

revistapodologia .com

N° 66 - Febrero 2016

Revista Digital de Podología

Gratuita - En español

PODOLOGIA 
AÑO 1  **FEPOAL**
NUMERO 2 FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 66
Febrero 2016

Director

Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

- 4 - Aplicación de la técnica Syme terminal en dedos menores.
Rafael Rayo Rosado, Antonio Jurado Polvillo, Ana Mª Rayo Pérez. España
- 9 - PODOLOGIA - Año 1 - Número 2 - FEPOAL A.C.
- 17 - El calzado profesional en el paciente diabético.
J. Viadé Julià. España
- 23 - Principales patologías que afectan los pies de los ancianos en el proceso de envejecimiento. TCC.
Angela Teresa Rodrigues Peral, Fernanda Graciela Mariano, Maria Cristina dos Reis y Martha Florinda Silveira. Brasil
- 37 - SINPOERJ - Sindicato dos Podólogos do Estado do Rio de Janeiro.
- 38 - ABP - Associação Brasileira de Podólogos.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

La Editorial no asume ninguna responsabilidad por el contenido de los avisos publicitarios que integran la presente edición, no solamente por el texto o expresiones de los mismos, sino también por los resultados que se obtengan en el uso de los productos o servicios publicitados. Las ideas y/u opiniones vertidas en las colaboraciones firmadas no reflejan necesariamente la opinión de la dirección, que son exclusiva responsabilidad de los autores y que se extiende a cualquier imagen (fotos, gráficos, esquemas, tablas, radiografías, etc.) que de cualquier tipo ilustre las mismas, aún cuando se indique la fuente de origen. Se prohíbe la reproducción total o parcial del material contenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.

SPA de Renovação Celular Sem Enxágue Prime Sense

Um novo conceito para o tratamento de pés e mãos:

- esfoliação
- hidratação profunda
- massagem relaxante



Saiba mais na página da
Prime Sense no facebook
(leitor de QR Code - android / iOS)

ONICO REPAIR – 20ml



- ✓ Solução fortalecedora e reparadora para unhas.
- ✓ À base de óleos essenciais de Melaleuca, Tomilho e Cravo*.
- ✓ Auxilia no tratamento de **micoses e frieiras**.
- ✓ Rendimento: cerca de 650 gotas → meses utiliza 2do gotas/dia

FLUÍDO DE LIMPEZA – 365ml



- ✓ Fluido higienizante, umectante, desodorizante e refrescante;
- ✓ Para pés, mãos e unhas - antes, durante e pós os procedimentos;
- ✓ Rendimento: cerca de **250 pares** de pés
- ✓ Contém óleos essenciais de Melaleuca, Tomilho* e Lemongrass*;
- ✓ Contém Glicerina (umectante).

Prime Sense Cosméticos: SAC Tel.: (11) 2036-8949 ou Whatsapp (11) 9-7536-2286

Aplicación de la Técnica Syme Terminal en Dedos Menores

Rafael Rayo Rosado *1; Antonio Jurado Polvillo *2; Ana M^a Rayo Pérez *3. España.

*1- Profesor colaborador del Departamento de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Director del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla. Doctor por la Universidad de Sevilla. España.

*2- Becario del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. España.

*3- Estudiante de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. España.

RESUMEN

El procedimiento de Syme aplicada a nivel distal en los dedos, es una amputación parcial de las estructuras blandas y óseas terminales de un dedo. Se considera un procedimiento radical en la cirugía ungueal pues elimina de forma permanente la uña. Esta técnica que a priori pueda parecer excesiva para atender procesos distales, presenta sus indicaciones y por tanto, puede ser una alternativa ante ciertos casos de alteraciones combinadas de la uña y el hueso subyacente.

Conclusiones: El procedimiento Syme ofrece un excelente resultado estético y funcional, al realizarlo sobre todo en los dedos menores. Es una buena opción en aquellos casos donde exista una deformidad ungueal combinada con una alteración de la estructura ósea subyacente, en el cuál esté indicada la resección de esta, por ejemplo ante la presencia de tumores, procesos sépticos, deformidades importantes...

Palabras clave: procedimiento Syme, amputación terminal.

INTRODUCCIÓN

La técnica Syme aplicada a nivel digital, consiste en una amputación parcial del dedo y recibe dicho nombre en honor al cirujano escocés James Syme, el cual describió un buen número de procedimientos quirúrgicos y técnicas para mejorar el resultado estético y funcional de las amputaciones del miembro inferior.

En 1933, Lapidus populariza éste procedimiento y lo describe como la extracción del aparato ungueal en bloque así como aproximadamente de un tercio de la falange proximal, relacionando las deformidades ungueales con alteraciones subungueales (1,2,3,4,5). En 1950 Thompson y Terwilliguer lo describen como tratamiento radi-

cal en la onicocriptosis (1,6). Por otro lado, hay que comentar que existen otras técnicas con la misma nomenclatura en cirugía podológica, que consisten en técnicas de desarticulación que pueden realizarse a distintos niveles cuando exista por ejemplo necrosis tisular como consecuencia de una insuficiencia arterial periférica, siempre y cuando se hayan agotado tratamientos más conservadores (1,2,7).

Se mantiene la misma nomenclatura debido a la similitud del procedimiento, aunque difieren en la magnitud donde destaca la técnica Syme realizada a nivel de la articulación tibio-peroneo-astragalina (4,7).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Esta técnica la consideramos adecuada en casos clínicos que presenten onicodistrofia y deformidad o procesos que afecten a la falange subyacente en los cuales esté indicado eliminar estas estructuras. Una situación clínica en la cual podríamos indicar este procedimiento sería la presencia de exóstosis periungueales o subungueales que originen dolor debido a la fricción/compresión con el calzado (Ilustración 1).



Ilustración 1. Imagen prequirúrgica del pie izquierdo con presencia de onicodistrofia y helomas periungueales.

El procedimiento se realiza bajo anestesia local simple mediante un bloqueo anestésico troncular del quinto dedo con 2 cc de clorhidrato de mepivacaína al 2% combinado con 0,4 cc de betametasona acetato.

Tras el lavado quirúrgico, se procede a realizar la isquemia digital del quinto dedo mediante una cinta hemostática, proporcionando un campo exangüe durante el proceso para mejorar la visión de estructuras.

Diseño y ejecución de la incisión

Con un lápiz dermográfico se marca la zona a extirpar, y que debe abarcar todo el aparato ungueal con un margen lo suficientemente amplio que garantice que en la extirpación de tejidos, se incluya también los tejidos matriciales para garantizar la correcta eliminación permanente de la uña.

El diseño presenta dos incisiones, una proximal y otra distal. La primera se realiza proximal al eponiquio para asegurar la inclusión de la matriz ungueal en el tejido reseccionado, aproximadamente esta incisión se puede realizar sobre la línea articular de la articulación interfalángica distal (1,4). La segunda incisión tiene forma de "U" y se extiende a partir de la incisión proximal llegando hasta la zona más dorsal del pulpejo del dedo, englobando todo el aparato ungueal y dando lugar a un colgajo plantar (1,4). (Ilustración 2).



Ilustración 2. Incisión y extracción del colgajo cutáneo que incluye el aparato ungueal.

Osteotomía y remodelado óseo

Para eliminar los tejidos óseos subyacentes, se debe liberar el hueso a intervenir de las adherencias. El hueso se puede cortar mediante sierra mecánica o cizalla de hueso.

Dependiendo de la afectación ósea, se puede extirpar desde dos tercios de la falange distal hasta incluso parte de la falange media. Tras la extracción de la pieza ósea (Ilustración 3), se

debe remodelar el hueso no retirado. Esto se realiza con una fresa o mediante una lima de hueso, para evitar dejar restos que puedan repercutir en la aparición de complicaciones postquirúrgicas (1). Tras esto se debe realizar un lavado abundante con solución salina fisiológica, para retirar los restos de la zona.



Ilustración 3. Liberación de las estructuras plantares, extracción de la pieza ósea y remodelado de la zona.

Sutura

Se comprueba el adecuado cierre mediante el repliegue de los tejidos blandos plantares sobre la cara dorsal del dedo.

En ocasiones, debido a los excedentes de tejido se pueden formar "orejas de perro", que deben ser corregidas mediante una técnica plástica adecuada permitiendo una buena coaptación de los bordes, dando como resultado una mejor estética postquirúrgica (Ilustración 4).



Ilustración 4. Aspecto del dedo una vez retirado el componente óseo.

Se recomienda el empleo de sutura de seda o monofilamento de 4/0 o 5/0 (1) para la síntesis (Ilustración 5).



Ilustración 5. Sutura del muñón mediante puntos sueltos con nylon, retirada de la piel sobrante y aspecto final de la sutura.

Vendaje

Se aplica un apósito absorbente no adherente sobre la herida quirúrgica. Tras esto, coloca una gasa abierta longitudinalmente con la finalidad de ferulizar el dedo. Finalmente, se aplican algunas gasas y se realiza un vendaje semicompresivo.

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS Y CURAS

Las curas postquirúrgicas se realizan cada 5-7 días y se procede a lavar la herida quirúrgica con suero salino fisiológico y aplicar un antiséptico en la zona intervenida. A los 15 días, se retira la sutura y a las cuatro semanas se le da el alta a la paciente.

Ilustración 6 y 7.

DISCUSIÓN

Aunque es un procedimiento radical en el tratamiento de la onicocriptosis, tiene su utilidad en situaciones donde se deba extirpar de forma conjunta todo el aparato ungueal (incluyendo tanto el lecho, lámina, matriz así como los tejidos periungueales) y las estructuras óseas subyacentes.



Ilustración 6. Radiografía con proyección A-P prequirúrgica y postquirúrgica.



Ilustración 7: Resultado final

Las principales indicaciones del procedimiento son: onicodistrofias con o sin helomas periungueales asociados, onicogriposis, onicomiosis, onicocriptosis severa, encondroma, quiste epidermoide intraóseo, osteoma osteoide subungueal, onicocauxis, tumor glómico, deformidades digitales en el plano sagital, macrodactilia, epitelioma cuniculatum, melanoma maligno, melanoniquias, yatrogenias quirúrgicas, traumatismos severos y osteomielitis secundaria a onicocriptosis crónica (1,2,4), aunque en ésta última es necesario tratar previamente la infección mediante una terapia antibiótica, para no favorecer la diseminación de la misma (1).

Por otro lado, el impacto estético y funcional en los dedos centrales y primer dedo es mayor, por lo que se debe evitar su uso en los mismos, ya que otras técnicas más conservadoras ofrecen un mejor resultado estético (1,4).

CONCLUSIONES

El procedimiento Syme permite tratar de forma conjunta las deformidades dermatoungueales y de la estructura ósea subyacente.

Se debe evitar emplearlo en los cuatro primeros dígitos, ya que presenta un resultado más favorable en el quinto, con una menor repercusión funcional y estética, permitiendo reducir la recurrencia de alteraciones dermatoungueales debido a la fricción con el calzado.

Se requiere destreza para realizarlo, ya que la mayoría de las complicaciones que presenta son debidas a una mala planificación de la técnica y ejecución de la misma.

Rafael Rayo Rosado
rafaelrayo@us.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Nova A, Córdoba Fernández A, Juárez Jiménez J. M, Rayo Rosado R. Podología. Atlas de cirugía ungueal. Editorial Médica

Panamericana, 2015.

2. Laco J. E. Nail surgery. En: Hetherington V. J. Hallux valgus and forefoot surgery. Editorial New York (NY): Churchill Livingstone, 1994.

3. Lapidus P. W. Complete and permanent removal of toenail in onychogryphosis and subungual osteoma. American Journal of Surgery, 1933; (19): 92.

4. García Carmona F. J. Patología y cirugía ungueal. Mayo Ediciones, 2008.

5. Santamaría L, Villalva P, Gentini D. et al. Amputación digital de Syme. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, 2005; 70 (1): 12-15.

