

ORIGINAL ARTICLE

Perfil epidemiológico de las afecciones del pie en una consulta de Podología

Epidemiological profile of the affections of the foot in consulting Podiatry

Sergio Pérez García ^{1*}; Natalia Tovaruela Carrión ²; Carolina Rosende Bautista¹; Francisco Pita Galdo ³; Rocío Pedreira Márquez³; Francisco Alonso Tajés ¹.

1. Grupo de Investigación en Epidemiología Clínica. Departamento de Ciencias da Saúde. Facultade de Enfermaría e Podoloxía. Universidade da Coruña, España.

2. Departamento de Podología. Universidad de Sevilla, España.

3. Práctica Privada A Coruña.

*Correspondencia: Sergio Pérez García (sergioperezgarcia1985@gmail.com) As Xubias de arriba, 84 15006, A Coruña, España.

Abstract

Objectives: To determine the epidemiological profile of patients in a podiatric clinic, and in turn assess correlations and variables associated with the occurrence of diseases to establish results that will discuss the scientific literature and set a target population to improve both prevention and treatment of the most common foot problems.

Material and Method: Quantitative and qualitative analysis of the variables in medical records of patients in a Podiatric Clinic of La Coruña Province. Non-experimental, descriptive study with retrospective analysis of a representative sample of the population with a confidence interval of 95% ($p \leq 0,05$) and an accuracy of $\pm 6\%$.

Results: 236 medical records were selected randomly. The more representative type of patient are middle-aged women and the most common motive for coming to the clinic has been suffering from pain in the feet (81.36 %) a high prevalence of keratopathies affections of the foot was found (74.6 %), as well as nail affections (55.1%).

Conclusions: Being female and elderly age are the variables that have demonstrated a strong statistical association with the appearance of podiatric conditions. The target population to focus on preventive action as to the conditions of the foot, would be the school population. Conducting an awareness program of the use of appropriate footwear for the wearer's foot, the activity performed and the surface where this is done; especially in the female adolescent population, which is starting to develop the use of inappropriate footwear.

Key Words: epidemiology, foot, podiatry, epidemiologic profile, foot diseases,

Resumen

Objetivos: Conocer el perfil epidemiológico de los pacientes de una clínica de podología, y a su vez valorar correlaciones y variables asociadas a la aparición de patologías para establecer resultados que permitan discutir la literatura científica y establecer una población diana para mejorar tanto la prevención como el tratamiento de los problemas más frecuentes del pie.

Metodología: Análisis cualitativo y cuantitativo de las variables recogidas en las historias clínicas de los Pacientes de una Clínica Podológica de la Provincia de A Coruña. Estudio no experimental descriptivo con análisis retrospectivo de una muestra representativa de la población.

Resultados: 236 historias clínicas han sido seleccionadas aleatoriamente. El tipo de paciente más presente son las mujeres de mediana edad y el principal motivo de consulta ha sido padecer dolor en los pies (81.36%). Se ha obtenido una alta prevalencia de afectaciones queratopáticas en el pie (74.6%), así como de onicopatías (55.1%).

Conclusiones: El sexo femenino y la edad avanzada son las variables que han demostrado una potente asociación estadística con la aparición de afecciones podológicas. La población diana en la que centrar una acción preventiva en cuanto a las afecciones del pie, sería la población escolar. Llevando a cabo una concienciación del uso de un calzado adecuado para el pie del usuario, la actividad a realizar y a la superficie donde esta se realiza; especialmente en la población adolescente femenina, que es la que comienza a desarrollar el uso de calzado inadecuado.

Palabras Clave: epidemiología, pie, podología, perfil epidemiológico, afecciones podológicas.

Recibido: 23 Noviembre 2015; Aceptado: 12 Marzo 2016.

Conflictos de interés

Ninguno declarado.

Fuentes de Financiación

Ninguno declarado.

Introducción

Existen pocos estudios Dunn et al¹, Demirseren et al², Ungpakorn et al.³ que reflejen un perfil epidemiológico que comprenda las patologías podológicas más comunes que en el día a día se presentan en una clínica de Podología.

