

revistapodologia .com

Nº 39 - Agosto 2011



Revista Digital de Podología

Gratuita - En Español

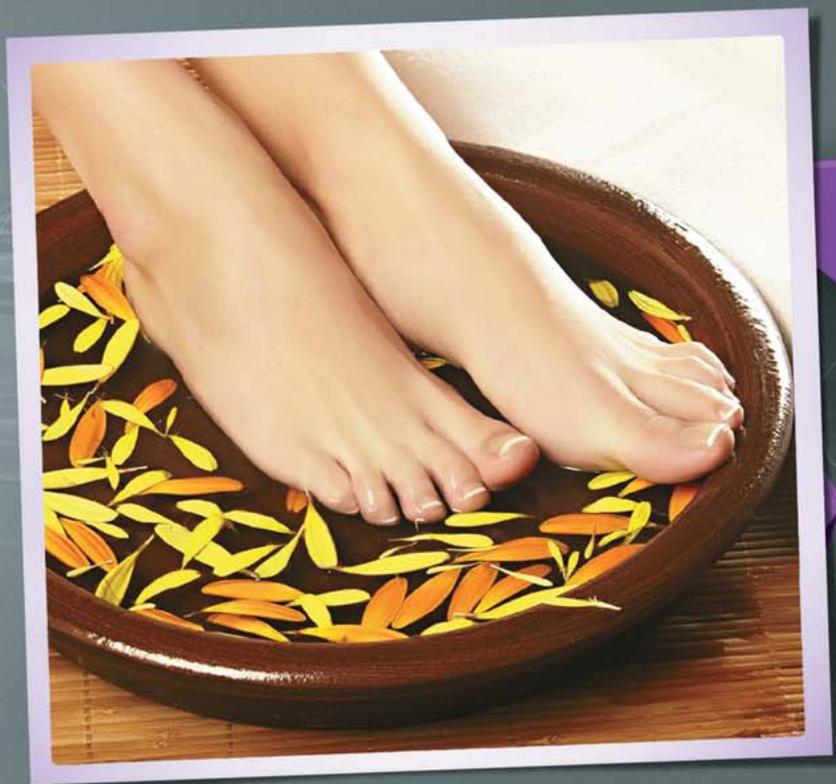
4º Simpósio Latino-Americano de Podologia

Pés em harmonia com o corpo.

12 de setembro - Expo Center Norte - São Paulo - SP



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA



Você não pode perder

- Novidades em técnicas e produtos
- As últimas tendências em procedimentos
- Palestrantes renomados
- Intercâmbio profissional
- Almoço incluso
- Visitação à maior e mais completa feira de cosméticos, beleza e bem-estar das Américas
- 16.000 m² de área exclusiva para estética
- Oportunidade de negócios

Antecipe sua inscrição: 11 3373-4633

Mais informações: www.beautyfair.com.br

congressos@beautyfair.com.br

Acompanhe a Beauty Fair nas redes sociais:



— BEAUTY FAIR —
Feira Internacional de Cosméticos e Beleza



HAIR BEAUTY

O ENCONTRO DA
COIFFURE INTERNACIONAL

8 A 10
OUTUBRO
2011

RIOCENTRO
RIO DE JANEIRO

 **HairBeauty**
EXPO • ESTILO • TÉCNICA

5^a FEIRA INTERNACIONAL DE BELEZA, CABELO E ESTÉTICA

www.hairbeautyexpo.com.br

PATROCÍNIO



APOIO



APOIO EDUCACIONAL



MEDIA SPONSORS



LOCAL



PROMOÇÃO / ORGANIZAÇÃO



Estimado Profesional:

La **Revistapodologia.com** (www.revistapodologia.com) invita usted a participar de la **"III Jornada de Podología"** día **9 de Octubre** en **Rio de Janeiro** - Brasil, en el **Riocentro**.

Nuevo formato de Evento: *Discusión practica de casos en vivo.*

Después de la presentación de un caso por parte del disertante (con el paciente presente) cada uno de los otros disertantes describirá que tratamiento aplicaría en cada caso desde su posición como integrante del equipo multi-profesional, abriendo espacio para preguntas de los congresistas, creando la interesante opción de interactuar con los disertantes generando un importante intercambio de experiencias.

III Jornada de Podologia - Domingo 9 de Octubre

Disertantes y Temas



Israel de Toledo

Podologo/Ortesista - Brasil

Tema:

Diabetes y las Úlceras de Presión.



Carlos Eduardo Zamboni

Físico - Brasil

Tema:

Aplicación del Laser y Led en la podologia. Casos prácticos.



Renato Butsher

Podologo:Profesor - Brasil

Tema:

Ortoplastias en la Prevención de Lesiones de Pacientes Diabéticos.



Marcio Pereira

Podologo/Enfermero - Brasil

Tema:

Visión del podologo en la prevención e intervención del pie diabético. Paciente en vivo.

Después de la disertación del Podologo Marcio Pereira, Fórum abierto de discusión del caso en vivo, donde se podrán hacer preguntas a los disertantes e interactuar con ellos generando un interesante intercambio de experiencias.

Mas informaciones: *currículum de los disertante, horarios, síntesis de los temas, localización del local del evento, etc - www.revistapodologia.com/3_jornada_rio.htm*

Informações:

Congreso: Luana Cloper - luana.cloper@fagga.com.br - Tel: +55 - 21 - 3035- 3197

Comercial: Elie - comercialrj1@fagga.com.br - Tel: +55 - 21 - 3035- 3232

Local del Congreso

Riocentro - Exhibition & Convention Center

Av. Salvador Allende, 6555 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel: +55 (21) 3035-9100 // Fax: + 55 (21) 3035- 9134

www.riocentro.com.br

Fagga Eventos - Rua Conde de Irajá, 260 - 1º andar
Botafogo - CEP: 22271-020 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tels.: (#55-21) 3035-3100 - RJ - (#55-11) 3044-4410 - SP
hairbeautyexpo@fagga.com.br

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 39
Agosto 2011

Director Geral

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Director Científico

Podologo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Corresponsales

Chile Podologo Pablo Farías Mira
pablofar4a@hotmail.com

Cuba Podologa Miriam Mesa
miriam.mesa@infomed.sld.cu

Portugal Podologo Dr André Ferreira
andre_filipe_ferreira@hotmail.com

ÍNDICE

Pag.

- 7 - Fractura Intraarticular del Calcáneo, Decisión Terapéutica.
Dr. Claudio Gabriel Sapoznik. Argentina.
- 20 - Evaluación del Enfoque Multi-SAFE para Personas con Defectos Visuales y Diabetes: Una Técnica Sencilla para Salvar los Pies.
Enfermera Ann Williams. EE.UU.
- 24 - Hidrozonioterapia en el Tratamiento de la Psoriasis Plantar.
Rosângela Façanha. Esteticista y Profesora. Brasil.
- 28 - Clasificación San Elián para Heridas del Pie Diabético.
Dr. Fermín Rafael Martínez de Jesús. México.
- 31 - Reglamentación de la podologia brasilera.
Podologa Janaína de Menezes. Brasil.
- 33 - Proyecto de lei n° 6042/2005.
- 34 - Heberprot-P: adiós amputaciones.
- 35 - PodoNews REVISTAPODOLOGIA.com
- 37 - Fotos del 1° Congreso Nacional de Estudios Científicos Aplicados à Podologia.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 40.

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 3365-1586 - 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 con tenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.

**A qualidade dos produtos Ferrante tem
o reconhecimento do profissional
brasileiro há mais de 80 anos.**



Cadeira Master
Cód. 13945 M1
Opcinais
- bandeja para resíduos
- luminária com exaustor
- bandeja para instrumentos
- suporte universal



Mocho
Cód. 15200



Cadeira Master
Cód. 13945



Luminária
Cód. 17201

Estufa
Cód. 17600

Armário
Cód. 15401

Rua Independência, 661 - Cambuci - São Paulo - SP - CEP 01524-001
Grande São Paulo (11) 2063 7815 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br



FERRANTE
80 anos valorizando o profissional

Fractura Intraarticular del Calcáneo, Decisión Terapéutica.

Dr. Caludio Gabriel Sapoznik. Argentina.

RESUMEN

Introducción

El tratamiento del calcáneo puede ser controvertido, o sea, tratamiento quirúrgico versus tratamiento conservador.

Desde Petit y DeSault (Francia 1720) hasta Sangeorzan, Sanders y Essex-Lopresti (1994), se propusieron las dos posibilidades de tratamiento.

El conocimiento anatómo-quirúrgico del calcáneo es fundamental para resolver esta dicotomía. No solo creemos que el tratamiento de las fracturas intraarticulares debe ser la reducción abierta y fijación interna sino también en caso de gran conminución se debe realizar una artrodesis subastragalina.

Esta postura está avalada por la posibilidad de contar con radiología, tomografía, abordajes adecuados, implantes con mínimo perfil.

Propósito del Trabajo

- Demostrar la importancia de la cirugía en fracturas intraarticulares de calcáneo.
- Establecer la necesidad del seguimiento postoperatorio semanal.
- Determinar el mejor abordaje quirúrgico.
- Aumentar el conocimiento de la anatomía quirúrgica del calcáneo.

Material y Métodos

Población y Muestra: Seguimiento desde enero de 2007 a marzo de 2010 (3 años y 3 meses) 29 casos quirúrgicos, entre 28 y 72 años. 1 sólo caso fue expuesta. 2 artrodesis subastragalinas. Todos pacientes del Servicio de traumatología del Hospital Piñero. Se solicitaron RX de calcáneo perfil, axial y proyección de Broden, y TAC. Utilizamos la clasificación tomográfica de Roy Sanders y cols.

Resultados

Se establecieron los resultados obtenidos mediante la Puntuación de la escala AOFAS (American orthopaedic foot and ankle society). La puntuación promedio previa al tratamiento fue de 17,206 y el puntaje final promedio de 76,275,

la diferencia en cuanto a la mejoría fue de 59,069 puntos, que es muy bueno respecto a los estándares internacionales.

Hubo 2 casos de artrodesis subastragalina de entrada. 1 sola infección que se resolvió con 1 mes de tratamiento antibiótico. Se realizaron seguimientos semanales en forma estricta.

Otra complicación fue el dolor leve a moderado en 5 casos ninguno requirió bastón. No hubo pseudoartrosis, malaalineación, distrofia simpática refleja ni queloides. Hasta el momento no se retiró ninguna osteosíntesis. Hubo flictenas preoperatorias en 8 casos, y se usó injerto de cresta en sólo 4 casos.

Discusión

Los defensores del tratamiento conservador han podido demostrar la disminución de infecciones con el uso de botas de yeso prolongadas. Pero presentan un mayor índice de complicaciones, a saber: distrofia simpática refleja, atrapamientos tendinosos y nerviosos, deformidades, artrosis, pero sobretudo dolor en la marcha.

Conclusiones

- La anatomía quirúrgica del calcáneo es sumamente compleja.
- Es fundamental el seguimiento semanal estricto.
- El abordaje extendido de Gould nos permite una mejor visión y menor daño a los tendones peroneos y Nervio Sural
- No es posible aún utilizar con éxito técnicas miniinvasivas como en otras fracturas.
- Realizamos un 6,89% de artrodesis subastragalina de entrada que coincide con la literatura internacional.

Palabras clave: calcáneo, fractura, artrodesis, subastragalina

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de calcáneo son de los huesos del tarso las más comunes con una incidencia general aproximada al 2%. A pesar de la gran experiencia con este tipo de fracturas hay un consi-

derable debate en relación con su tratamiento y manejo general. Las controversias permanecen respecto al sistema más apropiado de clasificación, opciones de tratamiento, indicaciones quirúrgicas, vías de abordaje y manejo posoperatorio.

La primera descripción precisa del tratamiento de las fracturas del calcáneo ocurrió en 1720 por Petit y DeSault en Francia, en donde recomendaban reposo hasta la consolidación de los fragmentos (3). El primer reporte de reducción abierta con fijación interna (RAFI) fue en 1882 (1). En 1902, Morestin fue el primero en defender la reducción abierta.

En 1913 Leriche fue el primero en usar placas y tornillos para la osteosíntesis. Böhler en el 1931 desarrolla una técnica de tracción que permitió restaurar el ángulo tuberositario (2).

En 1948 Palmer popularizó su método de reducción abierta utilizando un abordaje lateral con injerto óseo, modificando el original sistema de Lenormant y Wilmoth (10)(13).

Otros que impusieron su técnica y clasificaciones fueron Lindsay y Dewar (1958), Hall y Pennal (1958), Letournel (1984) y de 1993 a 1994 se destacaron Bernirschke y Sangeorzan, Sanders y Cols. y Essex-Lopresti.

Existen grandes controversias respecto a la fractura del calcáneo y son debidas a que si bien la idea es reducir anatómicamente aquí suelen haber severas lesiones de las partes blandas, como flictenas, hematomas, síndromes compartimentales, lesión de los peroneos, lo cual no permite una reducción y rehabilitación precoz como pregona al AO. Estas lesiones de partes blandas son debidas a la pobre cobertura cutánea lateral y medial que presenta el hueso en cuestión.