6. Thompson T.C, Terwilliger C. The terminal Syme operation for ingrown toenail. Surgical Clinics of North America, 1950; (31): 575-584.

7. Bouchard J. L. Basic principles and techniques of forefoot amputations. The Podiatric Institute, 1997; (45): 276-283.

8. Southerland J. T, Boberg J. S, Downey M. S, Aprajita N, Rabjohn L. V. McGlamry's comprehensive textbook of foot and ankle surgery. (4^o ed). Ed. WoltersKluwerHealth / Lippincott Williams & Wilkins, 2013.



ebook VALORIZANDO O PODÓLOGO

**DESCUBRA GRÁTIS
NESSE EBOOK
COMO GANHAR O
RECONHECIMENTO
DA SUA FAMÍLIA, AMIGOS E
PROFISSIONAIS DA SAÚDE
ATRAVÉS DA PODOLOGIA**

www.podologiaatual.com.br



8º

Congresso de Podologia HAIR BRASIL

17 de Abril
2016

Expo Center Norte
São Paulo

Um evento

HairBrasil
Profissional

15ª Feira Internacional de
Beleza, Cabelos e Estética

16 a 19 • Abril • 2016

EXPO CENTER NORTE
SÃO PAULO

**INVISTA EM SUA
QUALIFICAÇÃO
PROFISSIONAL**

Atualize-se na mais importante
feira de beleza profissional
da América Latina

Realização

HairBrasil
Profissional

Gestão e realização

São Paulo
feiras comerciais

Apoio Institucional

ABIHPEC
Associação Brasileira de Podologia

interc@fure
MONDIAL
Associação Brasileira de Podologia

(11) 3897-6158 / (11) 3897-6178

atendimento profissional@hairbrasil.com.br
atendimento empresarial@hairbrasil.com.br

hairbrasil.com



@HairBrasilProfissional

EDITORIAL

VOL. II

PODO|LOGIA



FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

“Desarrollando la Podología en América Latina”

AÑO 1
NUMERO 2
Febrero 2016

Un espacio de dialogo e intercambio de experiencias y análisis de temas que impulsan el desarrollo de protocolos universales en el ámbito de la Podología de América Latina.



Oportunidad para compartir experiencias, intercambiar conocimientos aprender y crecer como profesionales.



revistapodologia
.com

Editorial

Queridos afiliados, simpatizantes y amigos FEPOAL, A.C.

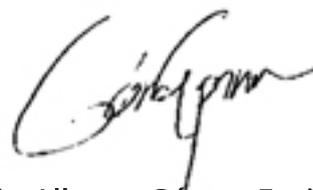
Por este conducto deseo agradecer su apoyo y empatía siempre presentes hacia el trabajo realizado por nuestro equipo. Sin lugar a duda hemos plantado una semilla a la podología en el ámbito de educación continua, ya que antes de lo que pensamos ha comenzado a germinar el deseo de profesionalizarse. Gracias a ustedes hemos tenido presencia en foros internacionales, en las redes sociales, en los medios de comunicación (seguramente menos de lo que nos merecíamos) haciendo llegar a todos nuestros colegas nuestras propuestas, y gracias a ustedes podemos decir que hoy, es poca la gente que no conoce y reconoce en FEPOAL, A.C. un equipo sólido y responsable de profesionales.

Estamos muy orgullosos con los resultados de la campaña de afiliación internacional desarrollada, ya que a pesar que hemos peleado con una desigualdad de medios manifiesta por aquellos individuos a quienes no permitimos detener la independencia y autonomía FEPOAL, A.C. y a pesar de sus insistentes debates sin orientación y fundamento académicos, hoy contamos con representación internacional en Inglaterra, Italia, España, Colombia, Perú, Argentina, Brasil, India y Macao. Además de protagonizar en conjunto con PodosLogo Italia, el I Congreso Internacional Metodología y Práctica Laser, Fototerapia y Terapia Fotodinámica en Milán, Italia. Con el Hospital General de México, el Seminario sobre Metodologías Prácticas en Podología, en México, D.F.

Quiero agradecer sinceramente al Prof. Antonio Serafín responsable del área de podología del Instituto Ortopédico Galeazzi por todo su apoyo para la realización de este evento, a la Dra. Virginia Novel Martí, presidenta del Congreso, al Dr. Gaetano Di Stasio por creer en este proyecto, a la Dra. Carine Haemels presidenta FIP-IFP por aceptar nuestra invitación en este foro internacional, a Israel de Toledo, Eduardo de la Garza, Giuseppe D'Agostino, Verónica Basurto y Abraham Arias, por su apoyo incansable para lograr que FEPOAL, A.C. continúe siendo una federación facilitadora de la investigación científica, la práctica en equipo, la creación de educación basada en academia y evidencias, mismas que se traducen en mejor atención a los pacientes y a su vez, mayor satisfacción en la práctica cotidiana entre nuestros miembros.

Desde Italia nuestros postulados son alimentados mas que nunca, por la firme convicción de que juntos, como una federación orientada hacia la comunidad Internacional, podemos promover más cultura e información en el cuidado y atención al pie.

“Desarrollando la Podología Internacional”



Mario Alberto Gómez Espinoza
Presidente de FEPOAL, A.C

Metodologías – Programa Trimestre I

FACULTY

Dario **BARONE** - Podologo

Responsabile Ortopedia e Servizio di Podologia Podoservice Casalnuovo Napoli, Italia

Ferdinando **CAMPITIELLO** - Chirurgo

Seconda Università degli Studi di Napoli, Responsabile Centro di Eccellenza per lo studio ed il trattamento delle ulcere cutanee SUN Napoli, Italia

Vito Michele **CASSANO** - Podologo

Servizio di Podologia Divisione Diabetologia ASL2 Lucca, Italia

Luis **CASTILLO** - Podologo Podiatra

Professore di Chirurgia Mis Università FUB Manresa, Presidente AEMIS Associazione Spagnola di Chirurgia Minimale, Spagna

Giuseppe **D'AGOSTINO** - Podologo

Delegato italiano FEPOAL, Benevento, Italia

Eduardo **DE LA GARZA SOSA** - Podologo

Responsabile Logistica FEPOAL Monterrey, Messico

Israel **DE TOLEDO** - Podologo Tecnico Ortopedico

Vicepresidente FEPOAL ABP. Associação Brasileira de Podólogos San Paolo, Brasile

Gaetano **DI STASIO** - Podologo

Professore a c. Università degli Studi di Firenze Master Biomeccanica e Corsi di Perfezionamento in Podologia, Responsabile Podos Logo Italia Napoli, Italia

André **FERREIRA** - Podologo Podiatra

Specialista in Minimal Invasive Podiatric Surgery Londra, Inghilterra

José **GARCIA MOSTAZO** - Podologo

Director Del Consejo General De Colegios Oficiales De Podologos, Segretario generale FIP, Spagna

Mario A. **GÓMEZ ESPINOZA** - Podologo

Presidente FEPOAL, Federazione Podologi America Latina, Messico

Carine **HAEMELS** - Podologo

Presidente FIP Federazione Internazionale Podologi, Belgio

Marta **MALGRATI** - Podologo

Prof. di Podologia UNIMI, Servizio di Podologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Mirko **MUTTI** - Fisiatra

Reparto di Medicina riabilitativa IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Virginia **NOVEL** - Podologo

Professore Emerito Università di Barcellona, Spagna

Valerio **PEDRELLI** - Chirurgo Estetico

Divisione di dermatologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Paolo Maria **PIGATTO** - Dermatologo

Prof. Associato di Dermatologia UNIMI, Resp. Servizio di Dermatologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Andrea **PREDA** - Podologo

Prof. di Podologia UNIMI, Servizio di Podologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Antonio **SERAFIN** - Podologo Tecnico Ortopedico

Direttore Didattico C. di L. Podologia UNIMI, Prof. di Podologia UNIMI, Resp. Servizio di Podologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Convenios Internacionales

I CONGRESSO INTERNAZIONALE METODOLOGIA E PRATICA

5 y 6 de Marzo de 2016. Milán, Italia

Federación de Podólogos de América Latina, .A.C.

- *Pdgo. Mario Alberto Gómez Espinoza - Presidente*

- *Pdgo. Israel de Toledo - Vicepresidente*

- *Pdgo. Eduardo de la Garza – Dir. Relaciones y Asuntos Internacionales*

Por España:

Asociación Española de Cirugía de Mínima Incisión del Pi

- *PD. P Luis Castillo Sánchez – Presidente*

Por India:

Uttar Pradesh Madhmed Association

- *MD Kshitij Shankhdhar - Presidente*

Por Inglaterra:

Federación de Podólogos de América Latina, .A.C. Inglaterra

- *Pdgo. André Ferreira – Representante Internacional*

Por Colombia:

Asociación Internacional de Podologos - AIP

- *Pdga. Alba Janeth Rodríguez Cotrino - Presidente*

Por Macao:

Federación de Podólogos de América Latina, .A.C. MACAO

- *Pdga. Sara Lopes – Representante Internacional*

MEMBRESIA FEPOAL

Protocolos científicos,
conocimientos académicos y
sistematizados en Podología



FEPOAL
FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

Oportunidad para compartir experiencias,
intercambiar conocimientos, aprender y
crecer como profesionales



www.fepoal.com

Lo que tu afiliación te otorga

La **Federación de Podólogos de América Latina, A.C.** ofrece a sus afiliados exclusivos beneficios:

- ✓ Certificado como miembro activo de **FEPOAL**. (Envío electrónico).
- ✓ Satisfacción de pertenecer al grupo más exclusivo de podología en América Latina.
- ✓ Proporcionar conocimientos académicos superiores, además de elevar podología a su más alto nivel a través de protocolos sistematizados.
- ✓ Formación continua a través de seminarios y talleres presentados por nuestros especialistas en América Latina y Europa.
- ✓ Descuentos garantizados en Congresos, Seminarios, Talleres y Diplomados que realice **FEPOAL** no año da filiação.
- ✓ Envío electrónico de las presentaciones con los temas que se presenten en los eventos de **FEPOAL**.
- ✓ Notificación por E-mail de noticias y eventos de **FEPOAL**.
- ✓ Envío del anuario de **FEPOAL**.
- ✓ Relacionarte con Podólogos y Especialistas del Grupo Medico Multidisciplinario que son autoridad en la Podología de Latinoamérica.
- ✓ La satisfacción de estar afiliado a la primer organización de América Latina que brinda Educación Continua en Podología.

Además de todos estos beneficios, tu decisión de unirse a **FEPOAL**, está alimentada por la firme convicción de que juntos, como una asociación basada en la comunidad, podemos mejorar la cultura en el cuidado y atención al pie. Necesitamos de tu apoyo continuo para construir esta Federación y lograr nuestros objetivos.

¡Únete a **FEPOAL** hoy!

Centro de Atención FEPOAL:

Comunicación: Pdga. Verónica Mayela Basurto Trejo

Teléfono de contacto: 01 (81) 1951-2265

WhatsApp FEPOAL: +52 1 81 1951-2265

Correo electrónico: fepoal@hotmail.com

Organiza



FEPOAL
FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

Aval Académico



**HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO**

SEMINARIO SOBRE
METODOLOGÍAS
PRÁCTICAS EN PODOLOGÍA

Conferencias y Talleres prácticos simultáneos

20 y 21 de Febrero 2016
Hospital General de México
Auditorio "Dr. Abraham Ayala González"
México, D.F.