En los estudios mencionados, y en otros estudios como Burzykowski et al⁴, Chan et al⁵, Spink et al⁶ se habla de que la posibilidad de que aparezca patología en el pie en las poblaciones estudiadas respectivamente, es alta. Pero no se da una estadística descriptiva que englobe todos los grupos de patologías propias del pie. Sorprende cómo éstas enfermedades tan presentes en la población general (diversos trabajos revisados son estudios aleatorios poblacionales), carecen de datos que den un perfil epidemiológico para englobar todas las patologías dermatológicas y especificarlas, al menos, en grandes grupos.

En la cultura occidental la población femenina es nueve veces más propensa a padecer varios problemas en los miembros inferiores que la masculina. Entre estos problemas se encuentran por orden de prevalencia: hiperqueratosis, helomas y hallux abductus valgus. Por otro lado, los problemas más comunes en la población masculina son las alteraciones ungueales^{2,7}.

La edad avanzada es el principal factor de riesgo para padecer problemas en los pies. Los cinco trastornos más presentes en los pies de la población perteneciente a la tercera edad son los siguientes⁷:

- Alteraciones ungueales (onicopatías) (74.9%),
- Alteraciones de los dedos menores (60%).
- Hiperqueratosis y helomas (queratopatías) (58.2%).
- Hallux abductus valgus (37.1%).
- Signos de infección fúngica, fisuras o grietas en la piel o maceración interdigital (36%).

El hecho de que en las personas mayores de 65 años se produzca un progresivo deterioro de los

tejidos blandos (atrofia del tejido adiposo, disminución de la elasticidad tisular, atrofia muscular, etc), tiene como consecuencia una alteración de la estructura y función normal del pie, dando lugar a situaciones desfavorables desde el punto de vista biomecánico, que favorecen la aparición de las mencionadas afecciones¹.

Una de las asociaciones más frecuentes es padecer hiperqueratosis y/o helomas junto con la presencia de hallux abductus valgus en alguno de sus estadios: en un 60% de los casos¹.

Otras variables se asocian con menos claridad a la aparición de hiperqueratosis o helomas en el pie; algunos autores no encuentran relación entre otras variables como el índice de masa corporal, obesidad, morfología, el pie dominante o el dolor de antepié⁶.

El dolor asociado a las hiperqueratosis se produce porque éstas actúan como un cuerpo extraño aumentando la presión sobre los receptores tisulares de dolor. Por otra parte, la distribución en la planta del pie de las hiperqueratosis es variada, en el estudio de Spink⁶, fueron encontrados 52 patrones diferentes, siendo el que más se repetía (12%) el que presentaba hiperqueratosis bajo la primera cabeza metatarsiana.

Mientras el humano camina, los componentes del cuerpo que se encuentran por encima del pie están en acción para que los movimientos verticales, horizontales y laterales del cuerpo sean coordinados y correctos, por lo que el dolor o la deformidad que aparezca a cualquier nivel de la cadena cinética pueden variar los patrones de normalidad de la marcha humana⁷.

Además, una deambulación anormal, y las fuerzas extrínsecas e intrínsecas van a someter al pie a diferentes niveles de estrés que resultarán primero en deformidades flexibles modificables con fuerzas pasivas, o rígidas, cuando no es posible su modificación salvo quirúrgicamente. El uso de un calzado adecuado a la morfología del pie y a la función a la que va a ser destinado, es un factor clave a tener en cuenta para prevenir la aparición de deformidades en la población general⁸.

Sobre todo en pacientes de la tercera edad, la evolución de las diferentes afecciones o patologías que en él se presenten, pueden permanecer sin diagnosticar ni tratar durante mucho tiempo⁹.

La podología tiene el papel principal en la atención del pie de los pacientes mayores, pacientes diabéticos, desórdenes biomecánicos de los miembros inferiores e infecciones de esta región; pero la colaboración y coordinación entre los diferentes profesionales sanitarios y el profesional de podología, es clave para poder desarrollar una prevención y un tratamiento más eficaz y eficiente; como bien expresa Helliwell en el informe de atención de la “Clínica Multidisciplinar del Pie”¹⁰.

La prevalencia de las afecciones podológicas en la población, queda patente en diferentes estudios internacionales^{6,7}. Algunos recogen la aparición de complicaciones puntuales, mientras que otros se centran en otros problemas como pueden ser la epidemiología de las heridas y úlceras.