Tanto Cotton y Henderson (1916) como Bankart (1942), escribieron acerca de los "malos resultados de las fracturas por aplastamiento del calcáneo. En 1958, Lindsay y Dewar presentaron una serie importante del Ontario Workmen's Compensation Board, concluyeron que era mejor no operar que realizar la cirugía.

No obstante ello basados en los conceptos de Palmer pasando por los de Hall y Pennal que en 1960 propusieron la artrodesis primaria subastragalina para la reducción del talón ancho en fracturas conminutas (6), llegando a los mas actuales de Roy Sanders sobre los criterios prevalentemente quirúrgicos; nos hemos enrolado en esta postura, a tal punto que desestimamos realizar un trabajo con diseño doble ciego con pacientes con fracturas de calcáneo con tratamiento conservador, que seguimos en muy pocos casos.

Nos apoya dicha postura, no sólo la literatura internacional y resultados publicados favorables respecto de la cirugía sino también por la posibilidad de contar con las imágenes necesarias (radiografías y tomografía axial computada), los nuevos abordajes laterales extendidos, mejores implantes con mínimo perfil y con materiales muy satisfactorios, más allá de nuestras experiencias profesionales como equipo especializado en la patología de la pierna, tobillo y pie que será expuesta a lo largo del presente.

Estudios realizados por autores como Mann (11), Sanders (4)(6) y Myerson (12) combinan la reducción abierta con fijación interna y la artrodesis subastragalina primaria (primary subtalar fusion) en pacientes con gran conminución, mostrando un 80% de buenos resultados con vuelta al trabajo en un promedio de 9 meses.

PROPÓSITO DEL TRABAJO

- Demostrar la necesidad quirúrgica en los casos de fracturas intraarticulares de calcáneo.
- Establecer la importancia del seguimiento relativamente continuo (1 vez por semana) en cuanto al abordaje quirúrgico, y mantención de la reducción durante los 2 primeros meses.
- Pesquisar lesiones asociadas: Fractura en columna lumbosacra, fractura de otro hueso del pie, rupturas ligamentarias (ejemplo: ligamento deltoideo)

Objetivos

- Comparar diferentes sistemas de clasificación y su vínculo con el tratamiento.
- Desestimar la controversia de tratamiento quirúrgico y no quirúrgico.(15)
- Determinar el mejor abordaje quirúrgico (abordaje extendido).
- Aumentar el conocimiento de la compleja anatomía quirúrgica del calcáneo, y sus articulaciones con el astrágalo y el cuboides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y muestra:

En un período que va desde enero de 2007 a marzo de 2010 (3 años y 3 meses) se siguió a una población de 29 pacientes con 31 fracturas de calcáneo, 2 casos fueron bilateral y fueron operados sólo uno de los 2 calcáneos, o sea los que tenían fractura intraarticular, siendo el no articular tratado con bota corta de yeso por 3 meses.

18 pacientes fueron de sexo femenino

Calzado y productos para el cuidado de los pies

Orto-Gama®



Creados para la comodidad de sus pies

**CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA CABALLERO**



**CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA DAMA**



**SANDALIAS DE DESCANSO
ORTO-LADY**



SEPARADOR DE GEL TIPO T



ANILLOS CON DISCO DE GEL



PROTECTOR DE JUANETE



PROTECTOR DEDO TOE CAP



DEDO EN GARRA TOE CREST



PASO SUAVE CON ANILLO



PUNTERA CON GEL



TIN CON GEL DE DAMA



HALLUX VALGUS



TALONERA DE HERRADURA



TALONERA DE DONA



TALONERA DE GEL Y SILICÓN



(62,068%) y 11 masculinos (37,931%). Edades entre 28 y 72 años (promedio: 50).

La causa más común fue caída de altura mayor a 2 metros. 1 sólo caso fue expuesta. 2 con artrodesis subastragalina de entrada (8) por la gran conminución (tipo IV de la clasificación de Sanders)(14).

Todos entraron por la guardia y posteriormente internados en el servicio de ortopedia y traumatología del Hospital Piñero.

Se utilizaron recursos propios y del Servicio.

Diseño metodológico

Descriptivo, prospectivo, transversal.

Criterios de inclusión

- Pacientes con estado de conciencia y general estable,
- Fracturas expuestas que no tengan riesgo de pérdida del miembro,
- Se operaron pacientes con lesiones ampollasas que no estuvieran en la zona de abordaje, y si pasaban por la misma retrasamos unos días la cirugía con el fin de curarlas (9).

Criterios de exclusión

- Fracturas extrarticulares con poco desplazamiento,
- Pacientes con mal estado general,
- Pacientes que nos llegaron en forma tardía (posterior a los 40 días)

Método de diagnóstico

Se solicitaron radiografías de calcáneo lateral, axial, y proyección de Broden (esta última no pudimos realizarlas en todos los pacientes) y tomografía axial computada (TAC) que disponemos en nuestro Hospital. En la incidencia lateral tenemos una información adecuada sobre los ángulos de Böhler y Gissane. (Figura 1)

El ángulo de Böhler (2) está formado por 2 líneas, la primera se dibuja desde el punto más alto del proceso anterior del calcáneo al punto más alto de la carilla posterior, la segunda línea corre tangencial al borde superior de la tuberosidad. El ángulo crucial de Gissane esta formado por 2 fuertes soportes de cortical que se extienden lateralmente y forman un ángulo obtuso, el 1º soporte se extiende a lo largo del borde lateral de la carilla posterior y el 2º se extiende anteriormente hacia el pico del calcáneo.

Se debe considerar la estructura trabecular constituido por: el sistema aquileo, sistema plantar, sistema talámico de contrafuerte, sistema talámico de apoyo y sistema longitudinal superior de apoyo; entre los 2 últimos se encuentra el triángulo de debilidad.

Utilizamos la clasificación tomográfica propuesta por Roy Sanders y colaboradores, basado en secciones coronales, sagitales y axiales utilizando la sección por la superficie más ancha de la faceta posterior del astrágalo, este se divide en 3 columnas mediante 2 líneas, A y B. Estas dos líneas separan la carilla posterior del calcáneo en 3 piezas potenciales, una columna medial, central y lateral.(fig. 1)(14).

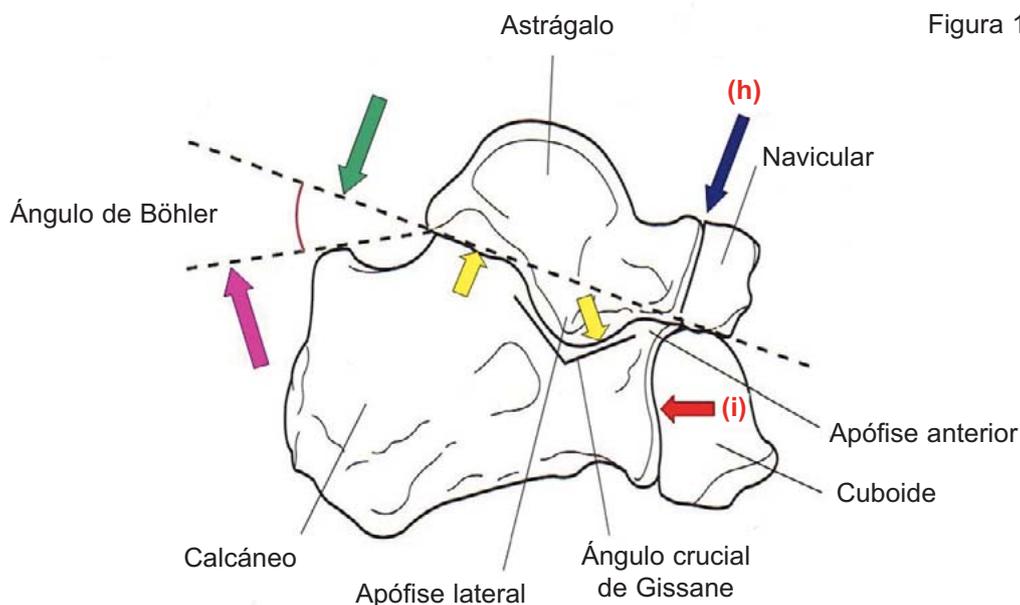


Figura 1

Figura 2 - Clasificación por TAC de R. Sanders y colaboradores.

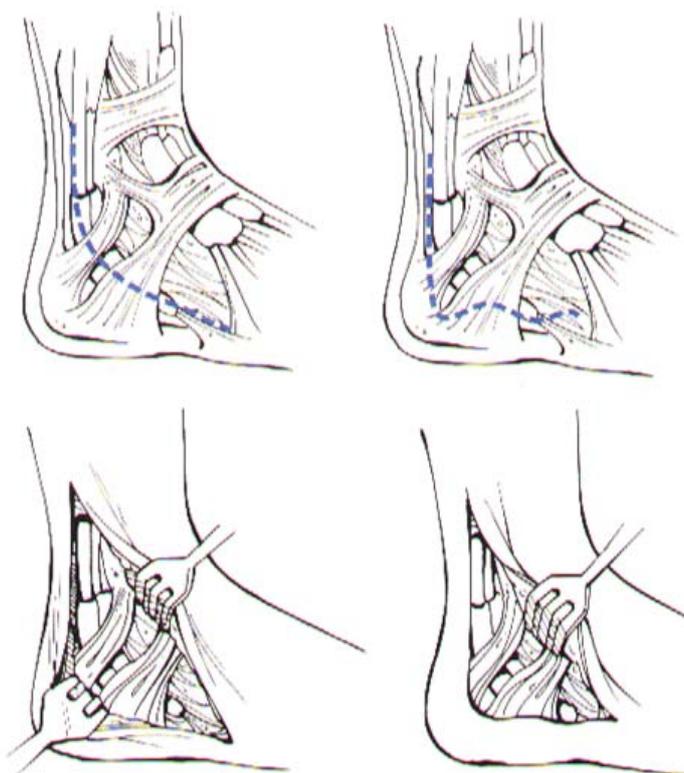
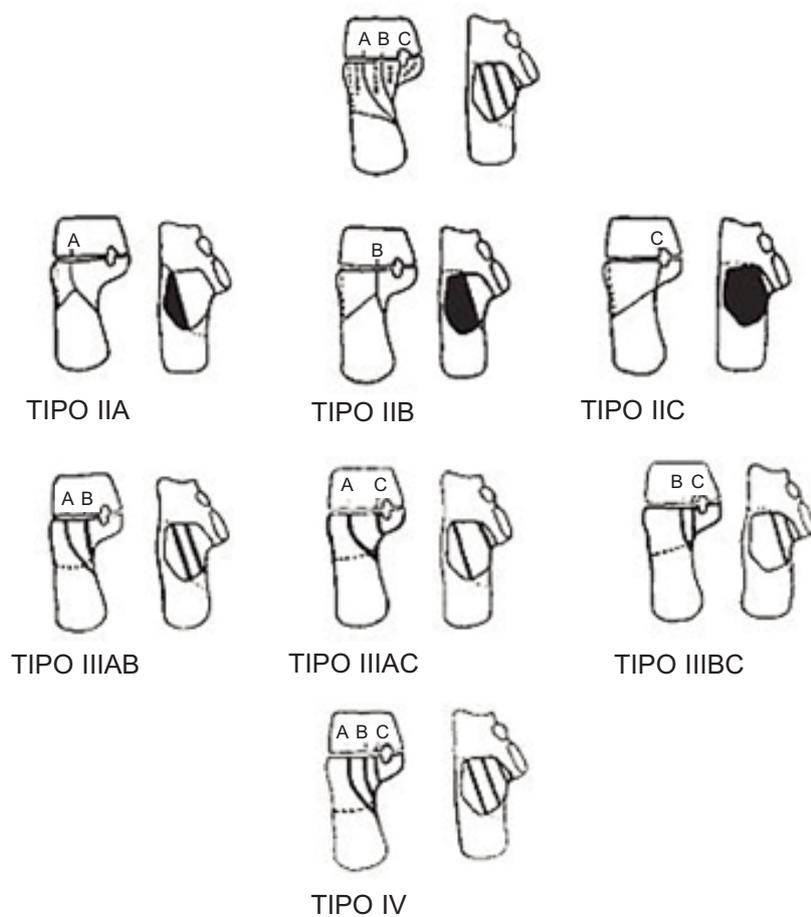


Figura 3 - Abordaje lateral extendido Preoperatoria.



Figura 4 - Marcación Preoperatoria.



Figura 5 - Placa Lambda.

Técnica quirúrgica

paciente en decúbito prono, con realce glúteo, torniquete neumático en muslo, utilizamos el abordaje lateral extenso de Selington modificado por Gould (5)(fig 3 y 4), dado que nos da mejor visión y menor riesgo a lesión del nervio sural y tendones peroneos, usualmente elevamos el fragmento hundido o reducimos mediante clavijas de Kirschner los diferentes fragmentos con control radioscópico (principalmente con incidencia lateral y de Broden), en raras ocasiones utilizamos injerto de cresta. Se termina fijando con placa de bajo perfil, pudiendo ser una tipo Lambda (fig 5 y 6), no usamos drenajes y dejamos una bota corta de yeso.