Informes e inscripciones

Tel. 01 (81) 1951-2265

WhatsApp 81 1951-2265

fepoal@hotmail.com



fepoal



@fepoal



fepoal_oficial

www.fepoal.com

Organizzato da



Approvazione Accademico



I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico
Galeazzi

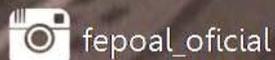
CONGRESSO INTERNAZIONALE
METODOLOGIA E PRATICA
LASER, FOTOTERAPIA, TERAPIA FOTODINAMICA

Conferenze e Workshop

5 y 6 de Marzo 2016
I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi
«Aula Magna»
Milano, Italia

Informazioni e iscrizioni

Via Parsano,6/b - 80067 SORRENTO (NA)
tel. +39 0818073525 - +39 0818784606 - fax +39 0818071930
info@italymeeting.it



www.fepoal.com

El Calzado Profesional en el Paciente Diabético

J. Viadé Julià. Unidad de Diabetes. Fundació Rossend Carrasco i Formiguera. Barcelona. España.

Uno de los objetivos de la Unión Europea, en la prevención de riesgos laborales, es mejorar las condiciones de trabajo así como una armonización paulatina de esas condiciones en los diferentes países europeos.

La presencia de España en la Unión Europea se deriva, por la necesidad de armonizar la política en esta materia, cada vez en mayor medida, y por el estudio y tratamiento de la prevención de los riesgos derivados del trabajo.

Según la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 4º define los siguientes conceptos: (1)

Se entenderá por “prevención” el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

Se entenderá como “riesgo laboral” la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.

Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

Se considerarán como “daños derivados del trabajo” las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

Se entenderá como “riesgo laboral grave e inminente” aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.

En el caso de exposición a agentes susceptibles de causar daños graves a la salud de los trabajadores, se considerará que existe un riesgo grave e inminente cuando sea probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato una exposición a dichos agentes de la que puedan derivarse daños graves para la salud, aun cuando éstos no se manifiesten de forma inmediata.

Se entenderá como “condición de trabajo” cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del traba-



jador. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

I. Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.

II. La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

III. Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.

IV. Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

V. Se entenderá por “equipo de protección individual” cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal.

El calzado en el paciente diabético

En los pacientes diabéticos debe de reunir unas

características especiales sobre todo si los pacientes están afectados de neuropatía y/o vasculopatía, para reducir el riesgo de lesiones. (Fig.1)

En pacientes de riesgo, es aconsejable para evitar lesiones principalmente en el antepié (dorso, lateral, primer y quinto dedos) , utilizar pala con materiales de alta distensibilidad (Fig.2) para acomodar las estructuras y/o deformidades durante la marcha.

Las superficies interiores deberán ser lisas, bien acolchadas, sin costuras, y la suela con el grosor necesario para permitir una óptima amortiguación.



Por ello, al adquirir un calzado, el paciente deberá conocer su estado podológico, si presenta neuropatía y/o vasculopatía, pie valgo, pie cavo, hiperhidrosis etc., para que en el comercio le puedan ofrecer el tipo de calzado mas adecuado a sus necesidades.

También es muy importante conocer con exactitud la medida del pie, en caso contrario habrá que proceder su medición.

En la mayoría de tiendas suelen disponer de



medidor de calzado. (Fig.3)

En caso contrario deberemos de realizar la medición. Para ello el paciente con calcetín y puesto en pie sobre una hoja de papel, se procederá al marcaje con un lápiz de la parte más posterior del talón y la parte más distal del dedo más largo. Al resultado obtenido se le añade 0,7 cm.

En pies muy valgus, el pie en dinámica se alarga poco y con añadir 0,2 al resultado obtenido será suficiente, al contrario de los pies muy cavos que al alargarse mas, incluso hay que añadir 1 cm al medida obtenida.

El resultado (+ 0'7, o 0'2 o 1cm) se multiplicara por 1,5 y obtendremos la talla correcta. Hay que realizar la medición de los dos pies y coger el mayor.

Para conocer el ancho adecuado debemos de medir el perímetro de la zona metatarsal, (Fig. 4.), para que la adaptación sea lo más correcta posible y el calzado no oprima pero tampoco quede desajustado. Se comprobará la medida obtenida con los datos que facilita el fabricante.





Ennia Handel

O creme definitivo para o tratamento de fissuras e hidratação profunda:

- Desenvolvido para dar resultados reais;
- Feito a base de melaleuca, uréia, argila branca e papaína;
- Rápida absorção, não oleoso e fragrância agradável.



VISITE NOSSA PÁGINA NO FACEBOOK:



www.facebook.com/enniahandel/

CONTATOS: (11) 98143-7172 (WHATSAPP)

(11) 26857083 (FIXO)

EMAIL: wanderleyseixaspodologo@gmail.com

Design: AZ Divulgações

El calzado de uso profesional

Se entiende cualquier tipo de calzado destinado a ofrecer una cierta protección contra los riesgos derivados de la realización de una actividad laboral.

El calzado de uso profesional puede clasificarse en las siguientes categorías (3):

Calzado de Seguridad

Es un calzado de uso profesional que proporciona protección en la parte de los dedos. Incorpora tope o puntera de seguridad que garantiza una protección suficiente frente al impacto, con una energía equivalente de 200 J en el momento del choque, y frente a la compresión estática bajo una carga de 15 KN.

Calzado de protección

Es un calzado de uso profesional que proporciona protección en la parte de los dedos.

Incorpora tope o puntera de seguridad que garantiza una protección suficiente frente al impacto, con una energía equivalente de 100 J en el momento del choque, y frente a la compresión estática bajo una carga de 10 KN.

Calzado de trabajo

Es un calzado de uso profesional que no proporciona protección en la parte de los dedos.

Según el tipo de material que han sido fabricados, se distinguen dos clasificaciones:

a) Calzado de cuero y otros materiales, excluido el calzado todo de caucho y todo polimérico.

b) Calzado todo de caucho (vulcanizado) o todo polimérico (moldeado).

En función de los diferentes riesgos a cubrir:

- I. Mecánicos
- II. Eléctricos
- III. Térmicos
- IV. Químicos

Según el diseño:

- Tipo A: Zapato
- Tipo B: Bota baja
- Tipo C: Bota de media caña
- Tipo D: Bota alta
- Tipo E: Bota extra larga



Fig 5

El calzado de uso profesional en el paciente diabético

El 80% de las complicaciones que afectan al pie del paciente diabético, están causadas por el uso de un calzado inadecuado.

En un estudio realizado en Gran Bretaña por Michael Edmonds en 1986, se llegó a la conclusión que existía recidiva en las úlceras en un 83% de los pacientes por causa de no utilizar un calzado adecuado (2) . (Fig.5)

El calzado debe cumplir una serie de funciones de protección, estabilidad, transpiración, sujeción del pie y aislamiento térmico, asimismo debe ser ligero para evitar un exceso de gasto energético durante la deambulación.

El trabajador que por su tipología de trabajo precisa usar calzado de protección y además tiene factores de riesgo podológico como puede ser la diabetes deberá de utilizar un tipo de calzado con las características adecuadas a los requisitos de seguridad pero sin olvidar su condición de "riesgo" puesto que un elemento pensado para dar seguridad puede convertirse, en un elemento lesivo para sus pies. (Fig.6)



Fig 6

Los elementos específicos de protección, (Fig. 7) (puntera, suela rígida, contrafuertes, materiales poco transpirables) pueden comportar un riesgo elevado de ulceración o complicaciones en pacientes diabéticos con alteraciones de la sensibilidad o de la vascularización.



Conclusiones

El calzado laboral para el paciente diabético con complicaciones neuroisquémicas, deberá cumplir las normas de protección adecuadas para el trabajo que desempeñe el trabajador y al mismo tiempo ofrecer unas garantías de protección para evitar el riesgo de ulceración.

Hay que elegir el calzado de seguridad no sólo en función del puesto de trabajo sino en base a la biomecánica y factores de riesgo que presente el paciente. (Diabetes, deformidad, hiperhidrosis etc.)

Este tipo de calzado para el paciente diabético deberá poseer un alto grado de aislamiento y protección interior para evitar roces o úlceras.

Deberá estar fabricado con materiales de calidad.

Si cumplimos estos objetivos vamos a lograr disminuir los problemas podológicos provocados por el uso del calzado profesional, disminuir el absentismo laboral por esta causa y la plena integración laboral.

Autor

J. Viadé Julià. Unidad de Diabetes.
Fundació Rossend Carrasco i Formiguera. Barcelona. *Esapnha*.
Materia extraída de la Revista Pie Dibético
Nº 25 - Octubre 2014
www.revistapiediabetico.com

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado nº 269 10/11/1995. LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Pie Diabético Guía para la práctica clínica. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 3
3. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Guias/Guias_Orientativas_EPI/Ficheros/calzado_uso_profesional.pdf

Lançamento !!!

Ana Brandini

1º ATLAS TEMÁTICO SOBRE PÉ DIABÉTICO



Autora: *Podóloga Ana Cristina Lima Brandini*

- Graduada em Serviço Social - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Curitiba.
- Técnica em Podologia - SENAC - Curitiba.
- Capacitada em Pé Diabético pelo Hospital Servidor Público Municipal - São Paulo - SP.
- Pós-Graduada em Saúde Coletiva: IBPEX - Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão - Curitiba.
- Durante 12 anos fez parte da equipe multidisciplinar na Pro-Renal Brasil - Curitiba.

Tive a feliz oportunidade de elaborar este Atlas para prevenir complicações dos pés de pacientes diabéticos renais crônicos, fotografando durante doze anos de trabalho na Pró-Renal Brasil, as lesões encontradas em sala de diálises.

Através das literaturas encontramos vários tipos de lesões, tamanhos e profundidades, também temos o conhecimento teórico de várias orientações preventivas, mas raramente encontramos imagens de como realmente podem se desencadear, e suas complicações.

Esta obra é uma nova referência no esforço de identificação de causas de patologias de membros inferiores, quebrando paradigmas na forma de transmitir informações e que servirá para a multiplicação do conhecimento.

Um grande alerta, mostrando o que a necessidade de cuidados com o pé diabético é imprescindível, principalmente com pequenos detalhes, que muitas vezes são negligenciados podendo evoluir para úlceras e amputações.

SUMÁRIO

- 1ª Parte: *Macerações interdigitais*
- 2ª Parte: *Traumas extrínsecos e intrínsecos*
- 3ª Parte: *Necroses*
- 4ª Parte: *LEDs - Lesões elementares dermatológicas*
- 5ª Parte: *Pés de Charcot*
- 6ª Parte: *Técnicas de procedimentos podológicos*
- 7ª Parte: *Técnica de lixamento seco*

**À venda no www.shop.mercobeauty.com
o Shop da Revistapodologia.com**

Principales Patologías que Afectan los Pies de los Ancianos en el Proceso de Envejecimiento.

Angela Teresa Rodrigues Peral, Fernanda Graciela Mariano, Maria Cristina dos Reis e Martha Florinda Silveira. *Brasil*.

Trabajo de conclusión del curso de graduación en podología presentado en la Universidad Anhambí Morumbi (San Pablo-Brasil 2015) como exigencia parcial para la obtención del título de Bacharel en Podología, sobre la orientación de la profesora Silvana Flora de Melo.

RESUMEN

Con el envejecimiento del cuerpo humano suceden mudanzas en la anatomía y fisiología de los pies, dificultando el caminar e interfiriendo en la calidad de vida de la población anciana. El envejecimiento de la población brasileña viene aumentando, conforme datos presentados por el IBGE (Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística, 2010).

El objetivo de este estudio es buscar entendimiento sobre las patologías que actúan sobre los ancianos y sus comorbilidades, destacando las que ocurren en los miembros inferiores y principalmente en los pies. La pesquisa fue desarrollada en el Centro Integrado de Salud de la Universidade Anhembí Morumbi, donde la mayoría presenta alteraciones derivadas de enfermedades sistémicas con participación dermatológica, trastornos de la marcha, traumatismos y obesidad, comprometiendo la integridad de las uñas, de la piel, de los nervios, de los vasos y de las estructuras óseas.