A pesar de que estos estudios analizan aspectos a tener en cuenta para los profesionales de la podología, lo hacen de manera focalizada en temas individuales, existiendo pocos que muestren un perfil epidemiológico general de la población de pacientes que acuden a una consulta podológica^{2,11} y aún menos que analicen el motivo de consulta como variable dentro del estudio¹².

En el ámbito nacional y autonómico de la podología, estudios actuales de prevalencia son muy escasos¹³, y en muchos casos la metodología aplicada no sigue unas normas estandarizadas.

El objetivo general de este estudio es obtener un perfil epidemiológico general en cuanto a las afecciones del pie y los posibles factores asociados a su aparición. Para abordar este estudio podemos distinguir los siguientes objetivos específicos:

Conocer las características demográficas de la población estudio.
Describir los principales motivos de consulta.

Determinar las patologías más frecuentes en el miembro inferior.

Identificar las variables asociadas a la presencia de patología podológica.

Material y Métodos

El diseño del estudio es epidemiológico: no experimental, descriptivo y de carácter retrospectivo; que nos permite estudiar a la vez varias patologías y factores de riesgo, es decir, puede aportar una distribución de las afecciones a estudiar con respecto a diferentes variables intrínsecas de los pacientes¹⁴.

El lugar escogido fue una Clínica de Podología del Ayuntamiento de A Coruña. Dicha consulta cuenta con pacientes historiados desde octubre de 2010. El trabajo de campo se lleva a cabo entre enero y mayo de 2015. Los criterios de inclusión han sido ser paciente historiado de la Clínica Podológica en la que se lleva a cabo el estudio, y haber firmado el consentimiento para el uso de la información clínica y personal con fines de investigación sanitaria que ofrece la clínica.

El tamaño total de la población era de N=2011 historias clínicas. Todos los pacientes han consultado a un único profesional. Con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0.05$, $z = 1.96$) y una precisión $d = \pm 6\%$, obtuvimos una población de referencia $n = 236$ historias clínicas. Siendo $p = 0.5$ la probabilidad de que una historia clínica fuese seleccionada, y $q = 0.5$ su complementario. Utilizamos valores de p y q del 50% ya que esos valores son los que van a tener un producto que maximice el tamaño de la muestra de la población cuando dicho tamaño muestral es desconocido.

Debido a que el muestreo realizado fue simple aleatorio, todos los pacientes que estuviesen historiados tenían las mismas posibilidades de que su historia clínica fuese seleccionada para el estudio, no existiendo ningún caso de exclusión. Para la selección de los números de historia clínica, hemos usado el programa de muestreo estadístico EPIDAT 3.1, obteniendo una lista de 236 números de historias clínicas.

Una vez recogida la información, se configuró una base de datos utilizando el programa de análisis de datos estadísticos SPSS v.17, con el que se realizó un análisis descriptivo de los datos. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación típica, y las variables cualitativas como valor absoluto, porcentaje y estimación de su 95% intervalo de confianza¹⁵.

La normalidad de la distribución se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov¹⁶. La asociación de variables cualitativas entre sí se realizó por medio del test estadístico descriptivo Chi-cuadrado o por medio del test estadístico exacto de Fisher¹⁷. La correlación de variables cuantitativas entre sí se determinó por medio del coeficiente de correlación de Pearson o bien por el de Spearman¹⁸. Para determinar que variables determinan la presencia o no de un evento de interés, se realizaron análisis multivariables de regresión.

Previo a la realización del estudio se solicita un permiso al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia y la Firma de consentimiento informado del Titular de la Clínica de Podología con el fin de tener acceso a la información contenida en las historias clínicas. Los pacientes serán cuidados y mantenidos confidenciales según lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (título IV, capítulo 1, artículo 92)¹⁹ y protegidos según la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal²⁰.

Las variables han sido escogidas y agrupadas de acuerdo al modelo de historia clínica de la Clínica de Podología. Se ha tenido en cuenta exclusivamente la información referente a la primera visita de cada paciente:

- Las variables referentes a patologías han sido tomadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades²¹ (CIE 10).
- Las alteraciones de partes blandas propias del campo de la podología están específicamente descritas por Prats²².