RESULTADOS

Utilizamos la escala AOFAS para evaluar las distintas evoluciones (TABLA 1). De los 29 pacientes tratados no desertó ninguno hasta el alta. En todos la reducción intraoperatoria se realizó con radioscopia dando resultado satisfactorio en 24 casos y regular en 5.

Según la escala AOFAS el promedio de puntaje inicial previo al tratamiento fue de 17,206 puntos y el puntaje final promedio de 76,275 lo que da una diferencia en la mejoría de 59,069 puntos, lo cual indica un importante parámetro según los estándares internacionales (Tabla 2).

En 1 sólo caso hubo infección superficial, que al mes con antibioticoterapia quedó resuelta (en la única fractura expuesta), en la misma paciente se realizó una de las 2 artrodesis subastragalina.

El apoyo parcial se inició a los 45 días, igual tiempo en el que se retiró la bota de yeso. Sólo se lo dejó hasta los 60 días a las 2 artrodesis

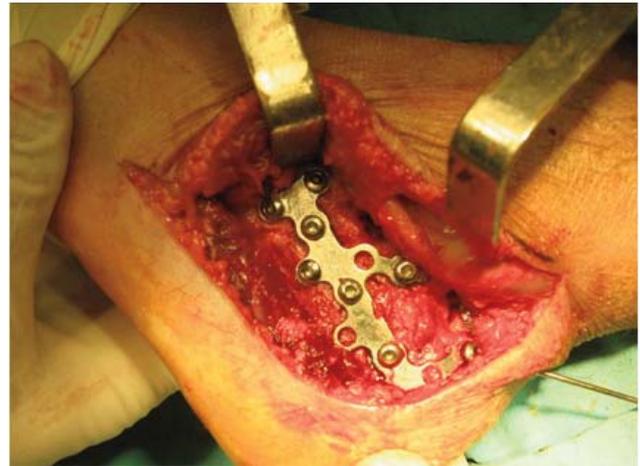


Figura 6 - Reducción abierta + fijación interna.

subastragalina. Las curaciones se hicieron semanalmente en forma estricta por miembros del equipo de pie y tobillo (autores del presente).

Como complicaciones hubo una infección superficial mencionada, un retropie ancho, dolor leve a moderado en 5 casos, alguna claudicación en la marcha que no requirió bastón. No tuvimos pseudoartrosis, valgo o varo (el ensanchamiento fue por consolidación exuberante), tampoco tuvimos distrofia simpática refleja ni queloides (sólo en la región de la cresta dadora de injerto). Se utilizó injerto de cresta en sólo 4 casos. Hasta el momento ninguno requirió retiro de material de osteosíntesis. La vuelta a la actividad laboral demandó entre 7 meses y 1 año.

No tuvimos inconveniente con los pacientes que presentaban flictenas (8 casos), no obstante hemos sido precavidos con los cuidados de las mismas.

DISCUSIÓN

Los defensores del tratamiento conservador han podido demostrar que obviamente disminuyen la morbilidad (básicamente infecciones) con la inmovilización pero en tren de demostraciones debemos aseverar que en fracturas intraarticulares sin reducción abierta y fijación interna existen más complicaciones, a saber: distrofia simpática refleja, atrapamientos tendinosos y nerviosos, deformidades severas, artrosis subastragalina, calcaneocuboidea pero sobre todo, dolor en la marcha.

Es importante aclarar que todavía a los que nos gusta las técnicas miniinvasivas no estamos en condiciones de llevarlas a cabo con éxito.

CONCLUSIONES

Creemos que la anatomía del calcáneo es www.revistapodologia.com 12

Tabela 1 – Escala AOFAS para valorar tobillo y retropie - total 100 puntos

PARÂMETRO	PUNTOS
1. Dolor (40 puntos)	
Ninguna	40
Leve, ocasional	30
Moderado, ocasional	20
Severa, casi siempre presente	0
2. Función (50 puntos)	
2.1. Limitación de las actividades	
Sin limitación, no ayuda marcha	10
Sin limitaciones de actividades diarias, limitación de actividades recreativas, no ayuda marcha	7
Actividades diarias y recreativas limitadas, uso de bastón	4
Severa limitación de actividades diarias y recreativas, bastones, muletas, silla de ruedas	0
2.2. Distancia recorrida máxima en cuerdas	
Mayor que 6	5
De 4 a 6	4
De 1 a 3	2
Menos que 1	0
2.3. Superficies de Marcha	
No dificultad en ninguna superficie	5
Alguna dificultad por algunas superficies, escaleras, etc	3
Severa dificultad por algunas superficies, planos inclinados, escaleras, etc.	0
2.4. Anormalidad en la Marcha	
Ninguna o leve	8
Obvia	4
Marcada	0
2.5. Movilidad en Plano Sagital (flexión + extensión)	
Normal o leve restricción (mayor que 30 grados)	8
Moderada restricción (15 a 29 grados)	4
Severa restricción (menor que 15 grados)	0
2.6. Movilidad del Retropie (inversión + eversión)	
Normal o minimamente restringida (75 a 100%)	6
Restricción moderada (25 a 74%)	3
Marcada restricción (menor que 25 %)	0
2.7. Inestabilidad Retropie (anteroposterior + valgo-varo)	
Estable	8
Inestable	0
3. Alineación (10 puntos)	
Buena, tobillo y retropie alineados	10
Regular, pie plantígrado, con algún grado de malaalineamiento, no síntomas	5
Mala, no plantígrado, severa malaalineación, sintomática	0

Tabela 2 – Resultados del tratamiento pre y postoperatorio según escala AOFAS

	EDAD	DIAGNÓSTICO s/class. Sanders	TRATAMIENTO	PTJ-PRE	PTJ-PO	COMPLICACIONES
1	44	III AC#	R.A.F.I.	21	83	Leve dehiscencia
2	38	III AC	R.A.F.I.	28	85	No
3	32	IV Fract exp	Artrod subastrag*	5	66	Infección superficial curada, retropie ancho
4	59	II B	R.A.F.I.	32	95	No
5	28	III AB	R.A.F.I.	21	78	Dor leve na caminhada
6	67	III AC#	R.A.F.I.	18	62	No
7	45	IV	Artrod subastrag	5	72	Leve dehiscencia
8	72	II A	R.A.F.I.	28	76	No
9	39	III AB	R.A.F.I.	19	72	Dolor leve en marcha
10	43	III AB	R.A.F.I.	21	85	No
11	39	II A	R.A.F.I.	35	76	No
12	54	III BC#	R.A.F.I.	28	74	No
13	29	IV	R.A.F.I.*	16	86	No
14	51	III AB	R.A.F.I.	8	77	No
15	55	III AB	R.A.F.I.	12	86	No
16	68	II B	R.A.F.I.	5	76	No
17	44	III AB#	R.A.F.I.*	0	62	No
18	43	II B	R.A.F.I.	16	82	No
19	40	IV #	R.A.F.I.*	5	74	Retardo en cicatriz
20	63	II B	R.A.F.I.	12	77	No
21	33	II A	R.A.F.I.	18	72	No
22	67	II A	R.A.F.I.	14	68	No
23	65	II C	R.A.F.I.	5	68	No
24	43	III AB#	R.A.F.I.	8	72	Dolor leve en marcha
25	49	II A	R.A.F.I.	21	86	No
26	38	II A	R.A.F.I.	28	88	No
27	69	III AB#	R.A.F.I.	19	74	Dolor moderado en marcha
28	55	III AC#	R.A.F.I.	16	72	Dolor leve en marcha
29	34	III AB	R.A.F.I.	8	68	No

*con injerto de cresta (total:4), #flictenas preoperatoria (total:8)

sumamente compleja, a esto debemos agregar la gran energía en que se producen estas fracturas (por aplastamiento y/o cizallamiento).

Esto fue el desafío que decidimos abordar al iniciar el presente trabajo; con tal respeto que pensábamos que tendríamos un mayor nivel de complicaciones; hay referencias bibliográficas respecto de deseos, severos dolores, osteomielitis, pseudoartrosis y hasta amputaciones que no tuvimos, creemos que se debe al seguimiento estricto y a la rehabilitación (que lo considera-

mos como parte de ese seguimiento)(15).

Si bien el abordaje extendido es mayor al propuesto por Palmer nos permite una mejor reducción y menor lesión (mejor dicho ninguna) del Nervio Sural y Tendones Peroneos; haciendo la aclaración que nos enrolamos en la utilización de la técnica MIPO en otros tipos de fracturas (Figuras 3 y 5).

Es muy probable que nos lleguen con el tiempo secuelas degenerativas que hasta el momento no tuvimos. El índice de artrodesis subastragalina



Figura 7 - RX lateral preoperatorio.



Figura 9 - posoperatorio.



Figura 8 - RX lateral posoperatoria

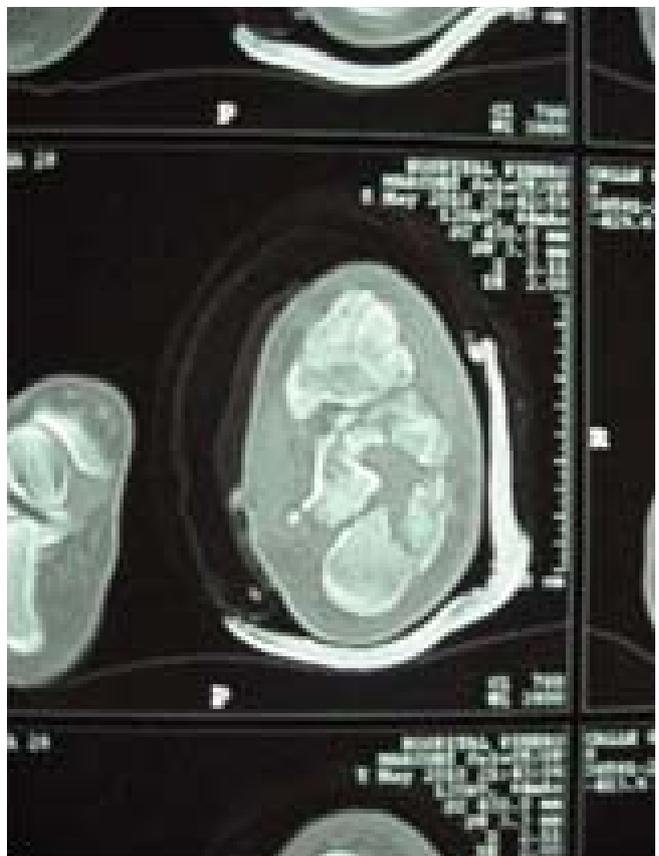


Figura 10 - TAC. de fx Tipo IV



Figura 11 - RX tipo IV



Figura 12 - RX tipo IV, artrodesis subastragalina



Figura 12 - fractura expuesta



Figura 13 - Flictenas (bollas)

de entrada (6,89 %) coincide con las referencias internacionales (4)(6)(12).

Algunos autores de reconocida importancia internacional en la especialidad dicen sobre estas fracturas que “nunca quedan bien”; semejante honestidad nos hace tenerle un mayor respeto a las mismas aún con los resultados favorables que hemos tenido.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Bell C: Statistics of operation in Mr. Bell's Wards: Compound Fracture of Os Calcis. Edinburgh Med. J. 27, 1100, 1882
- 2-Böhler L: Diagnosis, Pathology and Treatment of Fractures of Os Calcis. J Bone Jt Surg 193, 1, 13, 75-89. 1931
- 3-Crosby LA, Kamins P: The history of the calcaneal fracture. Orthop Rev 20: 501-509, 1991
- 4-Dick I. Primary Fusion of the Posterior Subtalar Joint in the Treatment of Fractures of the Calcaneus. J. Bone Surg Br. 72b:

852-859. 1953

5-Gould N. Lateral approach to the os calcis. Foot Ankle. 4. 218-220.1984

6-Hall MC, Pennal GF. Primary Subtalar Arthrodesis in the Treatment of Severe Fractures of the Calcaneus. J Bone Surg Br. 42b: 336-343. 1960

7-Harvey EJ, Grujic CML, Early JS, Benirschke SK, Sangeorzan BJ: Morbidity associated with ORIF of intra-articular calcaneus fractures using a lateral approach. Foot Ankle Int. 22. 868-879. 2001

8-Huang PJ, Fu YC, Cheng YM, Lin SY: Subtalar arthrodesis for late sequelae of calcaneal fractures: Fusion in situ vs. fusion with sliding corrective osteotomy. Foot Ankle Int. 20. 166-170. 1999

9-Kaplan FTD, Koval KJ: The treatment of fracture blisters about the foot and ankle. In: Concepts of foot and ankle trauma. Foot Ankle Cl. 4. 487-497. 1999

10-Lenormant C, Wilmoth P, Lecoeur P: A Propos du traitement Sangiant des Fractures du Calcaneum. Bull Mem, Soc Nat Chir. 54: 1353-1355. 1928

11-Mann RA, Beaman DN, Horton GA. Isolated Subtalar Arthrodesis. Foot Ankle Int. 19: 511-518. 1998

12-Myerson MS. Primary Subtalar Arthrodesis

for the Treatment of Conminuted Fracture of the Calcaneus. Orthop Clin North Am. 26: 215-227. 1995

13-Palmer I: The Mechanism and Treatment of Fractures of the Calcaneus: Open Reduction with the Use of Cancellous Grafts. J Bone and Joint Surg. 30-A: 2-8. 1948

14-Sanders R, Fortin P, Dipasquale T, et al: Operative treatment in 120 displaced intra-articular calcaneal fractures; Results using a prognostic computed tomography scan classification. Clin Orthop 290, 89. 1993

15-Thordarson DB, Krieger LE: Operative vs. nonoperative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus. Foot Ankle Int 20: 2-9. 1996.