La metodología del presente estudio fue en forma de pesquisa descriptiva y cuantitativa a partir de la observación de pies de 22 ancianos, cuyos datos colectados fueron dispuestos en plantillas con todas las patologías encontradas. Teniéndose en cuenta lo que fue observado se espera la atención y la necesidad de mayores cuidados con los pies de los ancianos por medio de intervenciones podológicas. De los datos levantados se llegó a la conclusión de que a mayoría de los ancianos presentan comorbilidades por cuenta de la falta de cuidados específicos necesarios en esta fase de la vida.

Palabras clave: Envejecimiento; Alteraciones ungueales; Podología; Podopatias.

ABSTRACT

With the aging of the human body, changes

occur in the anatomy and physiology of the foot, making it difficult to walk and interfering with quality of life of the elderly population. The aging of the population is increasing, according to data presented in the IBGE survey (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2010). The aim of this study is to seek understanding of the diseases that affect the elderly and its comorbidities, highlighting those that occur in the lower limbs and especially on the feet. The research was developed in the Integrated Health Center at the University Anhembí Morumbi, where most presented with changes arising from systemic diseases with dermatological involvement, gait disorders, trauma and obesity, compromising the integrity of the nail, skin, nerves, vessels and bone structures. The methodology of this study was in the form of descriptive and quantitative research from the observation of the feet of twenty-two elderly; the data collected were arranged in spreadsheets with all the pathologies encountered. Taking into account what has been observed is expected to attention and the need for further foot care of the elderly through podological interventions. From the data collected, it reached the conclusion that most of the elderly had several comorbidities due to lack of specific care required in this phase of life.

Keywords: Aging, Nails Changes, podiatry, pathology.

1. INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida del brasileiro omento según lo demuestra el censo 2010 del IBGE. Los ancianos que son individuos con más de 60 años suman 23,5 millones esto es más de lo que el doble de lo registrado en 1991 cuando ese grupo de edad contabilizaba 10,7 millones.

En la comparación entre 2009 última pesquisa divulgada y 2011 el grupo aumentó 7,6% o sea más de 1,8 millón de personas. Hace 2 años eran 21,7 millones (IBGE, 2010).

Envejecimiento es el proceso de desarrollo normal que envuelve mudanzas neurobiológicas estructurales, funcionales y químicas. Otros factores también inciden sobre el organismo, como factores ambientales y socioculturales, siendo la calidad y estilo de vida, privación de algunos alimentos, inactividad y/o actividad física. Esos factores están directamente ligados al envejecimiento sano o patológico. (SANTOS, 2009).

Una de las mayores conquistas culturales de un pueblo en su proceso de humanización es el envejecimiento de su población reflejando mejoría de las condiciones de vida. De acuerdo con proyecciones de las Naciones Unidas (fondo de poblaciones) una en cada 9 personas en el mundo tiene 60 años o más y se estima un crecimiento para una en cada 5 alrededor del año 2050.

En 2050, habrá más ancianos que niños menores de 15 años, en 2012 810 millones de personas tenían 60 años o más constituyendo 11,5% de la población global. Se estima que ese número alcance 1 billón en menos de 10 años y más, que duplique en 2050, alcanzando 2 billones de personas, un 22% de población global. Grandes mudanzas están ocurriendo con el envejecimiento poblacional, mudanzas éstas, culturales económicas y familiares. La falta de cuidados del familiar con el anciano hace que el Estado tenga la preocupación con esta población anciana. Teniendo su parte de responsabilidad criando las instituciones de larga permanencia (asilos) para ancianos. (CAMARANO, KANSO, 2010).

Ocurren, con el envejecimiento, mudanzas en la anatomía y fisiología de los pies, que pueden dificultar el caminar e interferir en la calidad de vida de los ancianos. Esas alteraciones pueden ser derivadas de enfermedades sistémicas, con afectación dermatológica, trastornos de la marcha traumatismos y obesidad. Por lo tanto las condiciones de los pies pueden comprometer la integridad de las uñas, de la piel, de los nervios, de vasos y de estructuras óseas. (PINTO, 2011).

Según Bega (2006) la Podología es una rama auxiliar de la medicina. Se concentra en la anatomía fisiología y enfermedades de los pies. Investiga previene y diagnostica los tratamientos a ser realizados. El podólogo es hoy un profesional importante y debidamente habilitado para el tratamiento de la patologías de los miembros inferiores especialmente de los pies.

Los principales problemas de los pies de los ancianos son: hallux valgus, hallux rigidus, deformidad en los dedos, alteraciones en el arco plantar, talalgias, problemas periarticulares, afeccio-

nes cutáneas y de anexos, artropatías, afecciones vasculares y neurológicas. (FERRARI et. al 2009).

El proceso de envejecimiento es un gran desafío para el mundo actual, la esperanza de vida aumenta gracias a la tecnología de la medicina ya la mudanza de hábitos de la población. Este crecimiento existe en los países ricos como los pobres. El envejecimiento hace parte de todas las sociedades. El anciano sufre alteraciones, inclusive en los pies, qué es una estructura que no tiene atención, por eso la podología ejerce un papel muy importante en esta fase.

El podogeriatra debe tener extremo conocimientos de biomecánica y patologías que afectan los miembros inferiores de los ancianos así tendrá una evolución muy grande en el cuidado de los mismos en esta fase de la vida.

De acuerdo con FERRARI et. al, 2009, con el envejecimiento ocurren varias modificaciones en las estructuras anatómicas y fisiológicas del pie, que pueden estar relacionadas a la incapacidad funcional y a la disminución de la calidad de vida de los ancianos.

El problema con los pies de los ancianos, generalmente frecuentes, son poco reconocidos y valorizados por los profesionales de la salud, bien como por el propio anciano mismo siendo una condición que requiere cuidados adecuados, y muchos problemas que presentan ellos están relacionados con el deterioro de la virilidad funcional e interfieren en la movilidad, que es vital para mantener la salud, la funcionalidad y la independencia. (MARIN et. al, 2014).

El Instituto paulista de geriatría y gerontología cita que en el envejecimiento las uñas de los pies se trastornan más gruesas y más rígidas y que frecuentemente los ancianos son incapaces de cortar las propias uñas, debido a problemas visuales, dificultad para inclinar lo suficiente el tronco, limitación de movimiento de las articulaciones de los cuádriles y rodillas debido a osteoporosis artritis reumatoide u obesidad.

Cuando un anciano pierde su masa muscular y disminuye su peso, las fibras musculares se pierden siendo sustituidas por fibras de colágeno eso hace con que se formen fibrosis y cuando esto ocurre la marcha se altera, pues se inicia degeneración en la ciudad de contracciones rápidas y lentas.

2. JUSTIFICATIVA

Delante de la falta de pesquisas sobre las patologías podológica que acometen los ancianos este trabajo busca entendimiento sobre las patologías que más aparecen en los ancianos y el conocimiento general de cada una, pues los mis-



COPONN

I - CONGRESSO DE PODOLOGIA DO NORTE E NORDESTE

Dias: 16 e 17 de Julho de 2016
Local: Hotel Jangadeiro
Boa Viagem, Recife-PE



Prof.º Italo Batista Ventura



Prof.ª Clarice Nunes Bramante



Prof.º Ezequiel Pereira Rocha

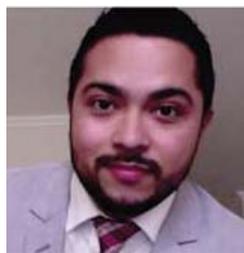
Palestrantes Internacionais



Prof.ª Ana Brandini



Prof.ª Patrícia Thenório



Prof.º Dr. Abraham Gonzales



PDG.ª Marisabel L. Sarmiento



Pdg.ª Daniela Noemi Carignano

APOIO
revistapodologia
.com

MAIS INFORMAÇÕES:
CONTATO@COPONN.COM.BR
+55 81 98592-6122



mos no poseen un cuidado preventivo tanto dentro de las instituciones como en la propia residencia, sea por la falta de conocimiento de los trabajadores de esa área de la salud o por los familiares.

3. OBJETIVO

Viendo el aumento de la población anciana y con esto la gran necesidad de cuidados con la salud de los pies de estos, una vez que envuelven mudanzas neurofisiológicas, estructurales, funcionales y químicas.

3.1 Objetivo general

Identificar las principales podopatias que afectan los pies de los ancianos en el proceso de envejecimiento.

3.2 Objetivo específico

Identificar las podopatias demostrando así, la participación del profesional de podología en la orientación como en la prevención, mejorando la calidad de vida del anciano.

4. METODOLOGÍA

La metodología utilizada fue exploratoria con pesquisas de artículos y los datos obtenidos fueron las patologías que más afectan los pies de los ancianos pacientes del Centro Integrado de Salud de la Universidad Anhembi Morumbi (San Pablo-Brasil), estos datos fueron colectados por medio de un cuestionario que sugiere todas las patologías que pueden afectar los pies de los ancianos.

Participaron de la pesquisa 22 ancianos y después de leer y firmar el término de consentimiento libre y esclarecido los datos fueron colectados y estudiados por medio de pesquisa bibliográfica que específica cada patología presentada por el anciano en el proceso de envejecimiento.

4.1 Criterios de inclusión

Todos los ancianos que tenían patologías en los miembros inferiores independientemente de la edad y de la raza.

Ancianos que dieron su consentimiento expreso informado para participar del estudio de acuerdo con la legislación aplicable.

4.2 Criterios de exclusión

Todos los ancianos que no tuvieran patologías y aquellos con amputación total de los miembros inferiores.

Ancianos que no dieron su consentimiento expreso informado para participar del estudio de acuerdo con la legislación aplicable.

5. HIPÓTESIS

Que motivo lleva a los ancianos a ser afectados por ciertas patologías podológicas en el proceso de envejecimiento, posibilitando contribuir para la amplitud en el conocimiento de las patologías en los pies de esta población que muchas de esas posibilitan daños en la deambulación.

6. BENEFICIOS

Los beneficios que esperamos de este estudio será indicar cuáles son las patologías que más afectan a los ancianos y cuál es el motivo que se va a esta situación. Es importante aclarar que, en caso de que el voluntario decida no participar, existen otros tipos de tratamientos (o diagnósticos) indicados para cada caso (procedimiento alternativo).

7. FISIOLÓGIA DE LA UÑA

El término uña (latin: unguis, is) significa una lamina semitransparente que reviste la extremidad dorsal de los dedos. (NAKAMURA, 2015).

De acuerdo con BARAN et. al 2001, la uña se desarrolla entre la decima nona y vigésima cuarta semana de vida uterina. La estructura inicial consiste en una región oblonga de epitelio especializado en la porción dorsal distal del dedo, por vuelta de la décima séptima semana la matriz está formada, y, a los 2 años la formación de la primera placa ungueal debe estar completa. La formación de la placa tiene lugar en la zona queratogénica envolviendo tres procesos que es el achatamiento de las células basales de la matriz, la fragmentación de los núcleos y la condensación del citoplasma.

De este proceso va a resultar la camada córnea de la uña. El desarrollo de las uñas de los pies posee un retardo de acuerdo con el gradiente de maduración céfalo-caudal.

La uña es constituida esencialmente por escamas córneas compactas fuertemente adherida una a las otras, formadas por una sustancia proteica llamada queratina, la matriz ungueal se divide en tres tipos: matriz dorsal, matriz intermedia y matriz ventral (lecho ungueal). La matriz germinativa (matriz dorsal mas intermedia), produce la mayor parte de la lámina ungueal. (NAKAMURA,2015.)

La uña posee varias funciones como la protección, contribución con la sensibilidad táctil,

manipulación fina y capacidad de arañar. (BARAN et. al, 2001).

De acuerdo con la sociedad brasileira de cirugía dermatológica la espesura de la uña varía de 0,5 a 0,7 mm. Las uñas de la mano crecen cerca de 0,1 mm por día, en cuanto la de los pies tienen su crecimiento más lento. El crecimiento en mayor durante el día y en las personas de sexo masculino, siendo influenciado también por enfermedades sistémicas y factores locales.