Resultados

El número total de pacientes estudiados ha sido de 236, de un N total de 2011, un intervalo de confianza del 95% y una precisión de $\pm 6\%$. La media de edad de la población estudiada es de 50 años, y la mediana es 48. Los grupos de edad más representativos son los tres centrales; que comprenden de 21 a 40 años, de 41 a 60 años y de 61 a 80 años (Figura 1).

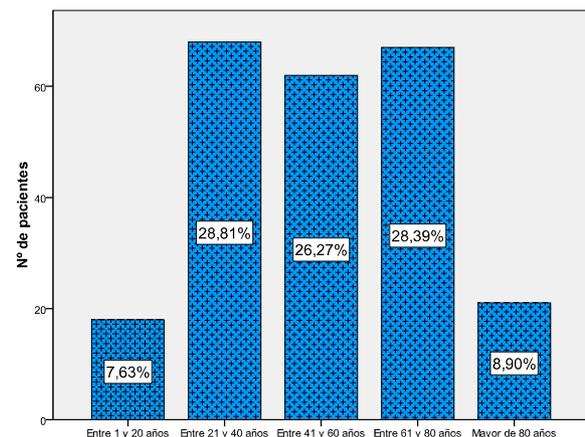


Figura 1. Distribución de la población por grupos de edad.

En cuanto a la distribución por sexos, el grupo de las mujeres es el más presente en nuestra muestra, teniendo esta un total de 168 mujeres y 68 hombres. El mes de consulta que tiene mayor frecuencia en nuestro estudio es el mes de julio (Frecuencia= 28), y considerando ambos sexos, se producen más consultas en la primera mitad del año (Figura 2).

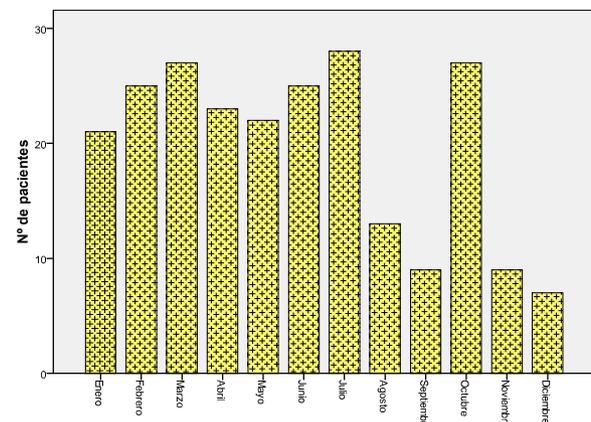


Figura 2. Número de consultas en cada mes.

La procedencia del paciente, es en 143 de los casos debida a iniciativa propia, en 75 ocasiones son remitidos por otros pacientes, y en 18 casos remitidos por otro profesional sanitario.

En cuanto al motivo de consulta expresado por el paciente, la presencia de dolor en la extremidad inferior es predominante frente a los demás, representando a más del 80% de la población (Figura 3).

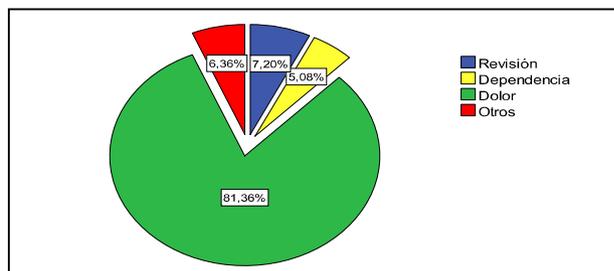


Figura 3. Motivo de Consulta.

En la tabla 1 quedan recogidas las frecuencias de las variables de antecedentes personales de interés para el podólogo. Cabe señalar que más de un cuarto de nuestra población está sometida a algún tratamiento farmacológico.

Tabla 1. Antecedentes personales de interés.

Antecedentes	Frecuencias	Porcentaje
Enf. osteoarticulares.	40/236	16.9%
Enf. infecto-contagiosas	3/236	1.3%
Enf. cardiovasculares	44/236	18.6%
Enf. endocrinas	30/236	12.7%
Trat. farmacológico	60/236	25.4%
Antec. quirúrgicos	51/236	21.6%
Alerg. medicamentosas	20/236	8.5%

De los 20 casos de alergias a medicamentos (8.5% de población de estudio), hay 14 pacientes que manifiestan ser alérgicos a antibióticos β -lactámicos, 3 a antiinflamatorios no esteroideos, y 3 casos en los que la alergia medicamentosa no aparece especificada.