Dr. Claudio Gabriel Sapoznik

Argentino.

Médico - Kinesiólogo.

Professor de: Universidad Favaloro,
Universidad Abierta Interamericana e
Universidad de Buenos Aires.

Email: claudiosapoznik@2vias.com.ar

web: www.clinicasapoznik.com.ar

MASTER FOTON PODOLOGIA

É FOTOPOLIMERIZADOR
FUNGICIDA e
BACTERICIDA !!!



IDEAL PARA O TRATAMENTO DE:

- ONICOMICOSE
- MICOSES DE PELE
- GRANULOMAS
- FERIDAS DIABÉTICAS

FOTOPOLIMERIZADOR



ANVISA
80355369001

Contatos: #55 (011) 2693.3723
email: vidaeden@yahoo.com.br



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.

Gomage 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



XVI MEGA Jornada Internacional de Podologia

Programa

Currículo dos palestrantes no site: www.armandobega.com.br

Dia 13 de novembro de 2011 (Domingo)

MESAS TEMÁTICAS:

- ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS DE INTERESSE DA PODOLOGIA**
 - 08:10h **PATOLOGIAS DE PELE NOS PÉS DOS ATLETAS** (Bernat Vasquez – Espanha)
 - 08:40h **LESÕES DE PELE DE INTERESSE DO PODÓLOGO** (Regina Gante – Brasil)
 - 09:10h **MIASE NAS MARGENS LATERAIS E PERIONIQUIO DO HÁLUX**
UM ESTUDO DE CASO (Fátima Monachesi – Brasil)
 - 09:40h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** Coordenador: Armando Bega
 - 10:00h **Café e Visita aos estandes** (50 minutos)
- ONICOCRIPTOSE**
 - 10:50h **ONICOCRIPTOSE – DIFERENTES TIPOS DE ABORDAGENS**
(Federico Saldarini – Argentina)
 - 11:20h **ONICOCRIPTOSE – DIFERENTES TIPOS DE ABORDAGENS**
(Renato Butsher – Brasil)
 - 11:50h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)**
Coordenador: Rosangela Garoto
 - 12:20h **Almoço** (2 horas de almoço)
- PÉ DIABÉTICO**
 - 14:20h **AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO E CASOS CLÍNICOS** (Federico saldarini – Argentina)
 - 14:50h **PACIENTES COM PÉS DIABÉTICOS**
(VIVÊNCIA DE UMA PODÓLOGA NA CIDADE DE MOSSORÓ – RN) (Adriana André – Brasil)
 - 15:20h **LASERTERAPIA EM PÉS DIABÉTICOS** (Marco Cuello – Chile)
 - 15:50h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** Coordenador: Silvana Flora Melo
 - 16:10h **Café e visita aos estandes** (30 minutos)
- ÓRTESES PLANTARES E ALTERAÇÕES POSTURAS RELACIONADAS COM OS CAPTORES PODAIS**
 - 16:40h **AVALIAÇÃO DA MARCHA E NOVAS TECNOLOGIAS EM CONFEÇÃO DE ÓRTESES PLANTARES** (Armando Bega – Brasil)
 - 17:10h **O BLOQUEIO DO SACRO E SUAS IMPLICAÇÕES NO POSICIONAMENTO DOS PÉS EM ESTÁTICA E DINÂMICA** (Rosangela Garoto – Brasil)
 - 17:40h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** Coordenador: Renato Butsher
 - 18:00h **Fim do 1º dia**

Organização:

CETAP
(11) 2772-0702

instituto
ARMANDO BEGA
(11) 2876-1986

Consultoria:
Renato Bulgarão
(11) 7373-6200

Dia 14 de novembro de 2011 (Segunda)

- A NATUREZA E A PODOLOGIA:**
 - 08:00h **ÓLEOS ESSENCIAIS: O PODER DAS PLANTAS AUXILIANDO NAS TERAPIAS ANTIFÚNGICAS. DESAFIOS E OPORTUNIDADES EM CASOS DE ONICOMICOSE**
(Gyzelle Pereira Vilhena do Nascimento – Brasil)
 - 08:30h **ÓLEOS ESSENCIAIS E CONFORTO NOS TRATAMENTOS DE PODOLOGIA: CIÊNCIA E TECNOLOGIA NA PRODUÇÃO E APLICABILIDADE DOS ÓLEOS ESSENCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE** (Fernando Amaral – Brasil)
 - 09:00h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** - Coordenador: Rosangela Garoto
- ATUALIZAÇÃO EM PODOLOGIA (FÁRMACOS, EQUIPAMENTOS, TERAPIAS E INSUMOS)**
 - 09:20h **PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO DE ONICOMICOSE POR TERAPIA FOTODINÂMICA – Parceria entre Instituto de Física IFSC-USP São Carlos & Curso de Podologia Universidade Anhembi Morumbi UAM**
 - 09:40h **TERAPIAS EM ONICOMICOSE E ATUALIZAÇÕES TERAPÊUTICAS EM PODOLOGIA** (Parcerias IAB)
 - 10:30h **Mesa Redonda (Perguntas aos palestrantes)** - Coordenador: Renato Butsher
 - 10:50h **Café e visita aos estandes** (40 minutos)
- AULA MAGNA – MANHÃ:**
 - 11:20h **TUDO QUE O PODÓLOGO PRECISA SABER PARA MONTAR UM CONSULTÓRIO DE PODOLOGIA CONFORME A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E COMO MANTER AS BOAS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA**
(Ruy Dammenhain & Adriana Gibotti – Brasil)
 - 12:00h **Perguntas ao palestrante** - Coordenador: Armando Bega
 - 12:20h **Almoço** (2 horas)
- OFICINA – AO VIVO**
 - 14:20 **EXPLORAÇÃO DA EXTREMIDADE INFERIOR** (Monserrat Marugan – Espanha)
- BIOMECÂNICA DOS MEMBROS INFERIORES:**
 - 14:50h **INFLUÊNCIA DO PÉ NO SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO** (Bernat vasquez – Espanha)
 - 15:10h **ENTORSE DE TORNOZELO** - (Monserrat Marugan – Espanha)
 - 15:30h **O USO DE BANDAGENS ELÁSTICAS NA PODOLOGIA – KINESIO TAPING**
(Rosangela Garoto – Brasil)
 - 15:50h **Mesa Redonda** - Coordenador: Armando Bega
 - 16:10h **Café e visita aos estandes** (40 minutos)
- PALESTRA DE ENCERRAMENTO:**
 - 16:50h **ORTONIQUIA: NOVA TÉCNICA “SILICON ROLL NAIL” e “ACRYLIC ROLL NAIL”**
(Marco Cuello – Chile)
 - 17:20h **Perguntas ao palestrante** - Coordenador: Renato Butsher
 - 17:30h **Sorteio de brindes**
 - 18:00h **Encerramento**

Informe-se a respeito de promoções para grupos de alunos e escolas:

INSCRIÇÕES ATÉ: 12 de Setembro de 2011

INVESTIMENTO:

Profissionais: 3 x 96,00 = R\$ 288,00

Estudantes: 3 x 87 = R\$ 261,00

INSCRIÇÕES APÓS 12 de setembro de 2011 (se houver vaga)

INVESTIMENTO:

Profissionais: R\$ 380,00

Estudantes: R\$ 320,00

Inscrições através do site:

www.armandobega.com.br

ou Tel.: (0xx11) **2772-0702**

Local do Evento

Av. Rebouças, 600 - Cerqueira César - CEP 05402-000 - São Paulo - SP - Brasil

Dentro do Complexo do Hospital das Clínicas HC de São Paulo (Metrô Clínicas)

Feira de Exposição

- Entrada Franca
- **26 expositores** no ramo da podologia e afins.

Você receberá ainda:

- 1 Os resumos dos trabalhos apresentados (anais) para seu desenvolvimento científico
- 2 Brinde personalizado para todos os participantes, além dos tradicionais sorteios

Evaluación del Enfoque Multi-SAFE para Personas con Defectos Visuales y Diabetes: Una Técnica Sencilla para Salvar los Pies.

Enfermeira Ann Williams. EE. UU.

Las consecuencias humanas y económicas de los problemas del pie de origen diabético pueden ser terribles. El pie de una persona se puede volver vulnerable debido a distintas complicaciones diabéticas. Lesiones nerviosas, problemas vasculares y retraso en la curación de heridas pueden generar una ulceración crónica. El final de una úlcera cuya infección no consiga curarse puede ser una amputación, uno de los resultados más temidos y costosos de la diabetes. Las personas con diabetes que también tienen un trastorno visual corren un riesgo aún mayor de problemas graves y amputación del pie. Para quienes tienen una buena vista, los esfuerzos por prevenir las amputaciones suelen incluir la educación para examinarse uno mismo el pie; a las personas con trastornos visuales se les suele aconsejar que busquen la ayuda de una persona vidente para que les inspeccione los pies todos los días. La experiencia clínica sugiere que las personas con trastornos visuales apenas siguen este consejo. En este artículo, Ann Williams explica por qué y nos habla sobre un proyecto de los EEUU en el cual las personas con diabetes y trastornos visuales aprenden técnicas para examinarse los pies utilizando varios sentidos y que se espera reduzca la amenaza de complicaciones graves, incluida la amputación.

Las dimensiones globales de la amenaza procedente de los problemas del pie de origen diabético fueron destacadas por la Federación Internacional de Diabetes en una reciente campaña de concienciación: cada 30 segundos alguien pierde una extremidad inferior por causa de la diabetes. Tratar y cuidar a una persona con enfermedad del pie diabético puede resultar caro: tras una amputación, una persona necesitará hospitalización prolongada, rehabilitación, cuidados en casa y servicios sociales.

En los países desarrollados, hasta un 5% de las personas con diabetes tiene úlceras del pie y se calcula que su tratamiento consume hasta un 15% de los recursos sanitarios disponibles. En los países en vías de desarrollo, los costes de tratar a las personas con problemas de pie diabético podrían representar hasta el 40% de estos recursos. Con el aumento de los casos de diabetes en los países de ingresos medios y bajos (los porcentajes más altos de aumento en los próximos 30 años tendrán lugar en África y Asia), en donde los recursos sanitarios ya están limitados y el envejecimiento de la población sigue en aumento, las complicaciones del pie están listas para

convertirse en un gasto importante para las economías emergentes y una amenaza para el progreso socioeconómico en las regiones en desarrollo.

Las personas con diabetes que también tienen un trastorno visual corren un mayor riesgo de amputación que quienes ven bien.

Sin embargo, hasta un 85% del total de problemas del pie de origen diabético se pueden prevenir si se adoptan las medidas apropiadas. Esto se puede lograr mediante una combinación de buenos cuidados del pie y la educación apropiada. Las personas que son conscientes de la importancia de un autocuidado apropiado y han adquirido los conocimientos y técnicas necesarios para identificar los problemas en una etapa precoz pueden evitar amputaciones y otros problemas graves, evitando infecciones y, como resultado, amputaciones, protegiendo así su salud y su movilidad a largo plazo.

Mala vista, riesgo alto

Las personas con diabetes que también tienen un trastorno visual corren un riesgo aún mayor de problemas graves del pie y amputación. Mientras que un número cada vez mayor de sus iguales con buena visión en países de todo el mundo tiene acceso a una educación preventiva y protectora para el autoexamen del pie, a las personas con trastornos visuales se les suele recomendar que pidan ayuda a una persona con buena vista para que realice la inspección diaria del pie. La experiencia clínica sugiere que las personas con trastornos visuales apenas siguen este consejo. La ayuda de una persona vidente podría no estar disponible. De estarlo, la persona con trastornos visuales podría preferir utilizarla para otras necesidades aparentemente más urgentes, como salir a comprar alimentos o recoger y manejar los medicamentos. El estatus de las relaciones familiares o de las condiciones locales en cuanto a prestación de atención en el hogar por parte de los servicios de salud y sociales y/o los proveedores de seguros se encuentran entre los factores que pueden dejar a una persona con diabetes y trastornos visuales sin los recursos necesarios para prevenir unas lesiones del pie discapacitadoras. Pensemos en las situaciones a las que se enfrentan las personas reales descritas en el Cuadro 1. Sin la capacidad de

inspeccionar sus propios pies, las personas con trastornos visuales suelen omitir sencillamente las inspecciones del pie en el hogar.