Las uñas de los pies le van de 12 a 18 meses para crecer y la tasa de crecimiento dependen de la fisiología (edad, sexo), actividad (habilidad manual derecho o zurdo y tamaño de los dedos), ritmo circadiano, clima y factores individuales. (BARAN et. al, 2001).

8. ALTERACIONES UNGUEALES

Desde los arcos arteriales y venosos palmares superficial y profundo nacen las arterias digitales que llevan la circulación a los dedos. Hay numerosas anastomosis arteriovenosas, llamadas cuerpos glómicos que son importantes en la mantención de la circulación distal en condiciones de frío. Los nervios sensoriales cutáneos se encuentran paralelos a los vasos digitales, las uñas son afectadas por enfermedades dermatológicas y sistémicas. Pueden sufrir influencias exógenas o autoinducidas y el tiempo de su crecimiento es la razón por la cual el tratamiento de las patologías que las afectan sea tan demorados, lo que causa por parte del paciente cierta impaciencia al tratamiento, y que generalmente genera su abandono, causando con esto la cronicidad de las enfermedades de las uñas.

Con el pasar de los años hay disminución en el crecimiento de la uña (cerca de 0,5%) por año de edad, entre 15 y 90 años. Con la edad comienzan a surgir surcos longitudinales distrofia laminar (uñas débiles y quebradizas), mudanzas en la pigmentación, muchas veces confundidas con señales secundarias de otras enfermedades sistémicas y gran incidencia de uñas blanquecinas y opacas (uñas de Terry). (NAKAMURA, 2015).

La onicodistrofia es más frecuente en las uñas de los pies, y pueden ser confundidas con onicomiosis (infección fúngica común en las uñas de los ancianos), onicocriptosis (popular uña incarnada), onicolisis (desprendimiento de la uña) y que puede reflejar en circulación periférica perjudicada, onicofosis y también la onicogrifosis (uña espesa, alargada y curvada). (NAKAMURA, 2015)

La onicodistrofia es más frecuente en las uñas

de los pies, y puede ser confundida con onicomiosis (infección fúngica común en las uñas de los ancianos), onicocriptosis (popular uña incarnada), onicolisis (desprendimiento de la uña del lecho ungueal) y que puede reflejarse en circulación periférica perjudicada; onicofosis y aún onicogrifosis (uñas gruesas, alargadas y curvadas). (NAKAMURA, 2015).

8.1 Hiperqueratosis subungueal

Conforme BARAN et. al, (2001) la hiperqueratosis subungueal es una alteración común y es vista en muchas condiciones, particularmente en enfermedades inflamatorias crónicas y en la irritación crónica del lecho ungueal. Raramente es específica, pero la asociación con otras señales puede ayudar en el diagnóstico.

La hiperqueratosis ungueal puede ser congénita o adquirida y que sucede por hiperplasia epitelial de los tejidos subungueales en razón de enfermedad cutánea exudativa o también por enfermedades crónicas inflamatorias que envuelven la región, inclusive por infecciones fúngicas. (BARAN et. al, 2001).

8.2 Onicocriptosis

Popularmente llamada uña incarnada. Condición común dolorosa e incapacitante (limitando la deambulacion y el uso de calzado cerrado) que se manifiesta principalmente en el hallux, pudiendo ser unilateral o bilateral, caracterizada por la penetración de la lámina en el tejido periungueal, muchas veces ocasionando reacción inflamatoria en el local. (BEGA, 2014).

La principal causa es su corte inadecuado, provocando el surgimiento de un fragmento de uña que penetra en la piel alrededor del pliegue ungueal, actuando como un cuerpo extraño, generando los síntomas inflamatorios. En la persistencia del cuadro hay formación de tejido de granulacion hipertrofia del pliegue ungueal durante todo el proceso pudiendo ocurrir infección y supuración del área.

Los factores predisponentes que podrán contribuir para la formación de la espícula lacerante en el borde lateral ungueal de la lámina son:

- Afinamiento o hipercurvatura transversal de la lámina ungueal.
- Distrofias por enfermedades inflamatorias.
- Infección fúngica o métodos inadecuados del corte del borde libre.
- Zapatos apretados o puntiagudos.
- Dedo largo o desviado en valgo.

- Tejidos periungueales espesados.
- Pie plano o valgo.
- Hiperhidrosis palmo plantar.
- Enfermedades sistémicas como la diabetes.
- Trauma indirectamente lesionando la matriz o directamente presionando la uña contra los tejidos vecinos.
- Medicamentos retinoides sistémicos, antirretrovirales usados en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (indinavir, ritonavir), inhibidor del receptor del factor de crecimiento epidérmico (usado en oncología) (BEGA, 2014).

De acuerdo con BARAN (2001) hay existencia de 5 tipos de onicocriptosis:

- subcutánea o juvenil
- la causada por la uña en forma de pinza
- la distal o hipertrofia del borde anterior
- hipertrofia del borde lateral
- la de la infancia, que puede devolver con retro-niquia qué es la uña incarnada con dolor, inflamación y formación de tejido de granulación en la región de la inserción de la lamina ungueal.

Según NAKAMURA (2015) se utiliza una clasificación clínica que es más utilizada debido a su practicidad pues se correlaciona directamente con la propuesta terapéutica, son clasificadas en tres grados:

- Grado 1: no existe lesión clínica evidente o puede existir eritema leve, el paciente se queja de dolor cuándo los pliegues laterales son palpados.
- Grado 2: existe dolor intenso, secreción serosanguinolenta en el pliegue ungueal acometido.
- Grado 3: el dolor y la inflamación son más intensos y acrecentados en el tejido de granulación e hipertrofia del pliegue ungueal lateral.

8.3 Onicosis

La onicosis forma separación entre la uña y el lecho ungueal usualmente distal o lateral es una característica de muchas condiciones, tanto sistémicas como locales. El problema puede ser en un dedo o ser general generalizado. La onicosis en los pies es diferente de aquella en las manos porque no hay causa ocupacional evidente, hay menos daño relacionado a cosméticos. Las dos mayores causas coinciden comúnmente: la onicocriptosis y micro trauma en los pies.

Este tipo de onicosis generalmente es secundaria a la infección fúngica por dermatofitos, levaduras (*Candida parapsilosis*), hongos no dermatofitos. La onicosis en los hallux puede ocurrir en la ausencia de infección fúngica. En esta situación la histología de la placa ungueal puede

ayudar a confirmar la invasión de sustancia ungueal. (BARAN et. al, 2001).

De acuerdo con TOSTI et. al, (2007) la onicosis se puede presentar en forma primaria o secundaria y consiste en la descomposición de la queratina que une la uña al lecho ungueal (despegamiento). Las primarias afectan más las uñas de las manos y con mayor incidencia en las de sexo femenino. Su causa es idiopática, pero su diagnóstico puede ser multifactorial como por ejemplo: traumas mecánicos, agresiones causadas por manicuras, anomalías de los pies como index minus y calzados inadecuados.

Las onicosis secundarias acometen de modo indiferente tanto las uñas de las manos cuanto la de los pies, en ambos sexos y en todas las edades. Son causadas por patologías que acometen el lecho ungueal, como por ejemplo: hiperqueratosis, psoriasis, onicomycosis y por enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso, hipertiroidismo o de formación del lecho ungueal. En ambas (las onicosis) el espacio entre el lecho y la uña frecuentemente será colonizado por microorganismos (bacterias levaduras y hasta mismo con materiales extraños con los que el paciente tenga contacto. (TOSTI et. al, 2007).

8.4 Onicomycosis

Las onicomycosis son infecciones fúngicas de las uñas de las manos y de los pies, constituyen la enfermedad mundial más común, representando más de la mitad de todas las onicopatías. Su causa es multifactorial, más frecuentemente son afectados los adultos (los ancianos en particular) hombres: aquellos con condiciones médicas concomitantes (como diabetes, enfermedad arterial periférica, inmunodeficiencia, psoriasis, historia de tiña pedis o trauma ungueal); aquellos que presentan comportamientos específicos (como los fumadores, practicantes de actividades físicas) y aquellos con factores genéticos predisponentes a las onicomycosis. (GUPTA et. al 2008).

El uso de calzado cerrados y húmedos, andar descalzo en baños públicos y traumas frecuentes son factores que influyen esa elevada tasa de prevalencia, los diagnósticos diferenciales de las onicomycosis y que deben ser observados son, principalmente, psoriasis ungueal, onicosis, hiperqueratosis subungueal, alteración de coloración de las uñas, como la leuconiquia y melanoniquia y las distrofias ungueales. Hay gran dificultad para llegar al diagnóstico de infección fúngica de las uñas. Pero esa diferenciación en el diagnóstico es importante, pues implica diferentes tratamientos. (SILVA, 2000; CHANUSSOT; ARENAS, 2007).

De acuerdo con BARAN et.al (2001) las onicomicosis son clasificadas en cinco subtipos clínicos:

- Subungueal lateral y distal
- Superficial
- Subungueal proximal
- Endonyx
- Onicomicosis distrófica total

Pudiendo ser todavía primaria o secundaria, los hongos patógenos más comunes son los dermatofitos *Trichophyton rubrum* e *T. mentagrophytes* (agentes causadores de más del 90% de todas las onicomicosis) en tanto los hongos no dermatofitos, incluyendo levaduras (*Candida Albicans*), son encontrados como patógenos primarios en menor frecuencia.

Dentro de los cinco subtipos, la única micosis subungueal lateral distal es la más común, caracterizándose por la invasión de hifas fúngicas que se inician en el hiponiquio difundiendo proximalmente a lo largo del lecho ungueal, con concomitante consumo del estrato córneo y de la porción inferior de la uña, resultando en decoloración, espesamiento de la uña, hiperqueratosis subungueal y onicolisis. (BARAN et.al, 2001).

La onicomicosis superficial acomete normalmente los pies siendo raro en las manos. Es conocida como onicomicosis superficial blanca. En este tipo único de micosis los dermatofitos pueden ser causa de 90% de los casos y el más común es el *T. interdigitale*. Otros dermatofitos incluyen *Microsporum persicolor*, *Acremonium roseogriseum*, *Aspergillus terrés* e *Fusarium oxysporum*. (BARAN et. al, 2001).

La micosis secundaria: la paroniquia crónica ocurre más comúnmente en mujeres de que en hombres. esto puede ser atribuido a un problema ocupacional, atribuido al manoseo del agua y la onicomicosis distrófica total puede ser resultado del desarrollo de cualquier una de las formas de infección previamente mencionadas o puede desarrollarse de forma primaria (BARAN et. al, 2001).

8.5 Psoriasis ungueal

La psoriasis es una enfermedad crónica de etiología desconocida, de naturaleza autoinmune inflamatoria que acomete no solo la piel, sino también las uñas.

Aproximadamente el 1% al 2% de la población tiene psoriasis, y las alteraciones ungueales son encontradas en aproximadamente 12% de estos pacientes. (GUPTA et al, 2008).

Ataca igualmente hombres y mujeres en cualquier fase de la vida, pero su pico ocurre en las de 20 a 40 años de edad. Tales lesiones se pre-

sentan en forma de placas eritematosas enrojecidas y descamativas debido a la rápida proliferación de células de la camada basal. En general las celdas del cuerpo humano se renuevan cada 28 días (tiempo en que la sede de la camada basal lleva para atngir la epidermis y ser descartada), ya en la psoriasis ungueal ese tiempo de renovación es estimado en aproximadamente 13 días, lo que lleva al acumulo de células en la epidermis, generando las placas escamosas (GUPTA et al, 2008).