En lo referente a patologías diagnosticadas por el podólogo, 130 pacientes de la muestra presentan alguna onicopatía, ello supone que un 55.1% de la población padece algún tipo de este grupo de afecciones.

Un 74.6% de nuestra muestra presenta algún tipo de queratopatía, la figura 4 muestra si la afectación es unilateral o bilateral, y en qué zonas del pie prevalece la aparición de esta afección.

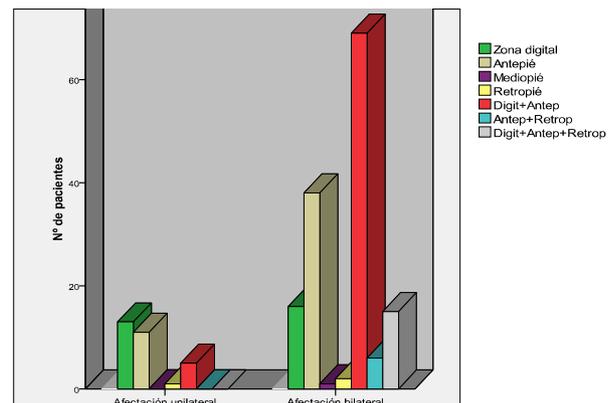


Figura 4. Distribución de las queratopatías en uno o ambos pies.

En cuanto al diagnóstico de otras patologías, vemos reflejadas en la tabla 2 sus frecuencias y el porcentaje que cada una de ellas representa respecto al total.

Tabla 2. Otras patologías diagnosticadas.

Diagnóstico	Frecuencias	Porcentaje
Tinea Pedis	2/236	0.8%
Verruga/s Plantar/es	13/236	5.5%
Dishidrosis	38/236	16.1%
Lesiones Ost-Musc.-Lig.	43/236	18.2%
Hallux Abductus Valgus	27/236	11.4%
Deformidad Digital	5/236	2.1%
Metatarsalgia	10/236	4.2%
Talalgia	7/236	3%

El podólogo ha tratado a un 96,6% de la muestra, entre los pacientes no tratados, 6 casos han sido derivados a otro profesional sanitario, y 2 casos no se ha llevado a cabo tratamiento por no aparecer patología tras la exploración.

Al comparar la variable edad del paciente con la presencia de onicopatías, obtenemos con un 95% de seguridad que según incrementa la edad del paciente, éste es más propenso a padecer onicopatías; como se refleja en el diagrama de barras de error al 95% I.C. (Figura 5).

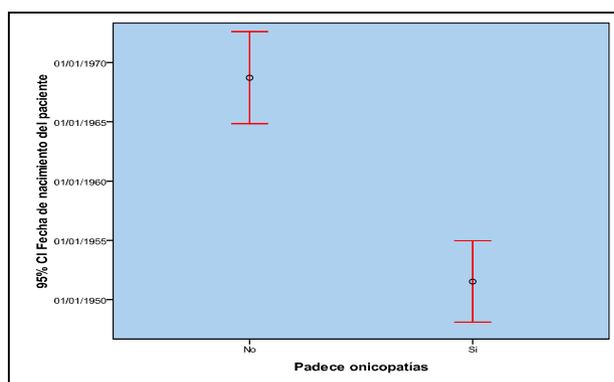


Figura 5. Relación entre edad del paciente y presencia de onicopatías.

Además, tras llevar a cabo el Test de Chi-cuadrado entre la edad del paciente recodificada como variable cualitativa en grupos de edad y presencia de onicopatías, obtenemos que podemos afirmarlo con un intervalo de confianza superior al 99%.

Cuando comparamos la variable sexo femenino con presencia de onicopatías, también encontramos correlación, esta vez tanto para el Test de Chi-cuadrado como para el Test de Fisher. En el caso de este último test, la correlación se hace efectiva tanto para el planteamiento bilateral: hay diferencia; como unilateral: pertenecer al sexo femenino aumenta la probabilidad de padecer onicopatías.

En cuanto a la relación entre edad del paciente y presencia de queratopatías mecánicas, observamos como en el Test de Chi-cuadrado, la seguridad con la que podemos afirmar que existe relación entre ambas variables es superior al 99%, con incremento de la edad, aumenta la aparición de complicaciones de este tipo.