Proteger los pies con multi-SAFE

Nuestro grupo está trabajando para encontrar una respuesta de eficacia económica para este problema multifacético. La técnica de sentidos múltiples y examen del pie (Multiple Senses and Foot Examination, Multi-SAFE) es un procedimiento sencillo, de baja tecnología que utiliza los sentidos del tacto y el olfato para realizar uno mismo un examen del pie a conciencia y sistemático. La persona utiliza los dedos para detectar cambios de forma y textura de los pies, los tobillos, los dedos y las uñas; el dorso de la mano o el antebrazo con el fin de detectar cambios de temperatura, y la nariz para detectar olores poco habituales del pie que podrían ser señal de infección (en el Cuadro 2 encontrará más detalles sobre este enfoque). Aunque esta técnica sencilla se ha utilizado clínicamente durante algunos años, no se había evaluado formalmente previamente utilizando métodos de investigación.

Las personas con trastornos visuales simplemente suelen omitir las inspecciones del pie en el hogar.

En la actualidad estamos investigando a través del Estudio sobre Inspección No Visual del Pie para Personas con Trastornos Visuales (Nonvisual Foot Inspection for People with Visual Impairment Study) la eficacia, aceptabilidad y viabilidad de la técnica Multi-SAFE en comparación con la atención habitual (aconsejar que una persona vidente realice diariamente exámenes del pie). Treinta adultos con trastornos visuales y diabetes están participando en este estudio.

Al inicio, todos los participantes recibieron clases de educación integral para el autocontrol diabético en grupos pequeños, haciendo especial hincapié en todos los aspectos de los cuidados del pie: lavado habitual y protección adecuada de los pies, inspección habitual de los pies, informar a tiempo de cualquier problema a un podólogo. Con respecto a la inspección habitual de los pies, el grupo experimental recibió educación sobre la técnica Multi-SAFE, mientras que al grupo de control se le aconsejó que pidiesen a una persona vidente que les revisase los pies con regularidad. Poco después de completar las clases de educación para el autocuidado, cada grupo se reunió para que un grupo temático compartiese su opinión sobre las clases y, en concreto, sobre el método de revisión de los pies que había aprendido. Se ha planeado que un grupo temáti-

CUADRO 1: ESTUDIOS DE CASOS

Mary es una mujer de 32 años con diabetes tipo 1. Hace 10 años, perdió totalmente la vista debido a la retinopatía diabética. Completó un programa integral de rehabilitación y hoy vive sola en una ciudad de los EEUU. Trabaja para un gran banco, utilizando un ordenador con un programa de voz. Suele tomar el autobús o un taxi al trabajo o para ir de compras. Controla su diabetes utilizando un glucómetro parlante, una pluma de insulina y una serie de herramientas y técnicas distintas para personas con trastornos visuales. Aunque está muy unida emocionalmente a su familia, no viven cerca. Cuando le dijeron que necesitaría que una persona vidente le inspeccionase los pies todos los días, contestó: "Eso no va a poder ser. ¿A quién le voy a pedir que haga algo así por mí?"

Tim es un varón de 76 años con diabetes tipo 2. Hace cinco años, fue perdiendo gradualmente gran parte de su visión debido a la degeneración macular causada por la edad. Es viudo y vive cerca de su hija y de su familia. Todos los días le llaman para ver qué tal está. Sin embargo, debido a que todos llevan una vida bastante atareada, Tim suele ver a su hija en persona tan sólo una vez por semana, que viene a hacer la compra y otro tipo de recados. Es una persona muy independiente y ha aprendido a llevar su casa y a controlar su diabetes utilizando técnicas para personas con poca visión. Por ejemplo. Utiliza un glucómetro con números de tamaño grande, grandes puntos de colores para sus botes de medicación oral para identificarlos y un libro de registros de glucemia con letras de tamaño grande. Cuando se le dijo que una persona vidente tenía que revisarle los pies a diario, sintió que no podía pedirle a su hija que le hiciese ese favor. Por lo tanto, no se revisa los pies en absoluto.

co por cada grupo de clase presente sus opiniones al final del año de estudio sobre el uso real del método de revisión del pie a lo largo de un período de 12 meses. Después se comparará la información cualitativa de los grupos temáticos con el fin de evaluar la aceptabilidad del método Multi-SAFE en comparación con los cuidados habituales.

Todos los participantes se han sometido a una valoración podológica integral de base. Durante el siguiente año, los participantes seguirán sometiéndose a valoraciones del pie al menos trimestralmente, o con más frecuencia si fuese necesario. En caso de que surja algún problema del pie, los podólogos documentarán si el problema lo descubrió el participante o un familiar en casa o si fue el podólogo el primero en detectar el problema. Esta información se utilizará para evaluar la eficacia del método Multi-SAFE en

comparación con los cuidados habituales para la detección de problemas del pie.

Accesibilidad incorporada

Debido a que todos los participantes del estudio tienen algún grado de trastorno visual, el equipo de investigación ha prestado estrecha atención a la incorporación de la accesibilidad en todas las fases de la investigación. Se utilizan letras de tamaño grande, grabaciones de audio y Braille para comunicarse con e informar a los participantes (según sus preferencias). Se ofrece transporte a todas las actividades del estudio. En las clases de educación para el autocontrol, los educadores de diabetes incluyeron información sobre herramientas y técnicas para la atención diabética utilizados por personas con trastornos visuales, como glucómetros parlantes y técnicas para identificar los medicamentos o para medir e inyectar la insulina. Además, se dio un conjunto completo de cuadernillos que cubría todas las áreas de la atención diabética a todos los participantes junto con una grabación para que pudiesen revisar la información en casa.

Siguientes pasos

Es bastante posible que la técnica Multi-SAFE pueda ofrecer beneficios a las personas con buena vista. Muchas personas, especialmente quienes son mayores o tienen exceso de peso, tienen problemas para verse la base de los pies a pesar de tener una vista perfecta. Además, el uso intencional de más de un sentido podría mejorar la revisión visual diaria de los pies.

Se espera que el método Multi-SAFE demuestre ser una solución sencilla, eficaz y de bajo coste para todas las personas con trastornos visuales y que corren el riesgo de desarrollar problemas de pie diabético. Estamos deseando que los resultados sean estimulantes. Si éste fuese el caso, los investigadores planean desarrollar y extender el estudio.

Enfermera Ann Williams

Enfermera Ann Williams es la investigadora principal del estudio "Inspección No Visual del Pie para Personas con Trastornos Visuales" (Nonvisual Foot Inspection for People with Visual Impairment Study). Es enfermera titulada en educación diabética desde 1989 y en la actualidad miembro del equipo docente de la Facultad de Enfermería Frances Payne Bolton de la Universidad Western Reserve de Cleveland (EEUU).

Para saber más...

Boulton AJ, Armstrong DG, Albert SF, et al. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the

QUADRO 2: ALGUNAS TÉCNICAS NO VISUALES DE INSPECCIÓN DEL PIE

Las personas con diabetes que tan sólo ven un poco o que no ven en absoluto pueden inspeccionarse los pies utilizando los sentidos del tacto y el olfato. Al quitarse los zapatos y los calcetines, debería notarse el olor de los pies. A muchas personas no les huelen los pies muy bien, pero nunca deberían tener un olor terrible. Un olor excepcionalmente malo puede ser señal de infección. Algunas veces los pies empiezan a oler mal uno o dos días antes de que aparezca ningún otro signo de infección. A continuación, se deberían revisar los pies con los dedos de las manos. Las yemas los dedos son extremadamente sensibles a los cambios de textura y forma, así que se deberían utilizar para revisar en busca de pequeños cortes, durezas, callos, inflamación y cualquier cambio de la forma del pie. Se necesita un enfoque sistemático para revisar toda la superficie de los pies, primero uno y luego el otro, empezando por la parte superior, la base y los lados del dedo gordo, por ejemplo, prestando especial atención a la base de las uñas. El mismo procedimiento se deberá repetir en el siguiente dedo del pie. Se deberá prestar atención a todos los dedos del pie, el borde exterior del pie, el talón y el borde interior, seguidos de toda la planta y el empeine.

Tras revisar con los dedos el empeine, la base y los lados del pie, se debería inspeccionar el pie utilizando el dorso de la mano. Esta parte de la mano es la más sensible a los cambios de temperatura y permitirá a la persona notar cualquier punto caliente. Es probable que un punto caliente esté inflamado, lo cual podría ser señal de infección.

American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. Diabetes Care 2008; 3: 1679-85. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/8/1679.long>. International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot. International Diabetes Federation. Brussels, 2009. Available from: <http://www.iwgdf.org> American Diabetes Association. Foot Care. ADA. Alexandria, 2008. Available from: www.diabetes.org/type-2-diabetes/foot-care.jsp

Agradecimientos

Este proyecto cuenta con el apoyo del programa BRIDGES. Este es un proyecto de la Federação Internacional de Diabetes, patrocinado mediante una subvención educativa de Lilly Diabetes.

*Esta materia fue publicada con autorización de la **Revista Diabetes Voice** editada por la **Federación Internacional de Diabetes** extraída del **Nº 56 de Junho 2011**, Edición Especial.*



4°

Congresso Brasileiro de Podologia Hair Brasil

25 março 2012 Expo Center Norte - SÃO PAULO

**CONHEÇA OS NOVOS PROCEDIMENTOS E PROTOCOLOS
PROFISSIONAIS DO SETOR DE PODOLOGIA**

**Participe da HAIR BRASIL, o mais influente evento
de beleza e estética da América Latina**

www.hairbrasil.com

Evento conjunto à

HairBrasil
Profissional
11ª Feira Internacional de Beleza, Cabelos e Estética
24-27 março 2012

Em cooperação com

**universidade
anhembi
morumbi**
Mundialmente criativa e inovadora
Laureate International Universities

Apoio institucional

**intercoiffure**
MONDIAL
PARIS · TOKIO · LONDON · ROMA
NEW YORK · BERLIN

**intercoiffure**
MONDIAL
PARIS · TOKIO · LONDON · ROMA
NEW YORK · BERLIN
B R A S I L

Hidrozonioterapia en el Tratamiento de la Psoriasis Plantar.

Sra Rosângela Façanha. Esteticista e professora. Brasil.

Conducta y descripción

La psoriasis es una patología auto inmune, inflamatoria, benigna, crónica, relacionada a la transmisión genética, por diversos factores desencadenantes. Esta enfermedad, que causa impactos en la vida del portador en razón de cuestiones relacionadas a preconceptos en ambientes sociales y locales de trabajo, puede ser controlada con auxilio de tratamiento especializado.

Infelizmente, todavía no se supo como prevenirla. Las reacciones en el tejido cutáneo son diversas, incluso lesiones de misma forma, en la misma región. Ejemplo, una lesión en los pies, los dos pies tendrán la misma lesión en el mismo local y de forma idéntica. La descamación en la camada cornea es intensa, pudiendo evolucionar para heridas.

Se manifiesta con inflamación en las células de epidermis camada granular, los queratinocitos, provocando el aumento exagerado de su producción, que se va acumulando en la camada cornea formando placas rojas de descamación emblanquecida o plateadas. Eso en medio a un proceso inflamatorio e inmunológico local. El sistema inmunológico local, formado por los linfocitos T, es activado como si el tejido cutáneo tuviese sido agredido. Como resultado de la acción, liberan sustancias mediadoras de la inflamación, llamadas citocinas que aceleran el ritmo de proliferación de los queratinocitos, produciendo mas queratina de lo que lo normal

De acuerdo con el aspecto y localización

- **Psoriasis vulgar:** placas rojizas bien definidas, con escamas secas. Presentase en las regiones, del cuero cabelludo, de los codos, de las rodillas y ombligo. Cuando las placas retroceden, acostumbra a dejar las áreas afectadas más claras;

- **Psoriasis invertida:** lesiones húmedas, localizadas en los pliegues del cuerpo (entre las nalgas, región genital, etc.);

- **Psoriasis gutata:** pequeñas y numerosas lesiones en forma de gota que surgen en el tronco, brazos y muslos y están asociadas a infecciones, principalmente de la garganta;

- **Psoriasis eritrodérmica:** ocurre en 75% del cuerpo o más;

- **Psoriasis ungueal:** las alteraciones ocurren en las uñas, principalmente en las manos, siendo la principal característica la separación de estas;

- **Psoriasis artropática:** compromete, principalmente, articulaciones de las puntas de los dedos, pero puede estar presente en las rodillas o codos;

- **Psoriasis pustulosa:** lesiones estables con pus, localizadas en las palmas de las manos y plantas de los pies;

- **Psoriasis palmo-plantar:** involucramiento de las palmas de las manos y/o planta de los pies, pudiendo presentar grietas;

- **Artritis psoriásica:** inflamación articular que ocurre, principalmente, en los dedos de las manos. Promueve dolor, dificultades en los movimientos y alteraciones en la forma de las articulaciones.

Procedimientos Estéticos Aplicados:

- Exposición solar mejora el cuadro, que generalmente está peor en el invierno.