9. DEFORMIDAD EN LOS DEDOS

9.1 Hallux valgus

De acuerdo con la Fundación Universidad Federal de Río Grande, hallux valgus es frecuente disfunción del antepié debido a diversas etiologías que pueden tener como consecuencia pie dolorosos y deformados. Es conocida popularmente como juanete, ocurre un desvío lateral del hallux y un desvío medial del primer metatarso realizando una angulación del primer dedo. Con el tiempo se forma una prominencia ósea, globosa, denominada exostosis que se localiza en la fase medial de la cabeza del primer metatarso. Esta deformidad favorece la inflamación de la bursa localizada en el lado interno del hallux produciendo bursitis, que provoca dolor y dificultad para usar cierto tipo de calzado. Acomete principalmente mujeres y su incidencia aumenta con la edad, puede progresar para otros dedos.

9.2 Dedo en martillo

Es aquel donde la deformidad ocurre en la articulación medial del dedo, ocasionando flexión plantar y produciendo callosidad dolorosa la región dorsal del dedo. Es causada por la flexión de la articulación deformada con el calzado. Es más frecuente en dedos largos y puede aparecer como deformidad única o en varios dedos, llamada de múltiple, nombre que se le da a la deformidad en hiperflexión de las articulaciones distales de los dedos menores, que adquieren formato que recuerda un martillo. Puede ocurrir en paralelo con callos dolorosos. Pueden ser causados por desequilibrio muscular o calzados mal adaptados. (KAPANDJI, 2001).

9.3 Dedos en garra

Es la deformidad más compleja y se presenta con la hiperextensión (para arriba) de la articulación que une el dedo al resto del pie y de la flexión (para abajo) de la articulación del medio del dedo. Esta deformidad ocasiona dolor plantar en la porción frontal del pie y callosidades muy dolo-

rosas en el dorso de los dedos acometidos, pudiendo hasta mismo imposibilitar el uso de calzado cerrados o con suelas muy finas y rígidas. Todos estos tipos de deformidades pueden presentarse en forma rígida o flexible, y esto debe ser avalado por un ortopedista para mejor orientar el método de tratamiento a ser utilizado. Mudanzas del tipo de calzado, aparatos de contención y deberás de silicona son métodos conservadores que pueden aliviar los síntomas pero no corrigen las deformidades. (KAPANDJI, 2001).

9.4 Hallux rigidus

De acuerdo con (FERRARI et. al 2009) el hallux rigidus es el segundo problema más común del hallux, definido como artrosis de la primera articulación metatarsal y su caracterización es definida por el dolor y por la limitación de los movimientos. Casi siempre es acompañada por aumento de volumen del hueso en la región dorsal de la articulación metatarsal y su etiología puede ser congénita o adquirida como resultado de traumas o de artritis generalizada.

10. FASCITIS PLANTAR Y ESPOLÓN DEL CALCÁNEO

Ferrari et. al (2009) define que la fascitis plantar es caracterizada por dolor en la fascia plantar principalmente en la región del talón donde ocurre su origen.

También es conocida como síndrome doloroso del talón o espolón del calcáneo que es caracterizado por crecimiento óseo extra en el talón pudiéndose formar cuando la fascia hace excesiva tracción sobre el calcáneo, la queja típica del paciente el dolor al levantarse y colocar los pies en el piso. (FERRARI et. al, 2009).

Es un síndrome degenerativo de la fascia plantar, resultante de un trauma repetitivo en su origen que está en el calcáneo. La causa más común es de origen mecánico, envolviendo fuerzas compresivas que aplanan el arco longitudinal del pie. La inflamación ocurre debido a microtraumatismos de repetición. (VELASCO e MEJIA, 2014).

De acuerdo con Velasco, Mejia (2014) la enfermedad es acelerada o agravada por la falta de flexibilidad con la retracción del tendón del calcáneo, esto causado por el exceso de entrenamiento y fatiga entre otros.

11. TALALGIAS Y METATALGIAS

De acuerdo con FERRARI et. al (2009) la talalgia es frecuente en individuos después de los 50

años. Los dolores son localizados en el retropié y comprenden el tendón el calcáneo y el origen de la fascia plantar. El dolor puede estar asociado a la existencia de procesos inflamatorios localizados en el retropié.

El atrito repetitivo es frecuente causa de la talalgia, como uso de zapatos apretados. (MENZ; MORRIS, 2005).

La metatarsalgia es referida como dolor en la planta del pie en la región de los metatarsos y puede estar relacionada a lesiones de partes blandas, articulares y periarticulares. El neuroma interdigital o de Morton es causa común de metatarsalgias. Las bursitis pueden estar presentes en casos de trauma, infección, artritis reumatoide y gota. (GUIMARÃES et. al, 2006).

En el anciano se observa con frecuencia "caída" de las cabezas metatarsianas centrales, con formación de dedos en garra: la almohadilla adiposa sobre la cabeza se disloca para posición más distal, reduciendo la posición de esa región del pie y llevando a un cuadro de metatarsalgia de carácter difuso tipo quemazón, que a veces imposibilita el uso de zapatos habituales, el tratamiento es hecho con Mudanzas de hábitos y corrección en el uso de zapatos SILVEIRA, 1999). En los casos de asociación con dedos en garra, el uso de ortesis tipo burbuja o barra retrocapital asociada a zapatos confortables reequilibra la funcionalidad perdida, aliviando mucho los síntomas. (MENZ; MORRIS, 2005).

12. OSTEOARTRITIS

De acuerdo con la revista brasileira de reumatología la osteoartritis es una enfermedad articular degenerativa conocida como artrosis u osteoartrosis, es la enfermedad reumática que más prevalece entre individuos con más de 65 años de edad. Estudios americanos apuntan que más de 50 millones de personas tienen hoy esta enfermedad. En el Brasil, no existen datos precisos sobre esta prevalencia.

Los conocimientos adquiridos recientemente de la fisiopatogenia llevaron a la alteración del concepto de esta enfermedad. Antes se creía que se trataba de una enfermedad progresiva, de evolución lenta, sin perspectivas de tratamiento, tomada por muchos como natural del proceso de envejecimiento. Hoy es vista como una enfermedad en que es posible modificarle el curso evolutivo, tanto en relación al tratamiento sintomático inmediato, cuanto a su pronóstico.

Es una afección dolorosa de las articulaciones que sucede por insuficiencia del cartílago, oca-

sionada por desequilibrio entre la formación y la destrucción de sus principales elementos, asociada a una variedad de condiciones como sobrecarga mecánica, alteraciones bioquímicas de los cartílagos y de la membrana sinovial y factores genéticos.

Es una enfermedad crónica, multifactorial, que lleva a la incapacidad funcional progresiva. Además de provocar dolor en el pie, sensación de rigidez y edema, la osteoartritis en los pies puede ocasionar limitaciones funcionales como pérdida de movimientos, deformidades y hasta gran incapacidad del miembro inferior.

El tratamiento puede ser hecho con medicamentos fisioterapia y en algunos casos con cirugía. La disminución del peso corporal y la reeducación postural también son importantes para el alivio del dolor y de la amplitud del movimiento. (CAILLIET, 2004).

13. AFECCIONES CUTÁNEAS

Los pies mudan con el pasar del tiempo, los cambios resultantes del proceso de envejecimiento letró en el pie un nuevo formato. Con el envejecimiento más colágeno reformado haciendo la estructura de la piel más rígida. Los síntomas más comunes de sufrimiento de la piel en los pies de los ancianos incluyen piel seca, escamosa y atrofiada, siendo por factores de disminución de la actividad sebácea, nutrición y disfunción en la formación de queratina.

Debido esto los disturbios mecánicos causan lesiones de hiperpresión, llamadas anomalías óseas. En el anciano la disminución o pérdida de la almohadilla adiposa asociado al el rose por el uso de medias inadecuadas, calzados inadecuados, deformidad ósea, causan pequeñas lesiones pudiendo llegar hasta el punto de un solar o infectar. (CASTRO, 2007).

14. ALTERACIONES VASCULARES

Las afecciones vasculares afectan los pies causando problemas de mayor gravedad debido a la rapidez con que aparecen, de la imprevisibilidad de su evolución y de la impotencia funcional que provocan y de los riesgos de amputación, muchas precauciones deben ser tomadas, como por ejemplo el uso de un buen calzado y el examen de los pies debe ser sistemático desde las pequeñas lesiones, las úlceras son frecuentes en los talones y también en las regiones maleolares y en los bordes del pie.

Son numerosas las substancias que envuelven los procesos inflamatorios y/o ateroscleróticos, son también de abundantes en la camada íntima de la arteria envejecida. (FERRARI et. al, 2007).

15. ALTERACIONES DEL ARCO PLANTAR

El envejecimiento biológico del sistema musculoesquelético puede alterar las conformaciones específicas del arco plantar, haciendo con que la base de apoyo pierda su equilibrio. Los pies son la base de sustentación en la postura estática y dinámica. El arco longitudinal medial es adaptado principalmente para la función de tomada de peso, absorbe los choques y distribuye toda la carga por el pie. El índice del arco plantar divide el mismo en tres regiones: el antepié el medio pie y el retropié. (SACCO et.al, 2008).

15.1 Pie cavo

El pie cavo es definido cuando el arco longitudinal es excesivamente alto. En este tipo de pie la fascia está contraída haciendo con que haya un aumento de la curvatura plantar. (OLIVEIRA et. al, 2013).

Esa alteración puede venir de una alteración aislada localizada en el antepié o retropié y también resultado de la combinación de dos alteraciones. Es una alteración compleja que puede estar relacionada con otras deformidades como varismo, dedos en garra, existe también el pie cavo adquirido es causado frecuentemente por enfermedades neurológicas de base, siendo las neuropatías más comunes. (MARIN et. al, 2009).

De acuerdo con MARIN et.al, 2009 hay una gran variación anatómica en el conjunto de las deformaciones que producen el cavo del arco. La deformación puede ser leve, flexible e indolora o hasta mismo grave, rígida e incapacitante con callosidades plantares e inestabilidad lateral del tobillo.

15.2 Pie plano

En el anciano el sistema musculoesquelético juntamente con otras alteraciones aferentes y eferentes del sistema nervioso central, tiene su capacidad funcional reducida con el envejecimiento biológico y esto hace con que ocurra pérdida de masa y fuerza muscular.

El pie plano es caracterizado por la caída del arco plantar longitudinal, y puede casi siempre estar asociada a un valgismo del talón de grado variable. El pie plano es responsable por el enorme desperdicio de energía de los músculos y ligamentos que dan sustentación al arco longitudinal interno. (OLIVEIRA, SANTOS 2013).

16. ANÁLISIS DE DATOS

Para su realización fue hecho lo siguiente: en una planilla fueron inseridas todas las patologías que afectan los miembros inferiores en el enveje-

cimiento y los datos de los voluntarios que fueron divididos en dos grupos denominados A y B y cada patología observada fue anotada en la plantilla citada en seguida en 3 tablas.

Tabla 1

Distribución de los voluntarios del estudio de acuerdo con la edad y caracterización sociodemográfica. São Paulo-SP, 2015. (Muestra=22).

Datos de identificación	Muestra	%
Banda de edad		
60-69	14	63
70-79	7	14
80 o más	1	4
Sexo		
Masculino	4	18
Femenino	18	82
Con quién vive		
Compañero(a)	11	50
Compañero(a) + hijos/nietos	0	0
Hermano/hijo/nieto	9	41
Solo	2	9

De acuerdo con los datos en la tabla 1 se identificó qué de los 22 ancianos que fuera mi hijo fueron estudiados la mayoría posee una banda de edad de 60 a 69 años o sea (14;63%), la mayoría es de sexo femenino (18;82%), en relación a la convivencia (11;50%) viven con sus compañeros, eso demuestra que los ancianos estudiados poseen alguien que pueda cuidar de él es en el proceso de envejecimiento. apenas un anciano tiene más de 80 años no utilizando con

frecuencia la podología, ninguno vive en instituto de larga permanencia (asilo).