Si comparamos el sexo con la presencia de queratopatías mecánicas, obtenemos un valor de $p=0.03$ por lo que si se pertenece al sexo femenino, el paciente tiene mayor riesgo de padecer estas complicaciones.

Prestando atención a si el patrón de las queratopatías se presenta unilateral o bilateralmente, y comparándolo con el sexo, el ser mujer también tiene relación con que la afectación se manifieste de forma bilateral, con una seguridad mayor de un 99%.

El motivo de consulta, en algunos casos viene determinado por la edad, ya que el único porcentaje de pacientes de nuestra muestra que acuden a consulta por el motivo de ser dependientes para el cuidado diario de sus pies (5.08%), son mayores de 61 años

Debido a esto, y a que los pacientes más jóvenes son los únicos con representación en el motivo de consulta “otros” (figura 3) dentro de nuestra muestra poblacional, la correlación entre “motivo de consulta” y edad de nuestros pacientes se expresa con una seguridad muy cercana al 100% ($p < 0.0001$).

De los 28 casos de presencia de Hallux Valgus (11.4% del total de la muestra), 27 corresponden a mujeres, y 1 caso a un varón. Llevando a cabo el test descriptivo Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher, obtenemos que se hace presente una correlación entre el sexo y padecer Hallux Abductus Valgus, pudiendo afirmar en cuanto a Fisher:

- Con planteamiento bilateral: Existe diferencia con un 99.9% ($p = 0.001$) de seguridad.
- Con planteamiento unilateral: que la diferencia que existe se expresa: Pertenecer al sexo femenino es un factor determinante para padecer Hallux Abductus Valgus con un 99.9% ($p = 0.001$) de seguridad.

Discusión

Los artículos científicos acerca de patología podológica más frecuentes en territorio nacional, son aquellos que estudian una sola enfermedad o un pequeño compendio de ellas¹². En el ámbito internacional se hace más patente la publicación de estudios que muestren un perfil epidemiológico general^{2,9}.

En relación a que la media de edad de nuestra muestra poblacional se sitúe en los 50 años, podemos inferir que puede ser debido a la estratificación poblacional según el Instituto Nacional de Estadística²³ para el año 2015, pero no podemos afirmarlo con seguridad, ya que en la historia clínica no estaba especificada la dirección del paciente.

Asumiendo que con la edad aumentan las afecciones en los pies¹, observamos que la media de edad de la población a estudio podría ser más baja de lo esperada, consideramos que la más probable de las explicaciones sería que cada día hay una mayor concienciación en cuanto los hábitos de la población y la preocupación por la salud de sus pies, incluso antes de que aparezcan las lesiones, por ello nuevos perfiles de usuarios más jóvenes se han sumado a realizar consultas.

El ayuntamiento de A Coruña tiene también una estratificación muy regular en cuanto al sexo, presentando casi el mismo porcentaje de hombres que de mujeres; pese a ello, los pacientes que más acuden a consulta podológica son las mujeres (71.19%). Este dato concuerda con lo consultado en la literatura científica, que pone de manifiesto que el dolor en el pie se presenta más frecuentemente en el sexo femenino²⁴.

En relación con el mes en el que se realiza la consulta, la primera mitad del año es el período en el que se concentran más visitas; si tenemos en cuenta que el uso de calzado es un factor que predispone a sufrir alteraciones o afectaciones en los pies⁷, y otoño e invierno son las épocas que el pie más sufre debido a la humedad, oclusión, etc; es normal que la aparición y el posterior desarrollo de un problema coincidan con la época invernal o la que viene inmediatamente después y por ello se refleje un volumen más alto de consultas.

Teniendo en cuenta el motivo de consulta del paciente; aunque en diversos trabajos de investigación aparecen especificadas las patologías más frecuentes⁷, no aparece recogido el fin con el que el paciente acude a la consulta podológica, siendo complicado establecer una comparación con otros investigadores. De todas formas, parece concordar que al existir un porcentaje más bajo de lo esperado de población envejecida en nuestra muestra (sólo un 5% acuda por ser dependiente para el cuidado diario de sus pies), y a su vez, tener un porcentaje mucho más elevado de mujeres que de hombres, concuerda con que el principal motivo de consulta sea por dolor en los pies²⁰.