- Exposición a rayos ultra-violeta – lámparas específicas

- Exposición a rayos infra-rojos – lámparas específicas

- La exfoliación mecánica ofrece la liberación de las escamas y, ha demostrado mejor resultado que el peeling abrasivo cosmético.

- El uso del ácido glicólico 10% tiene la función del ablandamiento de la camada cornea (escamas).

- La alta frecuencia repara las lesiones, influenciando directamente en la cicatrización de las mismas.

- La hidratación con crema pesada A/O, la humectación es fundamental.

El ozono, como es trivalente, actúa sobre las células fijas del organismo, trayendo acción por intermedio del oxígeno naciente, oxígeno activo, que tiene la facultad de expulsar la defensa de su constitución, por la eliminación de los agentes nocivos que intentan paralizarlas para de ellas se alimentaren”.

El ozono destruye todos los gérmenes nocivos, consumidos por la combustión, además de todos los residuos de los alimentos no asimilables; pro-

cediendo así la desintoxicación y la limpieza en las más recónditas y minúsculas partículas del cuerpo, dejando todo en perfecta orden, para que la acción de las células se procesa sin trabas y demasiados esfuerzos.

El procedimiento con ozono apoya los eritrocitos en el desempeño de sus funciones biológicas, esta puede ser la razón para un mejor suplemento del oxígeno después de un procedimiento con el O3. El ozono mejora la respiración celular por diversos mecanismos, a través de la recuperación de las propiedades de flujo del sangre (flexibilidad), del aumento de la tasa de glicólisis en los eritrocitos, del aumento de 2,3 dpe (difosfoglicerato), de la recuperación de la liberación del o2, de la activación de enzimas que participan en la limpieza de los radicales libres del oxígeno o peróxidos, de la descarbonización oxidativa del piruvato y, por fin, de la activación de la corriente respiratorio por la oxidación tóxica en la oxidación del citocromo.

El ozono en aplicación tópica activa la fagocitosis, inducción de enzimas (dismutase superóxida), limpieza de lesiones, desinfección y efecto inmune-activo local.

El ozono ejerce un efecto bactericida principalmente en la presencia del agua, en los casos de curativos y heridas.

El beneficio de la masoterapia en la psoriasis son:

Activación de la circulación sanguínea, mejo-

rando la nutrición celular por las maniobras realizadas, consecuentemente la renovación celular que es constante. La camada granular, responsable por la multiplicación de queratina, por los queratinocitos deben ser observados, el prurito (picazón) también es una reacción incómoda para el paciente. De esta forma, el masaje relaja pues influencia el sistema nervioso periférico, ofreciendo sensación de bien estar al paciente.

El resultado final fue satisfactorio, como demostrado en las fotos abajo, el “spa de los pies” en la psoriasis palmo plantar da al paciente un relajamiento progresivo. También la utilización de la aromaterapia y la aplicación del oleo de lavanda favorece en la cicatrización de las lesiones.

La hidrozonioterapia aplicada en los pies con psoriasis plantar, genera desbridamiento de las escamas de queratina, promueve asepsia en el tejido cutáneo de los pies, fomenta el afinamiento de la capa cornea y, prepara la piel para recibir los activos cicatrizantes. La hidrozonioterapia en los pies es aplicada en 2 (dos) sesiones semanales, 25 minutos de procedimiento. Resultando en una piel limpia, sin escamas, pronta para recibir los tratamientos subsecuentes.

La psoriasis es una patología crónica, inflamatoria, auto inmune, sin cura, mas la tecnología en estética proporciona para los pacientes acometidos por la enfermedad un arsenal de instrumentos para su mejora y, promoviendo la auto-estima.



Tratamiento de la Psoriasis Plantar con Hidrozonioterapia.



Rosângela Façanha

Esteticista y Profesora.

Graduación en Tecnología en Belleza,

Estética e Imagen Personal

Coordinadora de la pós graduación

lato sensu de la Universidad Iguazu

Presidente del SINDETERJ.

zanafacanha@ig.com.br

Blog: rosangelafacanha.blogspot.com





REG 80382730001

OZONOMATIC®

a renovação diária da saúde, beleza e prazer

Hidro Ozonoterapia

No seu corpo e aos seus pés a maior dádiva da natureza:
Oxigênio Ativo



saiba mais sobre Hidro Ozonoterapia em
www.youtube.com/ozonomatic

SORTEIO 09 de Outubro
Gerador + KIT de Acessórios



Em breve OZONRELIVE

Lançamento da 1ª Linha de Dermocosméticos com Ozônio no Brasil.
Oxigênio Ativo, Calêndula, Vitamina E, Ácido Hialurônico e Ácido Alfaipóico.
Saiba mais acessando: www.angevan.com.br

■ 27 de Agosto São Paulo **Curso de Hidro-Ozonoterapia**

Local: Century Paulista Flat, Paraíso - São Paulo Das 8h às 19h. Veja a programação preliminar no site: www.rio3.com.br.

■ 09 de Outubro Rio de Janeiro **Iº Congresso Brasileiro de Hidro-Ozonoterapia**

Angevan convida todos os profissionais da área da saúde para o Iº Congresso Brasileiro de Hidro-Ozonoterapia.

Local: Hotel Windor Barra, Barra da Tijuca - Rio de Janeiro Das 8h às 19h. Veja a programação preliminar no site: www.rio3.com.br.

■ 11 de Outubro Rio de Janeiro **IIIº Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas**

Local: Hotel InterContinental, São Conrado - Rio de Janeiro Das 8h30 às 18h. Acesse o site: www.jzkenes.com.

**Angevan
Ozonomatic®**

INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES

Angevan Design - ozonomatic@angevan.com.br - Skype: angevan
Rua Gomes Carneiro, 112 - grupo 202 - Ipanema - Rio de Janeiro
www.angevan.com.br

21 2522-1885
21 8151-4807



Clasificación San Elián Para Heridas del Pie Diabético

Paciente **Fecha**

Califique de 1 a 3 puntos de gravedad, incluya el puntaje de 0 en caso de ausencia de factor agravante.

FACTORES ANATÓMICOS TOPOGRÁFICOS

1. Localización inicial (zona de la herida) Puntos

1. Leve o Falangica. Herida primaria en dígitos con o sin extensión al resto del pie extensión al resto del pie.
2. Moderada o Metatarsal. Herida primaria con o sin extensión al resto del pie.
3. Grave o Tarsal. Herida primaria en medio o retropie (talón) con o sin extensión a todo el pie.

2. Aspecto Topografico Puntos

1. Leve o Dorsal o plantar. - 2. Moderado o Lateral. - 3. Grave / Dos o más aspectos.

3. Numero de zonas afectadas Puntos

1. Una - 2. Dos - 3. Todo el pie. (Herida múltiples).

FACTORES AGRAVANTES

4. Isquemia (Perfusión) Puntos

0. Sin isquemia Sin signos ni síntomas de enfermedad arterial periférica. Pulsos pedio y/o tibial posterior palpables, o ITB 0.90-1.2; o IDB 0.75 o presión tobillo o presión dedo > 80mmHg o PTC02 >80mmHg O Registro doppler de onda trifásica o cualquier otro estudio que demuestre perfusión normal.
1. Leve. Con / sin signos y síntomas de enfermedad arterial periférica o pulsos y/o TP ligeramente disminuidos o ITB 0.7-0.89 O IDB 0.60-0.75 o presión tobillo 70-80mmHG o presión dedo 55-80 mmHg o PTC02 50-60 mmHg o registro doppler de la onda bifásico o cualquier otro estudio que demuestra isquemia leve.
2. Moderada. Pulsos pedio y/o TP muy disminuidos o ITB 0.50-0.69 o IDB 0.30-0.59 o presión 55-70 o presión dedo 30-54 mmHg o PTC02 30-49 mmHg o registro doppler de la onda monofásica o cualquier otro estudio que demuestra isquemia moderada.
3. Grave o critica. Clínicamente pie isquémico; pulso pedio y/o TP ausentes o ITB <0.5 o IDB <0.30 o presión tobillo <55mmHg o presión dedo <30mmHg; PTC02<30mmHg o registro doppler de la onda aplanada o cualquier otro estudio que demuestre isquemia critica.

5. Infección Puntos

0. Sin síntomas ni signos de infección.
1. Leve. Eritema 0.5- 2 cm, Induración, color, dolor, y descarga purulenta.
2. Moderada. Eritema > 2 cm, absceso, necrosis, fasciitis, osteomielitis y/o artritis.
3. Grave. Respuesta inflamatoria y/o Hiper-hipoglucemia grave o difícil control secundaria a la sepsis.

6. Edema Puntos

0. Sin edema.
1. Leve. Localización al área perilesional.
2. Moderado. Unilateral y/o ascendente todo el pie.
3. Grave. Bilateral secundario a enfermedad sistémica.

7. Neuropatía Puntos

0. Sin neuropatía
1. Leve o Inicial. Disminución sensibilidad con el monofilamento de SW de 10 gr. En 2/3 sitios y de la vibratoria con diapason de 128Hz. En el hallux.
2. Moderada o Avanzada. Ausencia de sensibilidad: monofilamento y vibratorio.
3. Grave. neuro-osteo-artropatia diabética (NOAD) o Charcot.

DR. FERMÍN R. MARTÍNEZ DE JESÚS COORDENADOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

FACTORES DE AFECCIÓN TISULAR DE LA HERIDA

8. Profundidad Puntos

1. Leve o superficial. Ulcera que afecta el espesor de la piel.
2. Moderada o parcial. Afecta toda la piel, fascias, tendones, músculos y probable afección asea superficial, sin osteomielitis.
3. Grave o total. Afección de todos los planos que incluyen hueso y articulación.

9. Área Puntos

1. Leve o pequeña. Igual o menor de 10.
2. Moderada o mediana. Entre 11 y 40.
3. Grave o grande. Mayor de 40.

10. Fase de cicatrización Puntos

1. Leve o en epitelización. - 2. Moderada o granulación. - 3. Grave o inflamación

Puntaje final Grado

Grado	Gravedad	Puntuación	Diagnóstico
I	Leve	≤ 10	Bueno para cicatrización exitosa y evitar amputación.
II	Moderado	11 a 20	Amenaza de pérdida parcial del pie. Pronóstico relacionado a una terapéutica correcta con buena respuesta biológica del paciente.
III	Grave	21 - 30	Amenaza la extremidad y la vida. Resultado independiente del uso de una terapéutica correcta por mala respuesta biológica.

Envío a otro centro Sim/No Hospitalización Sim/No Amputación Mayor Sim/No

CUADRO DE SEGUIMIENTO Y REPUNTUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA HERIDA*								
PACIENTE								
Fecha								
Procedimiento terapéutico **								
Factores (1-3) e L,M,G								
Localización inicial								
Aspectos afectados								
Número de zonas afectadas								
Isquemia								
Infección								
Neuropatía								
Edema								
Profundidad								
Área								
Fase de cicatrización								
Puntuación total								
Diferencia acumulada								
Grado								
Médico y/o especialidad Nombre y firma								
Hospital o clínica								
* Sistema De San Elián. Recalificar cuantas veces sea necesario con un mínimo de una semana ** Intervención quirúrgica (desbridación, amputación menor o mayor, revascularización etc.) y/o procedimiento adyuvantes (VAC, PBK, piel sintética, cámara hiperbárica, injertos, etc.)								

Martinez de Jesus FR. A checklist system to score healing progress of diabetic foot ulcers. Int J of lower extremity wounds 2010;9:74-83.

DR. FERMÍN R. MARTÍNEZ DE JESÚS COORDENADOR DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO

ECCO[®]



Laser Red Photo Therapy

“O melhor tratamento
para os pés”

100% APROVADO

ONICOMICOSE **CURA**

ONICOCRIPTOSE **CURA**

FISSURA CALCÂNEA **CURA**

VERRUGA PLANTAR **CURA**

Totalmente natural
Não invasivo
Uso terapêutico



INMETRO

ANVISA

80323310002

À venda no **Shop da revistapodologia.com**
www.shop.mercobeauty.com

REGLAMENTACIÓN DE LA PODOLOGÍA BRASILEÑA

Em 2005, a ABP- Associação Brasileira de Podologia, sob a direção, na época, de José Correia Ramos, Celso Luiz de Freitas, Joaquim Fernandes Augusto e Lília Cordeiro do Nascimento, tiveram a iniciativa de apresentar ao Deputado Federal José Mentor (PT- SP) Minuta de -Projeto de Lei que regulamenta a profissão de podólogo.

A proposta, hoje Projeto de Lei 6042/2005 define algumas atribuições para o podólogo, entre outras: prognosticar e tratar podopatias superficiais dos pés, preparar moldes para órteses e próteses, orientar pacientes sobre medidas preventivas. Condição para o exercício da profissão: ter certificado de ensino médio e diploma de graduação em podologia, ficando assegurado o exercício da profissão aos pedicuros e técnicos em podologia, que estejam desempenhando a atividade há pelo menos 5(cinco) anos, devidamente registrados nos Centros de Vigilância Sanitária, Estaduais. E formação dos Conselhos Federais e Regionais de podologia com a finalidade de disciplinar, fiscalizar e defender a classe.

