajo o desaparece. En la literatura mundial la incidencia de pie plano varía desde 6.2 hasta un 100 por ciento. Se ha escrito mucho acerca de esta entidad, por ser una de las primeras causas de la demanda de atención médica ortopédica, pero faltan en la literatura internacional y nacional reportes de estudios a largo plazo sobre su evolución y se discute la influencia de diversos factores sobre su prevalencia. Muchos autores consideran que el uso del calzado en la niñez temprana es un factor que favorece la formación tardía del arco longitudinal del pie y origina el desarrollo de pie plano. Ante esto, se considera que la frecuencia de pie plano es mayor en el área urbana que en la rural.

Hipótesis

La prevalencia de pie plano en una población rural de siete a doce años es de 40 por ciento.

Objetivo General

Establecer la prevalencia de pie plano en una población rural de 7 a 12 años.

Metodología

Toma (mediante podógrafo e interpretación de huellas plantares de acuerdo con la Clasificación de Vidalot) somatometría (peso y talla). Análisis de cuestionario contestado previamente por los padres (13 ítems).

Resultados

Se estudiaron 161 escolares de siete a doce años de edad; 82 (51 por ciento) fueron varones, y 79 (49 por ciento) fueron mujeres. 36 por ciento de la población presentó pie plano; 32 (19.9 por ciento) niños y 26 (16.1 por ciento) niñas. En todos, la localización de pie plano fue bilateral. Nueve niños con sobrepeso (IMC > 24) tuvieron pie plano flexible. Se observó una incidencia significativamente mayor de pie plano en los niños de la población urbana que en los niños de la población rural ($\chi^2=9.6$; $p < 0.01$). Al comparar la frecuencia de pie plano entre ambos sexos, no hubo diferencia significativa ($\chi^2=0.6523$, p :ns), ni al comparar la frecuencia del padecimiento entre cada año de edad ($\chi^2=2.79$, p :ns). No se encontró relación entre el antecedente familiar de pie plano, edad a la que iniciaron deambulación, el inicio de uso de zapato y las horas que utilizan el zapato al día.

Discusión

La prevalencia del pie plano flexible en la población infantil rural fue de 36 por ciento, la presencia de pie plano flexible predomina en el sexo masculino y es bilateral, los niños con sobrepeso tuvieron una frecuencia mayor de pie plano flexible. El cuadro clínico de niños con pie plano flexible no difirió del mencionado por la población infantil sin este padecimiento. El antecedente familiar de pie plano flexible no difirió significativamente en los niños con esta entidad y la población infantil sin pie plano flexible. La edad a la que iniciaron la deambulación, el uso de zapato y las horas que lo utilizan al día no difirieron significativamente en este grupo. Es probable que el requerimiento de la atención médica por esta entidad, esté influida más que nada por el conocimiento de los padres sobre esta afección. La prevalencia de pie plano flexible en la población infantil rural es menor que en la población urbana ($\chi^2=9.66$, $P < 0.01$).