Que un 25.4% de la muestra esté sometida a tratamiento farmacológico pone de manifiesto la necesidad de que exista una relación interdisciplinar con el resto de profesionales sanitarios, ya que la afección podológica del paciente puede requerir la prescripción de un tratamiento farmacológico por parte del podólogo/a, y es fundamental que no se produzca ninguna incompatibilidad o interacción entre ellos, ni afecte posibles afecciones de otros órganos, siempre bajo el principio de un uso racional de los fármacos.

En lo referente a las patologías más presentes en la muestra de nuestro estudio, coincidimos con la bibliografía al obtener una alta prevalencia en cuanto a afectación ungueal, este grupo de enfermedades está más presente en el sexo femenino si el origen es mecánico (onicriptosis, onicogrifosis), y más presente en los hombres si el origen es infecto-contagioso (onicomicosis), consensuando el envejecimiento como factor predisponente en cuanto a ambos sexos para padecerlas¹.

Las patologías prevalentes en nuestra población son las queratopatías (74.6%), obteniendo un porcentaje ligeramente superior si lo comparamos con otros estudios²⁵, la zona más afectada cuando la afectación es unilateral es la digital, mientras que si es bilateral están más presentes en zona digital y antepié. El patrón de afectación de antepié más común es bajo segunda y tercera o bajo segunda tercera y cuarta cabezas metatarsales, no coincidiendo con los estudios de Spink⁶, que afirma que el patrón de lesión más común en el antepié es bajo la primera cabeza metatarsal.

Para explicar la prevalencia de afectación en la zona metatarsal, consideramos que la mayor parte de nuestra población pertenece al sexo femenino, y al caracterizarse este por el uso de calzado de tacón alto⁷, las cargas se ven desplazadas hacia la zona delantera del pie, lo que va a producir que la afectación más común sea en la zona metatarsal, existiendo

discrepancias entre autores en cuanto a bajo qué cabeza o cabezas metatarsales exactamente. Esto también podría explicar que la mayor parte de los casos de hallux abductus valgus de nuestro estudio son asociados a pertenecer al sexo femenino.

Como queda patente en nuestro estudio, la variable presencia de queratopatías mecánicas también se asocia al envejecimiento, coincidiendo con lo estudiado en la bibliografía, que refleja que un uso prolongado de calzado inadecuado y la pérdida de tejido adiposo plantar, sobrecarga las zonas de la piel que se sitúan bajo salientes óseos, produciendo esta patología¹¹.

También cabe destacar el hecho de que los pacientes acuden principalmente por iniciativa propia, aunque la influencia de otros pacientes es un factor importante a tener en cuenta. Sería importante el fomentar una atención integral multidisciplinar bidireccional dado el bajo porcentaje de derivación por parte de otros profesionales siguiendo las recomendaciones de Helliwell.

La zona del pie que se ve afectada en la mayor parte de los casos corresponde al antepié y en segundo lugar a la zona digital; lógico si tenemos en cuenta las patologías prevalentes, el uso de tacón en el alto porcentaje de población femenina, y la edad media de nuestra población.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la población diana en la que centrar una acción preventiva en cuanto a las afecciones del pie, sería la población escolar; ya que, la edad en la que se muestra un gran incremento de visitas a la consulta podológica es entre los 20 y 40 años. Para llevar a cabo la prevención basándonos en nuestros resultados, sería oportuna una concienciación del uso de un calzado adecuado para el pie del usuario, la actividad a realizar y a la superficie donde ésta se realiza. Deberíamos de prestar especial atención a la población adolescente femenina, que es la que comienza a desarrollar el uso de un calzado inadecuado.

Aportaría datos a la presente discusión la repetición de esta investigación en otras clínicas de atención podológica; estudios multicéntricos en diferentes clínicas nacionales, para poder realizar una comparación de las variables, y poder establecer unos resultados que serían extrapolables a la población nacional de una forma más fiable.

Conclusiones

Podemos destacar los siguientes hallazgos en el perfil epidemiológico de una consulta de podología esta relacionado con la prevalencia de pacientes de mediana edad y pertenecientes al sexo femenino. El dolor en los miembros inferiores es el principal motivo de consulta. Las patologías podológicas más frecuentes han sido: queratopatías mecánicas y onicopatías.