O projeto está hoje na Câmara dos Deputados foi aprovado por unanimidade pela Comissão de Seguridade Social e Família; Comissão de Trabalho, Comissão de Administração e Serviço Público. Estando atualmente na 3 e última Comissão, da Câmara, a de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), tendo como relator o Dep. Federal Arnaldo Farias de Sá (PTB-SP). O Deputado fez um relatório favorável a nossa regulamentação. No seu parecer, ele coloca que a regulamentação da profissão de podólogo atende os requisitos formais e materiais constitucionais para a regulamentação de uma profissão. No momento, a nossa proposta já estava pronta para ser votada no CCJ, quando foi retirada de pauta, temporariamente pelo Dep. José Mentor em virtude do Ministério do Trabalho ter enviado uma nota técnica se posicionando contra a regulamentação da profissão de podólogo, com as seguintes justificativas:

- Para que um projeto de lei de regulamentação de uma atividade profissional, seja aprovado, é necessário observar os comandos constitucionais dos arts.5º inciso XIII, e 170, parágrafo único, que estabelecem o princípio da liberdade de exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão e de dois verbetes da Comissão de Trabalho, de Administração e Serviços Públicos (CTASP). Para a relatoria, é de suma importância a adequação do projeto de lei que, poderá ser aprovado, desde que atendidos, cumulativa-

mente, os seguintes requisitos:

Verbetes nº 1, de 26 de novembro de 2001

- a) Que a atividade exija conhecimentos teóricos e técnicos;
- b) Que seja exercida por profissionais de curso reconhecido pelo Ministério da Educação, quando for o caso;
- c) Que o exercício da profissão possa trazer riscos de dano social no tocante à saúde, ao bem-estar, à liberdade, à educação, ao patrimônio e à segurança da coletividade ou dos cidadãos individual;

Verbetes nº 2, de 28 de maio de 2008

- a) Que não proponha a reserva de mercado para um segmento em detrimento de outras profissões com formação idêntica ou equivalente;
- b) Que haja a garantia de fiscalização do exercício profissional; e
- c) Que se estabeleçam os deveres e as responsabilidades pelo exercício profissional.

É possível transpor este posicionamento do Ministério do Trabalho, pois sabemos que o profissional que exerce a podologia tem curso regulamentado pelo MEC - Ministério de Educação e Cultura através dos cursos técnico em Podologia e Tecnólogo, este último, consta no Sistema de Regulação do Ensino Superior - Curso de Podologia - grau Tecnólogo - código 106660 - Universidade Anhembi Morumbi.

A podologia exercida por profissionais sem conhecimento técnico e científico sobre a matéria, oferece riscos a sociedade principalmente em se tratando do pé diabético. Lembrando o voto do Dep. Federal Neilton Mulin, que se posicionou a favor da nossa regulamentação, na Comissão de Saúde, "O controle da atividade de podologia é relevante para a saúde pública, uma vez que exigem um adequado manuseio de instrumentos cortantes que podem causar lesões e contaminações".

Devemos nos organizar, pois é possível mudar esta situação com a mobilização dos podólogos e simpáticos a podologia em todo país.

Janaina de Menezes - Presidente do SINPOERJ
 Sindicato dos podólogos do Estado do Rio de Janeiro
www.sinpoerj.com.br
janapodologa@ig.com.br

Proyecto de Ley N° 6042/2005

Del Diputado José Mentor

Dispone sobre el ejercicio de la profesión de Podólogo y de otras providencias.

El Congreso Nacional decreta:

Art. 1° - Esta ley reglamenta la profesión de Podólogo.

Art. 2° - El ejercicio de la profesión de podologo, en todo el territorio nacional, solamente es permitido cuando atendidas las cualificaciones establecidas en esta ley.

Art. 3° - Es de competencia del podologo el ejercicio de las siguientes actividades y funciones, conforme inserido en la Clasificación Brasileira de Ocupaciones – C.B.O. del Ministerio del Trabajo y Empleo.

I – Pronosticar y tratar las podopatias superficiales de los pies y deformidades pódales, valiendose de instrumentales adecuados, medicamentos de uso tópico.

II – Tratar de las podopatias con afecciones y infecciones, alinear lamina ungueal (oni-coectomia), efectuar curativos y atender emergencias.

III – Promover protecciones y correcciones podologicas, preparar moldes y modelos para ortesis y prótesis.

IV – Escuchar y orientar pacientes sobre medidas preventivas, bien como explicar técnica de procedimientos;

V – Se responsabilizar técnicamente por consultorios, clínicas, laboratorios de ortesis, establecimientos y hospitales con ambulatorio de Podología, pudiendo promover ventas de insumos de uso podologico;

VI – Empezar actividades educativas y orientaciones en la esfera pública y privada, promoviendo la mejoría podologica de la población;

VII – Emitir pareceres técnicos dentro de su área de actuación.

Art. 4° - Son condiciones para el ejercicio de la profesión de Podologo:

I – Ser portador de certificado de conclusión de ensino medio o equivalente;

II – Tener diploma de habilitación profesional expedido por escuelas que ministran cursos de graduación en Podología conforme orientación de la ley de Directrices y Bases vigentes.

III – Mantener registro en las Secretarias del Estado de la Salud, en sus respectivos Centros de Vigilancia Sanitaria. Párrafo único – Queda asegurado el ejercicio de la profesión a los Podólogos (Enfermero Pedicuro, Pedicuro y Técnico en Podología), que estén en desempeño de sus actividades hace por lo menos 5 (cinco) años, debidamente registrados en los Centros de Vigilancia Sanitaria – CVS estadales.

Art. 5° - Son deberes de podologo:

I – Trabajar con Bioseguridad; higienizar el local de trabajo, usar EPI (equipamiento de protección individual), esterilizar el instrumental, acondicionar instrumentales cortantes para descarte, acondicionar basura contaminada para incineración;

II – Demonstrar competencias personales; trabajar con ética, cuidar de la higiene y apariencia personal, saber manipular materiales, productos químicos y medicamentos para uso en el atendimento de los pacientes y actualizarse profesionalmente.

Art. 6º - Serán creados oportunamente los Consejos Federales y Regionales de Podología, con la finalidad de disciplinar y defender la clase descrita en esta ley.

Art. 7º - Esta ley entrara en vigencia en la fecha de su publicación.

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de ley, que presentamos, visa atender parte de una categoría que presta inestimables servicios a la población y que tuvo su primer registro legal en la década de 30.

Aunque, desde 1981, para la formación de un podologo sea necesario curso regular en escuelas legalmente autorizadas por el Ministerio de Educación, desafortunadamente hasta la presente data no fue reglamentada esta importante profesión.

Eses profesionales actúan de forma a mejorar los pies de personas que necesitan tratamientos, principalmente los diabéticos y otras personas portadoras de podopatias. El podologo, también, es responsable técnico por consultorios podologicos, establecimientos comerciales de podología, laboratorios de ortesis podologicas, distribuidora de productos podologicos y afines.

Por la relevancia de la actividad, que dice respecto directamente a la salud de la población, se hace necesaria su reglamentación, viendo el buen desempeño profesional, incluso, con la creación de los respectivos Consejos Federal y Regional, que puedan fiscalizar esos profesionales.

Se estima que la carencia de atendimento podologico adecuado alcance aproximadamente 60.000.000 brasileños. Esa situación es agravada por el fato de estos profesionales se concentran en la esfera privada, debido a la escasez de recursos del sector público: el no reconocimiento profesional impide la disponibilidad de verbas en los presupuestos públicos.

Por otro lado, la reglamentación de la profesión de Podologo, limitando su ejercicio a las personas legalmente habilitadas, evitará que personas sin ningún conocimiento técnico presten servicios en esa área, poniendo en riesgo la salud de portadores de patologías podologicas de las más diversas.

Por la alta relevancia de la materia y estando en perfecta armonía con el Verbete nº 01 de la Súmula de Jurisprudencia de la Comisión de Trabajo, Administración y Servicio Público de la Cámara de los Deputados, de 26 de setiembre de 2001, que versa sobre Reglamentaciones de Profesiones, es que presentamos el presente Proyecto de Ley, esperando contar con el apoyo de los ilustres deputados para su aprobación.

Sala das Sessões, em 10 de outubro de 2.005.

José Mentor - Deputado Federal PT/SP

HEBERPROT-P: ADIÓS AMPUTACIONES

La Habana, junio 25 - Heberprot-P es un novedoso medicamento de uso inyectable, desarrollado por científicos cubanos del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) de conjunto con especialistas del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular.

Es un fármaco indicado para estimular y sostener la cicatrización de ulceraciones crónicas de todo tipo de los miembros inferiores de pacientes diabéticos.

Sus propiedades terapéuticas, su modo de aplicación y su nicho de indicaciones son únicos a nivel mundial y resuelve a entera satisfacción una importante necesidad médica, económica y social hasta hoy no resuelta.

Múltiples y profundos estudios experimentales en el CIGB durante los últimos 15 años avalan con creces el empleo de este novedoso producto, cuyo principio activo es el factor de crecimiento epidérmico humano recombinante.

Este medicamento, en formulación inyectable y administrado a través de infiltraciones en el borde y dentro de la lesión, entra de lleno, como refrescante oasis, en el amplio mundo de la diabetes mellitus y sus indeseables complicaciones.

Las cifras más tristes

En el mundo existe la respetable cifra de 300 millones de personas con esta enfermedad, número que pudiera duplicarse en los próximos años. En Cuba se encuentran registrados cerca de medio millón de diabéticos. Se estima en aproximadamente 12 000 los pacientes con úlceras y el número de amputados sobrepasa la cifra de 1 000.

Tristemente aporta el 84% de las amputaciones de miembros inferiores como lóbrega secuela del llamado "pie diabético", ulceraciones crónicas en esta parte del cuerpo en el 15 y el 20% de los pacientes diabéticos, a desarrollar en algún momento de sus vidas. De ellos, entre el 10 y el 25% terminan con algún tipo de amputación.

Puede decirse que cada 30 segundos una persona con diabetes de ambos sexos está siendo amputada en alguna institución de salud del mundo. Cerca del 50% puede sufrir una segunda amputación de la otra extremidad inferior. Tras una amputación mayor, menos del 50% de los amputados sobreviven en los siguientes 5 años. El resultado de la ecuación es igual a un significativo deterioro de la calidad de vida de estos enfermos y gastos considerables para los sistemas de salud.

Un Milagro Cubano

Las ventajas del tratamiento con Heberprot-P revierten con creces este sombrío panorama. Sin necesidad de practicar ningún tipo de cirugía mutilante, su aplicación inyectable intralesional en las úlceras del pie diabético acelera su cicatrización inclusive en aquellas profundas y complejas, reduciendo también el número y la extensión de las extirpaciones o debridaciones del tejido muerto o necrosado.

Evitando también las recidivas, hay una evidente reducción del tiempo de cicatrización y se previenen otras complicaciones como la gangrena y las infecciones.

Este producto nacido en Cuba ha sido validado por los parámetros más altos en cuanto a investigación clínica se refiere y se encuentra patentado y llevado ya a múltiples países de América, Europa y Asia.

Invención cubana multipremiada internacionalmente, recibió este año la medalla de oro de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y también el Premio al Mejor Inventor Joven, en la trigésimo novena edición de la Exposición Internacional de Invenciones de Ginebra, Suiza.

En nuestro Servicio de Endocrinología con el concurso de las Licenciadas en Podología y de conjunto con destacados angiólogos del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, por lo demás nuestros más próximos vecinos, destinamos una parte sustancial de nuestro tiempo en la aplicación



del Heberprot-P a los diabéticos que requieran este tratamiento.

Los resultados, con sabor a milagro, reafirman nuestra fe inquebrantable en este portento nacional único en el mundo actual.

Contactos

Prof. Dr. Alberto Quirantes Hernández
 Profesor de Medicina y Jefe del Servicio de Endocrinología
 Hospital Docente "Dr. Salvador Allende"
 Ciudad de la Habana - Cuba - E. mail: alberto.quirantes@infomed.sld.cu

HEBERPROT-P: GOOD-BYE, AMPUTATIONS (english version)

La Habana, August 2011.- Heberprot-P is a new injectable medicine developed by eminent cuban scientists at the national Genetic Engineering and Biotechnology Center (CIGB), together with highly qualified professionals of the National Institute of Angiology and Vascular Surgery.

It is a drug for stimulating and sustaining scar formation for chronic ulcers of all types on the lower extremities of diabetic patients.

Its therapeutic properties, method of application and niche indications are unique internationally, and fulfill, completely satisfactorily, an important medical, economic and social need that had not yet been resolved.

Many detailed experimental studies by the CIGB over the last 15 years more than guarantee the use of this new product, whose active ingredient is recombinant human epidermal growth factor.

This medication, in an injectable formula and administrated through infiltrations on the edge of and in the lesion itself, has entered like a refreshing oasis in the expansive world of diabetes mellitus and its undesirable complications.

The Saddest Figures

Worldwide, some 300 million people have this condition, a number that could double in the coming years.

In Cuba, about half a million diabetics are registered. The number of patients with ulcers is estimated at about 12,000, and the number of amputees is in excess of 1,000.