Tabla 2

Distribución de los voluntarios del estudio de acuerdo con problemas de salud y hábitos. São Paulo-SP, 2015. (Muestra=22).

Problemas de salud/hábitos	n	%
Hábitos		
Muy activo	2	9
Activo	6	27
Irregularmente activo	0	0
Sedentario	11	50
No se aplica	2	9
Fumante	1	4
Alcohol	0	0
Problemas de salud		
Artritis	7	32
HAS	2	9
Problemas circulatorios	4	18
Diabetes	4	18
Dislipidemia	1	4
Osteoporosis	1	4
Disminución auditiva	0	0
No sabe responder	0	0

De acuerdo con los datos en la tabla 2 los resultados referidos a la salud y hábitos de los 22 ancianos estudiados muestra que la mayoría es sedentaria y no sale mucho de casa, cuando necesitan salir es para ir al médico o algo urgente o sea (11;50%) de ellos, este factor incide sobre el organismo sino que la calidad de vida cae mucho, indicando la aparición de envejecimiento patológico, un buen indicativo es que ninguno hace uso de bebidas y solamente uno es fumante. de acuerdo con los problemas de salud (7;32%) poseen artritis (es una enfermedad degenerativa que afecta las articulaciones), antes se creía que la artritis no tenía perfectivas de tratamiento hoy ese cuadro mudo, es posible modificar el curso evolutivo mismo siendo del proceso natural de envejecimiento, (4;18%) tienen problemas circulatorios y diabetes un indicativo de sedentarismo qué influencia el surgimiento de estas patologías, (3;13%) no poseen ni una de las patologías cuestionadas y no visitan el médico con frecuencia.

Tabla 3

Distribución de los voluntarios del estudio de acuerdo con problema de los pies. São Paulo-SP, 2015. (Muestra=22).

De acuerdo con los datos en la tabla 3, están los datos referentes a las patologías encontradas en los pies, este estudio muestra que la mayoría de los ancianos estudiados poseen dos dedos en garra qué deriva artritis y artrosis (10;45%) que de acuerdo con Kapandji (2001), es una deformidad más compleja o que ocasiona dolor en la planta del pie y en la región del antepié, el anciano posee dificultades hasta para usar calzado cerrado, (9;41%) poseen pie cavo causando dolor y dificultad en la deambulaci3n, en el envejecimiento el arco plantar se va modificando siendo uno de los factores que influyen en la musculatura haciendo con que queden hipert3nicas y la falta de ejercicio también puede influenciar en estos casos.

En la observaci3n de las uñas (7;32%) poseen distrofia ungueal siendo muy frecuente en ancianos, la onicomicosis fue la onicopatía más observada (12;54%). ninguno de ellos mostr3 higiene adecuada y (9;41%) est3n con las uñas despegadas debido a la distrofia y la onicomicosis. en las afecciones de la piel (13;59%) no poseen ni una de las afecciones cuestionadas.

Tabla 3

Problemas con los pies	n	%
Deformidades		
Hallux valgus	5	22
Dedos en martillo	1	4
Dedos en garra	10	45
Pie cavo	9	41
Pie plano	1	4
Uñas		
Distrofias	7	32
Gruesas	2	9
Atr3ficas	1	4
Onicomicosis	12	54
Largas	0	0
Onicocriptosis	3	13
Onic3lisis	9	41
Piel		
Hiperqueratosis	3	13
Helomas (callos)	2	9
Hiperidrosis	0	0
Anidrosis	1	4
Heridas	0	0
Fisuras	3	13
Maseraci3n	0	0
Eritema	0	0
No se aplica	13	59

Gráfico 1: Edad y caracterización sociodemográfica

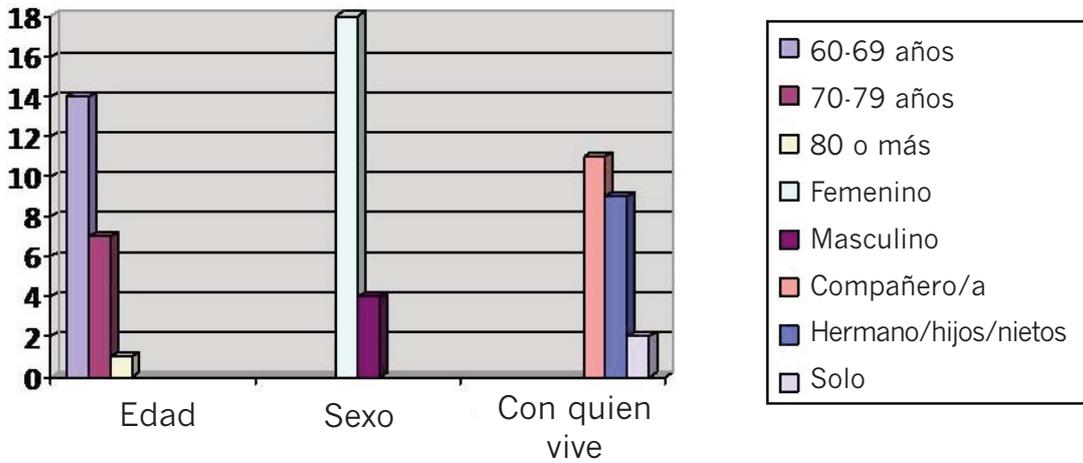


Gráfico 2: Problemas de salud y hábitos

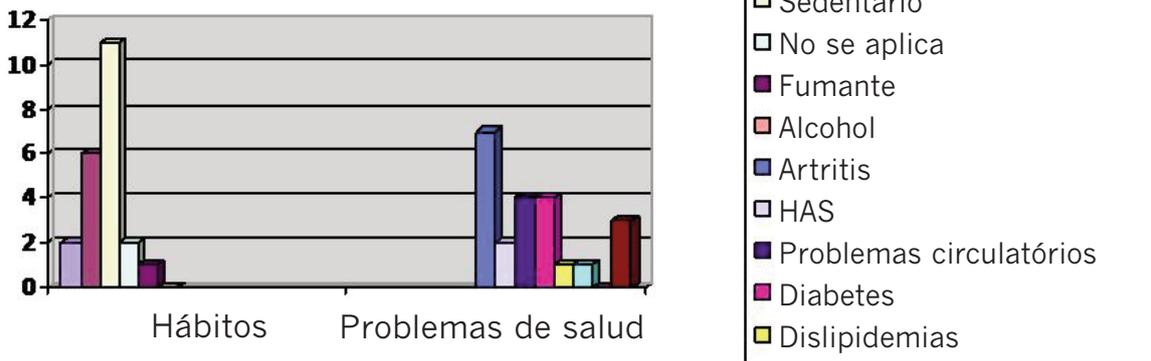


Gráfico 3: Problemas con los pies: deformaciones

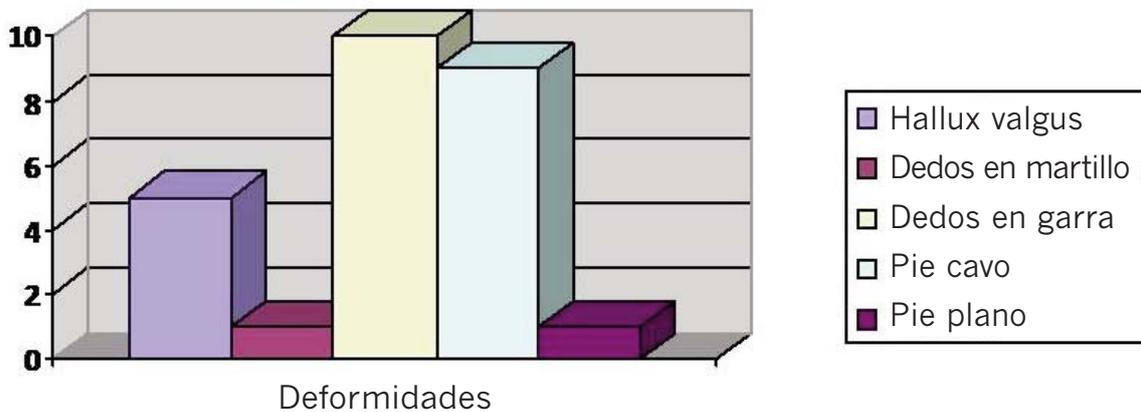


Gráfico 4: Problemas con los pies: uñas

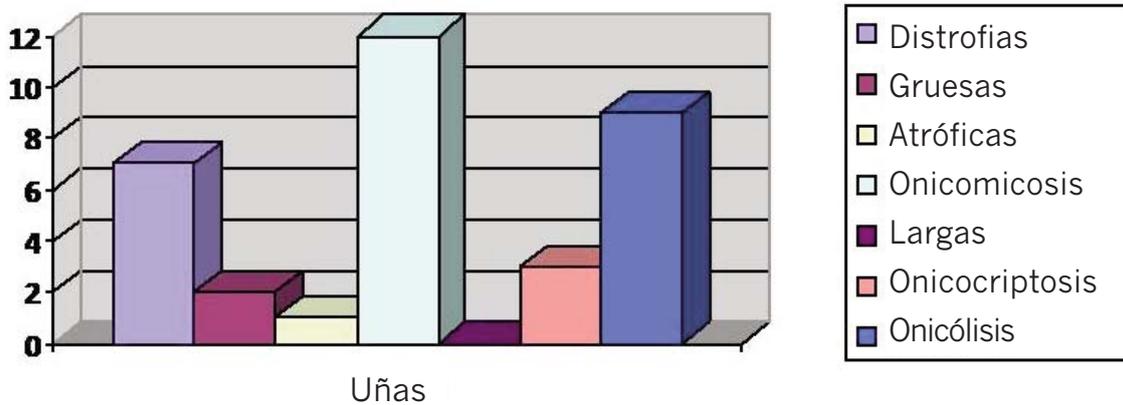
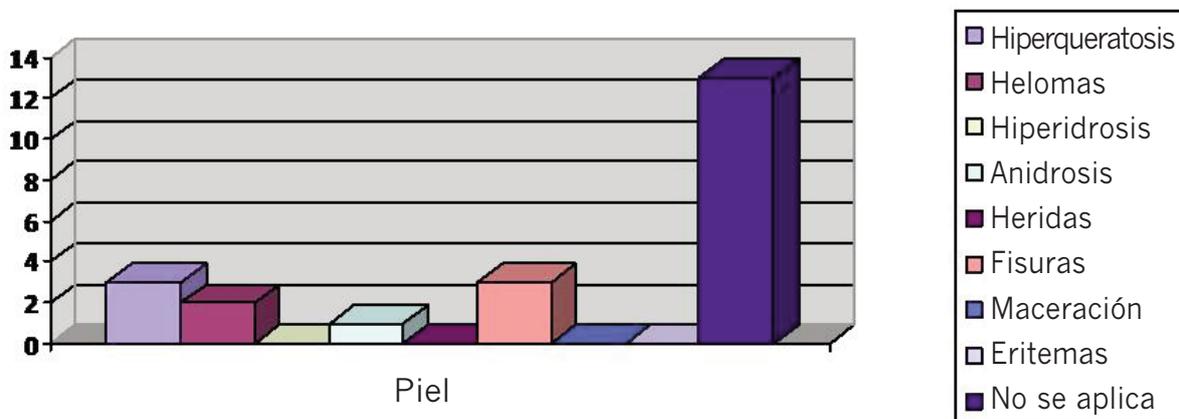


Gráfico 5: Problemas con los pies: piel



CONCLUSIÓN

Se concluye en este estudio mostrando que los problemas con los pies de los ancianos son frecuentes y comunes en el proceso de envejecimiento, muchas de estas patologías son influenciadas por patologías que hacen parte del envejecimiento estas patologías exigen atención de los familiares y de los cuidadores donde el tratamiento adecuado puede evitar lesiones frecuentes. La pérdida de capacidad funcional, limitaciones en la deambulación pueden tener un efecto sobre la autoestima, y en la calidad de vida de estos ancianos. Los ancianos que fueron evaluados integran una red donde varias personas de sus mismas edades poseen enfermedades comunes. El resultado importante de este estudio fue el gran predominio de onicomycosis y artritis.

Autores

Angela Teresa Rodrigues Peral,
Fernanda Graciela Mariano, María Cristina dos Reis
e Martha Florinda Silveira.
Fernanda Graciela: graciela438@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARAN, Robert; NAKAMURA, Robertha. Doenças da Unha - do Diagnóstico ao Tratamento. São Paulo: Elsevier / Medicina Nacionais, 2001.
- BEGA, Armando. Tratado de podologia. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.
- BEGA, Armando. Tratado de podologia. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2014.
- BORN T.; BOECHAT NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, EV. et al Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.768-77.
- BARBOSA, G.G. et al. Estudo retrospectivo do tratamento cirúrgico do Neuroma de Morton por via plantar. Acta Ortop. Bras. V.13, n.5, p.258-260, 2005.
- BARROCO, R.S.; Netto, A.A.; Nery, C.A.S. Tratado do Neuroma de Morton pela via plantar: avaliação dos resultados cirúrgicos. Ver. Bras. Ortop., v.33, n.7, p.532-536, 1998.
- CAILLIET, Rene. Dor no pé e no tornozelo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CAMARANO, AM; KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Revista de Estudo de População. vol. 27, n.1, p.233-235, jan-jun. 2010.

CARMO, H de O. et al Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? In: RBCEH, v.9, n.3, p.330-340, set./dez. 2012.

CASTRO, Alessandra Paiva de. Características antropométricas dos pés dos indivíduos idosos. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

DIAS, I. G. A institucionalização asilar na percepção do idoso e sua família: estudo do "lar dos velhinhos". 2007. 57 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2007. In: RBCEH, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 330-340, set./dez. 2012. In: Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? RBCEH, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 330-340, set./dez. 2012.

DERMATOLÓGICA, Sociedade Brasileira de Cirurgia. Fisiologia da Unha. Disponível em: <<http://www.sbcd.org.br/pagina/1607>>. Acesso em: 24 out. 2015.

ESTATÍSTICA, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 04 out. 2015.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. Hálux Valgo. Disponível em: <www.hancau.net/arquivos/PE_CLASS_II_2011.pdf>. Acesso em: 04 out. 2015.

FERRARI, Sabrina Canhada et al. Patologias no pé do idoso. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p.106-118, jan. 2009.

GUIMARÃES, Maria Carolina et al. Metatarsalgias: Diagnóstico diferencial por meio da Ressonância Magnética. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 4, n. 39, p.297-304, 2006.

GERONTOLOGIA, Sociedade Brasileira de Geriatria e. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/>>. Acesso em: 24 out. 2015.

KAPANDJI, A.i. Fisiologia Articular. São Paulo: Guanabara, 2001.

MARANHO, Daniel Augusto Carvalho; VOLPON, José Batista. Pé Cavo adquirido na doença de

Charcot -Marie- Tooth. Revista Brasileira de Ortopedia, São Paulo, v. 6, n. 44, p.86-479, 2009.

MENZ, H. B. MORRIS, M. E. Footwear characteristics and foot problems in older people. Gerontology, v. 51, p. 346-351, 2005.

MARIN, Maria José Sanches; CARVALHO MACIEL, Mateus de. Caracterização dos problemas relacionados aos pés dos idosos de uma comunidade em município do interior do Estado de São Paulo. Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p.243-253, out. 2014.

NAKAMURA, Roberta. Anatomia e Fisiologia das unhas. Disponível em: <<http://www.roberthanakamura.com/#!anatomia>>. Acesso em: 04 out. 2015.

PINTO, MJ. Os pés do idoso e suas repercussões na qualidade de vida. In: FREITAS EV. Et al Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 3.ed Rio de Janeiro, 2011. p. 1169.

REVISTAPODOLOGIA.COM. Campinas: www.revistapodologia.com. 2012.

SACCO, Isabel de Camargo Neves et al. Envelhecimento, atividade física, massa corporal e arco plantar longitudinal influenciam no equilíbrio funcional dos idosos? Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 22, n. 3, p.91-183, jul.

SANTOS, FH dos. Envelhecimento: um processo multifatorial. SANTOS, FH dos et al. In: Revista Psicologia em Estudo. vol.14, n.1, p.3-10, jan-mar. 2009.

SANTOS, FC dos et al. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento. V.6, n.1, 2009.

SILVEIRA, A. C. M. Pé do idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. (Ed.). Clínica e cirurgia geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 503-512.

TOSTI, Antonella. Doenças da unha - Clínico e Cirúrgico. São Paulo: Luana Livraria Editora, 2007.

VELASCO, Rayanna Maria Paz Nepomucena; MEJIA, Dayana Priscila Maia. Benefícios da bandagem funcional e alongamentos terapêuticos no tratamento de fascite plantar. 2014. 12 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ortopedia, Faculdade Avila, Manaus, 2014.

www.revistapodologia.com
www.shop.mercobeauty.com



Sindicato dos Podólogos do Estado do Rio de Janeiro - SINPOERJ

Rua Álvaro Alvim, 31, grupo 701- Centro - Cinelândia - CEP: 20.031-010

TEL: (21) 3141-8023

Segundas, Terças e Quintas-feiras das 09:00 às 17:00 horas.

www.sinpoerj.org.br - sindicatosinpoerj@gmail.com - Face: Sinpoerj

Trabalho do podólogo no feriado do comércio

Caro podólogos, nos termos do Decreto nº 27.048/1949 é possível identificar duas categorias de empresas que podem trabalhar nos dias destinados a repouso, o que inclui os domingos.

A primeira categoria refere-se às atividades que, em face de exigências de natureza técnica e econômica, gozam de permissão de caráter permanente. A relação das atividades que possuem permissão legal para o trabalho nos dias de repouso e FERIADOS, não havendo falar em necessidade de autorização especial, está exaustivamente elencada ao final do próprio Decreto nº 27.048/1949.

A segunda categoria de circunstâncias excepcionais tem caráter transitório e refere-se àquelas empresas que, em razão do interesse público, ou pelas condições peculiares de suas atividades ou do local onde as mesmas são exercidas, tornem indispensável a continuidade do trabalho, em todos ou alguns dos respectivos serviços. E é exatamente com relação a essa segunda categoria que se aplicam as previsões da recente Portaria 945, do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada em 9 de julho de 2015.

A referida Portaria prevê que a autorização transitória para trabalho aos domingos e FERIADOS civis e religiosos poderá ser concedida de duas formas: (i) mediante acordo coletivo de trabalho específico firmado entre empregadores e o Sindicato representativo da categoria profissional dos empregados (após o devido registro no MTE) ou (ii) mediante ato da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego ("SRTE"), com circunscrição no local da prestação do serviço.

Em caso de celebração de acordo coletivo de trabalho específico para tal finalidade, a citada Portaria estabelece que o instrumento normativo deverá necessariamente versar sobre (i) escala de revezamento; (ii) prazo de vigência da prestação do trabalho aos domingos e feriados civis e religiosos; (iii) condições específicas de segurança e saúde para o trabalho em atividades perigosas e insalubres e (iv) os efeitos do acordo coletivo específico na hipótese de cancelamento da autorização.

Já, em caso de requerimento diretamente perante à SRTE, deverá o pedido ser instruído por: (i) laudo técnico elaborado por instituição Federal, Estadual ou Municipal, indicando a necessidade de ordem técnica e os setores que exigem a continuidade do trabalho, com validade de 4 (quatro) anos; (ii) escala de revezamento, de forma que o gozo do repouso semanal remunerado dos trabalhadores coincida com o domingo, no mínimo, 1 (uma) vez a cada três semanas; (iii) comprovação da comunicação, com antecedência mínima de 15 dias da data do protocolo do pedido feito ao MTE, à entidade sindical representativa da categoria laboral a respeito da autorização para o trabalho aos domingos e feriados; (iv) resposta apresentada pela entidade sindical laboral competente no prazo de 15 dias, se houver.

O podólogo não está inserido na relação do Decreto nº 27.048/1949 como atividade que tem autorização permanente para funcionar nos feriados, da mesma forma que não tem autorização para funcionar de forma transitória, porque não consta no registro do SINPOERJ qualquer pedido de autorização, pelas empresas de podologia, do funcionamento da empresa no feriado.

Por esta razão, as empresas de podologia que exigem que os seus funcionários trabalhem no feriado do comércio estão agindo em desacordo com a Lei, podendo, inclusive, ser multadas. Por esta razão, devem ser denunciadas ao Ministério do Trabalho e procurar o SINPOERJ.

O PODÓLOGO É UM PROFISSIONAL DA SAÚDE, MAS QUANDO ELE TRABALHA EM LOJAS QUE VENDEM PRODUTOS, COMO: talcos, palmilhas e SERVIÇOS que são trabalho do podólogo, ESTA LOJA ESTÁ ATUANDO NA ÁREA DO COMÉRCIO. Não pode ser aceita, portanto, a alegação de que este podólogo está trabalhando no feriado somente por ser profissional da saúde.

Ajude o SINPOERJ a ajudar você. DENUNCIE!



Ajude-nos a ajudá-lo

Associe-se

www.podologo.com.br



Curta nossa
Fan Page no
Facebook

www.facebook.com/abppodologo

Comunicamos que no dia 11/02/2016, participamos de uma reunião com o Deputado Federal José Mentor onde conversamos sobre o Projeto Lei que regulamenta o exercício da profissão de Podólogo. Como sabemos o PL está no Senado esperando inclusão na pauta para votação pelo plenário.

Estamos na reta final da regulamentação da nossa profissão. Fiquem atentos porque nesses próximos dias informaremos nossas ações de apoio à regulamentação da profissão, bem como precisamos de todos engajados nessa luta que é da Podologia geral.

Nosso Movimento: PACTO NACIONAL PELO DESENVOLVIMENTO DA PODOLOGIA BRASILEIRA

(ABP),

Associação Brasileira de Podologia Superior (ABPS)

Associação Iberoamericana de Podologia – AIP

Sindicato de Podólogos do Estado do Rio de Janeiro (SINPOERJ)

Associação Gaúcha de Podólogos (AGP)

Associação Mineira de Podologia (AMPO),

Associação Paranaense de Podologia (APP)

Associação Catarinense de Podólogos (ACAPO)

Associação Cearense de Podologia (referendou as decisões, através do teor das discussões apresentado pelo representante Armando Bega na Jornada Cearense de Podologia)

Curso de Graduação em Podologia – Universidade Anhembí Morumbi

Escola Técnica Senac Aclimação

Curso Técnico de Podologia Senac de São Carlos –SP

Curso Técnico de Podologia Senac de São José do Rio Preto

Curso Técnico São Camilo Minas Gerais

Curso Técnico de Podologia da Universidade de Caxias do Sul -RS -UCS

Pedimos a todos que compartilhem essa mensagem em nossa página no www.facebook.com/abppodologo.com para que chegue a todos os Podólogos do Brasil.

Contando com a colaboração, firmamo-nos,
Atenciosamente,
Salvador Libarino Amorim - Presidente ABP



Salvador Amorim,
Lilia Cordeiro Nascimento,
Armando Bega,
José Mentor,
Renato Butsher Cruz
e Katya Pereira



Linha Spa Mãos e Pés – A excelência em tratamento que faltava no trabalho de podologia e manicure

Agora podólogos e manicures têm uma linha completa para uso exclusivo profissional com produtos formulados à base de própolis, alantoína e chá verde para assepsia, além de manteigas especiais, óleos vegetais, óleo de maracujá e argila para revitalização e hidratação intensa.



Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

Gommage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.

**Tudo que o profissional precisa
O resultado que o cliente quer**

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