Referencias

1. Dunn JE, Link CL, Felson DT, Crincoli MG, Keysor JJ, McKinlay JB. Prevalence of Foot and Ankle Conditions in a Multiethnic Community Sample of Older Adults. *Am J Epidemiol* 2003; 159 (5): 1-8.
2. Demirseren DD, Emre S, Akoglu G, Arpacı D, Arman A, Metin A, Cakır B. Relationship between skin diseases and extracutaneous complications of diabetes mellitus: clinical analysis of 750 patients. *Am J Clin Dermatol*. 2014;15(1):65-70.
3. Ungpakorn R, Lohapraphan S, Reangchainam S. Prevalence of foot diseases in outpatients attending the Institute of Dermatology, Bangkok, Thailand. *Clin Exp Dermatol*. 2004 Jan;29(1):87-90
4. Burzykowsky T, Molenberghs G, Abek D, Haneke E, Hay R, Katsambas A, Roseau D, van de Kerkhof P, Aelst R, Marynissen G. High prevalence of foot diseases in Europe: Results of the Achilles project. *Mycoses*. 2003; 46(11): 495-505.
5. Chan MK, Chong LY; Achilles Project Working Group in Hong Kong. A prospective epidemiologic survey on the prevalence of foot disease in Hong Kong. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2002; 92(8):450-6
6. Spink MJ, Menz HB, Lord SR. Distribution and correlates of plantar hyperkeratotic lesions in older people. *J Foot Ankle Res*. 2009; 2 (8): 1-7.
7. Bálint GP, Korda J, Hangody L. Regional musculoskeletal conditions: Foot and ankle disorders. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003; 17 (1): 87-111.
8. Koda J. When to consult the podiatrist. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004; 18 (4): 587-611.
9. Tadros AM, Eid HO, Abu FM. Epidemiology of foot injury in a high-income developing country. *Injury*. 2010; (41): 137-40.
10. Robbins JM. Recognizing, treating and preventing common foot problems. *Cleve Clin J Med*. 2000; 67: 45-6.
11. Helliwell PS. Lessons to be learned: review of a multidisciplinary foot clinic in rheumatology. *Rheumatology*. 2003; 42: 1426-27.
12. Potter J. Hyperkeratosis of the foot: part 2. *Podiatry Now*. 2008; suppl: 1-8.
13. Losa M, Gómez M, Fuentes M. Prevalencia de micosis superficiales interdigitales en una muestra de corredores de la "Maratón Popular de Madrid". *Rev Int Cienc Podol*. 2007; 1 (1): 19-26.
14. Pita S. Determinación del tamaño muestral [sede web]. A Coruña: Fistera.com; 1996 [actualizada el 6 de marzo de 2001, consultada el 15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.fistera.com>
15. Pita S. Estadística descriptiva de los datos [sede web]. A Coruña: Fistera.com; 1997 [actualizada el 6 de marzo de 2001, consultada el 15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.fistera.com>
16. Pértega S, Pita S. Métodos paramétricos para la comparación de dos medias. T de Student [sede web]. A Coruña: Fistera.com; 2001 [actualizada el 23 de marzo de 2010, consultada el 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.fistera.com>
17. Pita S, Pértega S. Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado [sede web]. A Coruña: Fistera.com; 2001 [actualizada el 3 de noviembre de 2004, consultada el 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.fistera.com>
18. Pita S, Pértega S. Relación entre variables cuantitativas [sede web]. A Coruña: Fistera.com; 1997 [actualizada el 30 de marzo de 2004, consultada el 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.fistera.com>
19. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, (29-04-1986).
20. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14-12-1999).
21. Organización Mundial de la Salud. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10ª ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2009.
22. Prats B. Alteración local de las partes blandas. *Rev Esp Reumatol* 2003; 30 (9): 503-7.

23. Ine.es, Instituto Nacional de Estadística 2010 [sede web]. Madrid: INE. [Consultada el 13 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es>
24. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº 315, (31-12-2009).
25. Springett KP, Whitting MF, Marlott C. Epidemiology of plantar forefoot corns and callus, and the influence of dominant side. *The Foot*. 2003; 13: 5-9.