Unfortunately, 84% of lower-limb amputations as an effect of so-called diabetic foot, chronic foot ulcers suffered by 15 to 20 percent of diabetes patients at some point in their lives. Ten to 25 percent of these patients will end up having some kind of amputation. It could be said that every 30 seconds, a diabetes patient of either sex is being amputated in a health center somewhere in the world. About 50 percent of these patients undergo a second amputation on their other lower limb.

After a major amputation, fewer than 50 percent of amputees survive for more than five years.

The outcome of this equation is a significant deterioration in quality of life for these patients, and considerable expenses for the healthcare system.

A Cuban Miracle

The advantages of treatment using Heberprot-P are turning around this gloomy situation. Without the need for any type of disfiguring surgery, its application through intralesional injection into the diabetic foot ulcers accelerates their scar formation, even for deep and complex ones, also reducing the number and spread of extirpation and debridement of dead or necrotic tissue.

In preventing recidivism, there is an evident reduction of time for scar formation, and other complications are avoided, such as gangrene and infections.

This product created in Cuba has been validated by the highest standards in terms of clinical studies, and has been patented and taken to many countries in the Americas, Europe and Asia.

Heberprot-P has won many international awards, including the World Intellectual Property Organization (WIPO) Gold Medal and the Best Young Inventor Award at the International Invention Exhibition in Geneva, Switzerland.

In our endocrinology services, with the help of podologists and together with outstanding angiologists from the National Institute of Angiology and Vascular Surgery, who are also our next-door neighbors, we allocate a good part of our time to applying Heberprot-P in cases of diabetics who require this treatment.

The outcome, which can seem like a miracle, reaffirms our unshakeable faith in this unique national wonder for today's world.

COLEGIO DE PODOLOGOS UNIVERSITARIOS DE TUCUMÁN - CO.P.U.T informa:

El día 22/07/2011 se llevó a cabo la Asamblea Ordinaria con la renovación de autoridades.
Nomina de la nueva Comisión Directiva período 2011-2013

Presidente: **Pdgo. Jorge Castoldi** - Secretaria: **Pdga. Adriana López**
Tesorera: **Pdga. Ana María Giménez** - Vocal I: **Pdga. María Ester Saavedra de Pérez**
Tribunal de Ética:
Pdgo. José Antonio Arrieta - Pdgo. Mario Muruaga Conesa - Pdga. Elba Ofelia Arias
Revisores de Cuenta: **Pdga. Juana Albornoz - Pdga. Brenda Larrosa Fabeiro**

Personería Jurídica Decreto N° 3055/14/SSG del 22 de Noviembre de 1968.
Sede: Mendoza 1057 – TEL: (0381) 4214797 – San Miguel de Tucumán - Argentina - CP: 4000
Nuevo email: colpodologostuc@hotmail.com

Comisión Directiva CO.P.U.T.

Associação Brasileira de Podólogos - ABP informa:

Diretoria biênio 2011/12

Presidente: **Pdga. Lilia Cordeiro** - Vice-Presidente: **Pdgo. Salvador Libarino Amorim**
1o. Secretário: **Pdgo. Marcos dos Santos Garcia** -
2a. Secretária: **Pdga. Isabel Cristina do Nascimento**
1a. Tesoureira: **Pdga. Roseli Silva Bueno** - 2a. Tesoureira: **Pdga. Silvana Fabi**
Diretor de Patrimônio e Marketing: **Pdgo. Celso Luiz Freitas**
Conselho Fiscal: **Pdgo. Pedro Pistori, Pdga. Paula Faria,**
Pdga. Maria Haruko Takeuchi e Pdga. Sheila Casonato Vital.

A **Associação Brasileira de Podólogos - ABP**, fundada em 04/12/1964, foi criada para orientar a população a buscar assistência podológica de qualidade e constantemente estamos procurando melhorar o nível de formação dos profissionais da Podologia.

Hoje, a Podologia está passando por momentos de crescimento, e isso é muito importante para os profissionais que são habilitados. Infelizmente, por não ser uma profissão regulamentada, temos que ingolir cursos livres, a longa distância, CD e DVD, etc...

O PROJETO REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, a criação dos conselhos fiscalizadores e elevação da profissão a nível superior são necessárias para que assistência podológica melhore a qualidade de vida das pessoas e não causadora de complicações. A assistência podológica é uma lacuna na assistência a saúde e que aos poucos está sendo preenchida por profissionais devidamente habilitados em cursos específicos conforme determina a Portaria 16/68 do SNFME. E com isso, atualmente é raro extrair unhas (onicoectomia) e operar calos, o que era rotina no passado pelo desconhecimento e até pela falta de profissionais da Podologia, hoje em Brasília tramita na Câmara o Projeto Lei - PL 6042/2005, tão logo, tenhamos novidades passaremos à todos.

Portanto, contamos com o apoio de colegas, pessoas e entidades que estão preocupados com a Saúde na Podologia.

Metas da ABP para esse biênio: Regulamentação da Profissão, cursos, eventos, congressos, parcerias com empresas e outras associações, cadastramento dos Podólogos e elevar o número de Associados.

Os interessados em associar a ABP, mencione essa revista (Revistapodologia.com) e ganhe dois (2) bimestres na inscrição (válido período desta edição). Quanto mais sócios tivermos mais forte ficaremos. AJUDE A ASSOCIAÇÃO A AJUDAR VOCÊ....

Atenciosamente, Salvador Amorim - Vice-Diretor

ABP, estabelecida à Av. Prestes Maia, 241 - 21o. andar - conj. 2111 - São Paulo - SP.
Cep. 01031-001 - fone: 3311-7550 - E-mail: podologo@podologo.com.br
Site: www.podologo.com.br

12° COSMO
BEAUTY
CONGRESS

CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDOS CIENTÍFICOS APLICADOS À PODOLOGIA

19 DE JUNHO DE 2011

Das 11h00 às 18h30

PALÁCIO DAS CONVENÇÕES DO ANHEMBI

SÃO PAULO - SP

revistapodologia
.com

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA

19 de Junio 2011 - Disertantes y Temas



Técnicas de ortopodologia.

Israel de Toledo

Podologo/Ortesista.



Clarificando todas las dudas entre el pie diabético y la Podologia.

Clarice Nunes Bramante - Podologa.



Innovando con la tecnologia en favor de la podologia.

Ítalo Batista Ventura - Podologo



Aplicación de Laser y Led en la podologia. Casos prácticos.

Carlos Eduardo Zamboni

Físico - Brasil



Onicoórtesis e sus Evoluciones.

Renato Butsher - Podologo



Cuestiones dermatofuncionales de las uñas.

Walter Furlanete - Biólogo, Profesor de Anatomía y Fisiopatología.



El trabajo en conjunto entre la REVISTA PODOLOGIA.com y Vita Derm cumplió los objetivos: importante asistencia de profesionales y alto nivel técnico-científico de los disertantes.



*Podologo Israel de Toledo,
Director Científico de la
REVISTAPODOLOGIA.com*



Podologo Renato Bustsher



Profesor Walter Furlanete



Podologo Italo Batista Ventura



Podologa Clarice Nunes Bramante



Físico Carlos Eduardo Zamboni



El Pdgo. Israel de Toledo y el Sr. Alberto Grillo, Director de la REVISTAPODOLOGIA.com haciendo la entrega de los premios de los sorteos en el final del evento.



Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



Autor: **Podólogo Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez**

Temos a satisfação de colocar em suas mãos o primeiro livro traduzido para o português deste importante e reconhecido profissional espanhol, e colaborar desta forma com o avanço da podologia que é a arte de cuidar da saúde e da estética dos pés exercida pelo podólogo.

- Podólogo Diplomado em Podologia pela Universidade Complutense de Madri.
- Doutor em Medicina Podiátrica (U.S.A.)
- Podólogo Esportivo da Real Federação Espanhola de Futebol e de mais nove federações nacionais, vinte clubes, associações e escolas esportivas.
- Podólogo colaborador da NBA (liga nacional de basquete de USA).

Autor dos livros:

- Podologia Esportiva - Historia clínica, exploração e características do calçado esportivo - Podologia Esportiva no Futebol
- Exostoses gerais e calcâneo patológico - Podologia Esportiva no Futebol.

Professor de Cursos de Doutorado para Licenciados em Medicina e Cirurgia, Cursos de aperfeiçoamento em Podologia, Aulas de prática do sexto curso dos Alunos de Medicina da Universidade Complutense de Madrid e da Aula Educativa da Unidade de Educação para a Saúde do Serviço de Medicina Preventiva do Hospital Clínico San Carlos de Madri. Assistente, participante e palestrante em cursos, seminários, simpósios, jornadas, congressos e conferências sobre temas de Podologia.

Índice

Introdução - Lesões do pé

- Biomecânica do pé e do tornozelo.
- Natureza das lesões.
- Causa que ocasionam as lesões.
- Calçado esportivo.
- Fatores biomecânicos.

Capítulo 1

- Explorações específicas.
- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

- Exploração dermatológica.
- Lesões dermatológicas.
- Feridas. - Infecção por fungos.
- Infecção por vírus (papilomas).
- Bolhas e flictenas. - Queimaduras.
- Calos e calosidades.

Capítulo 3

- Exploração articular.
- Lesões articulares.
- Artropatias. - Cistos sinoviais.
- Sinovite. - Gota.
- Entorses do tornozelo.

Capítulo 4

- Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.
- Breve recordação dos músculos do pé.
- Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.
- Tendinite do Aquiles.
- Tendinite do Tibial. - Fasceite plantar.
- Lesões musculares mais comuns.
- Câimbra. - Contratura. - Alongamento.
- Ruptura fibrilar. - Ruptura muscular.
- Contusões e rupturas.
- Ruptura parcial do tendão de Aquiles.
- Ruptura total do tendão de Aquiles.

Capítulo 5

- Exploração vascular, arterial e venosa.
- Exploração. Métodos de laboratório.
- Lesões vasculares.
- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-flebítico.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Úlceras das extremidades inferiores.
- Úlceras arteriais. - Úlceras venosas.
- Varizes. - Tromboflebite.

Capítulo 6

- Exploração neurológica.
- Lesões neurológicas.
- Neuroma de Morton. - Ciática.

Capítulo 7

- Exploração dos dedos e das unhas.
- Lesões dos dedos.
- Lesões das unhas.

Capítulo 8

- Exploração da dor.
- Lesões dolorosas do pé.
- Metatarsalgia.
- Talalgia. - Bursite.

Capítulo 9

- Exploração óssea.
- Lesões ósseas.
- Fraturas em geral.
- Fratura dos dedos do pé.
- Fratura dos metatarsianos.

Capítulo 10

- Explorações complementares
- Podoscópio. - Fotopodograma.
- Pé plano. - Pé cavo.

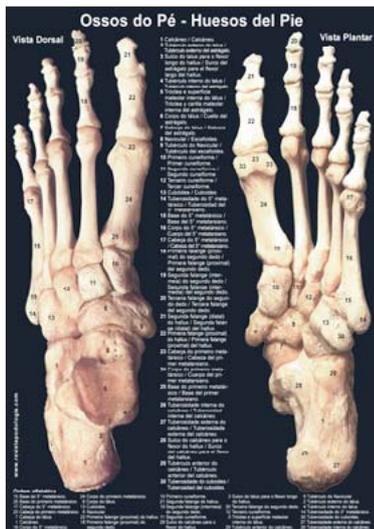
Vendas: Mercobeauty Imp. e Exp. Ltda. Tel: (#55-19) 3365-1586

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

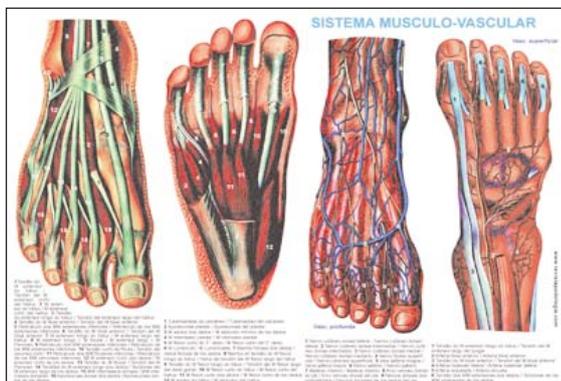
40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



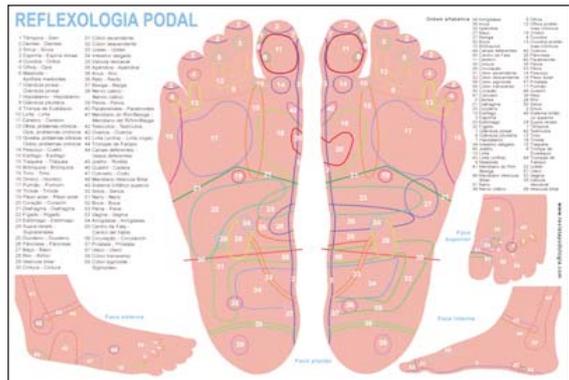
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com

A venda no nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

Tel.: #55 - (19) 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil