

revistapodologia .com

N° 62 - Junio 2015



Revista Digital de Podología

Gratuita - En español



CONGRESSO DE PODOLOGIA AVANÇADA

12 E 13 DE JULHO DE 2015
EXPOMINAS - BELO HORIZONTE . MG
09:00 às 17:30



1º Lote até 23/05
R\$ 70,00

2º Lote até 23/06
R\$90,00

3º Lote até 06/07
R\$ 110,00

a partir de 07/07
R\$ 130,00

COMITÊ CIENTÍFICO



MAGNO QUEIROS



WAGNER BARROS



ARMANDO BEGA

PARCEIRO EDUCACIONAL



• Diagnóstico e Cuidados com os pés neuropatas dos pacientes portadores de hanseníase.
DR. GETÚLIO FERREIRA DE MORAIS



• Biomecânica dos membros inferiores. Base para a podologia.
ROGER PINTO DE ANDRADE



• A inteligência Mercadológica na construção da carreira do profissional em Podologia.
WAGNER BARROS DE OLIVEIRA



• Tecnologia para avaliação da marcha.
KELVIA RODRIGUES D'ANGELIS BONASS



• Correção da Unha com formato diferenciado.
MARIA AUXILIADORA VIANNA



• AMPO – Associação Mineira Podólogos.
ROSANA RIBEIRO



• Atuação do Podólogo no Tratamento clínico do pé neuropata e isquêmico.
SORAYA REIS DORNELES



• Auriculocupuntura aplicada a Podologia.
KELLY CRISTINA CARVALHO GOMES OLIVEIRA



• Classificação e manejo de Onicocriptose pelo Podologista.
ARMANDO BEGA



• Laser Terapêutico na Podologia – Laser e Led.
HENRIQUE TRAJANO

• Metatarsalgia: Causas e tratamentos; Nova órtese para resolver esse problema.
DR. WAGNER VIERA DA FONSECA

• Podogeriatría: Atuação do podólogo no envelhecimento e saúde do idoso.
ROMILDA MARIA VIDIGAL TRANDAFILOV

SITE DE COMPRA: www.professionalfair.com.br

APOIO:

revistapodologia
-com

Forma de Pagamento:

ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO E
CARTÕES DE DÉBITO OU CRÉDITO EM ATÉ 12X



Informações:

congressoventas2@fireeventos.com.br

Tel.: (31) 3273.9083 | 3273.9159

Realização:



revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 62
Junio 2015

Director

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Evaluación de la Eletroanalgesia Aplicada a la Podologia.

Podologo Ítalo Batista Ventura. Brasil

22 - Pie Diabético, Complicación Frecuente de Diabetes Mellitus.

Dr. Roberto Hernández Valdovines. México.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 29.

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.

Tecnologia de ponta para tratamento dos pés



Pedra Hume em Gel

1ª Pedra Hume em Gel do Brasil!

- Óleo de Melaleuca: Antisséptico
- Extrato de Hamamélis: Adstringente
- Fácil aplicação
- Higiênico
- Mais de 200 procedimentos
- Eficaz, efeito instantâneo!



Efoliante em Creme

Remoção eficaz das células mortas e impurezas da pele

- Casca de noz: Efoliante Natural para limpeza e renovação celular
- Óleo de Amêndoas: Emoliente, Hidratante e Nutritivo
- Mentol: Ação refrescante e imediata
- Desodorizante Vegetal: Reduz o mau odor



Creme de Hidratação Intensiva

Excelente Absorção: Segurança e Conforto

- Lanolina: Formação de barreira anti-ressecamento, altamente hidratante e restaurador
- Desenvolvido para peles extremamente ásperas, ressecadas e com fissuras
- Desodorizante vegetal: Agente antimicrobiano que reduz o mau odor
- Pantenol: Restaurador celular e umectante
- Óleo de Amêndoas e Calêndula: Emoliente, Hidratante, Nutritivo e cicatrizante



**ESTAMOS
CADASTRANDO
DISTRIBUIDORES**

Conheça outros produtos inovadores:

www.primesensecosmeticos.com.br
(11) 2036-8949 | contato@primesensecosmeticos.com.br

Presença confirmada nos principais eventos do setor em 2014!

Evaluación de la Electroanalgesia Aplicada a la Podología

Podologo Ítalo Batista Ventura. Brasil

RESUMEN

La electroterapia en sus diversas modalidades es largamente utilizada en el tratamiento de varios disturbios. En los últimos años hubo una gran evolución en el conocimiento de los efectos fisiológicos de corrientes de la aplicación de los agentes electro-físicos en los tejidos. Las pesquisas realizadas sobre las alteraciones patológicas constatadas en nervios seguida a lesiones llevaron a la justificación científica para la aplicación de impulsos eléctricos a nervios lesionados, con la finalidad de modificar sus respuestas anormales.

Con la proposición de nuevas teorías neurológicas que explican el dolor y los mecanismos de analgesia, se admitió la TENS como una estimulación sensitiva transcutánea diferencial de las fibras propioceptivas del tacto, a gran velocidad de conducción, pudiendo de esa forma disminuir la intensidad del estímulo doloroso y hasta inhibirlo, cuando el cliente presente un límite de dolor más elevado.

De manera general la pesquisa ambiciona introducir la electroterapia en la práctica podológica, para que el podólogo tenga acceso a métodos terapéuticos más avanzados de los que él ya dispone. Específicamente, este estudio visa desarrollar una técnica de analgesia efectiva y apropiada para la onicocriptosis que dispense la inoculación de fármacos, de manera que el cliente no sienta dolores en demasía durante la espiculoectomía. Para que el cliente tenga un mayor confort durante el procedimiento evitando así traumas de origen emocional y moral en menores, deficientes, ancianos y personas con baja tolerancia al dolor, que forman el grupo más sensible al estímulo doloroso.

Consideramos relevante para la podología una técnica que disponga de una forma más eficaz para el tratamiento del dolor y para que se pueda cuidar más libremente de los incómodos de nuestros clientes sin causar mayores trastornos. Concluimos que la electroanalgesia es eficaz para el procedimiento atenuando el incómodo en hasta 60% y teniendo efectos benéficos variados como regeneración de tejidos acelerada y dismi-

nución del dolor recurrente de la espiculoectomía, la piel que recibe mayor oxigenación presenta una mejor turgencia también.

Palabras clave: Onicocriptosis, espiculoectomía, TENS, dolor, electroanalgesia.

ABSTRACT

The electrotherapy in its various forms is widely used in treating various disorders. Recent years have seen great progress in understanding the physiological effects of current application of electro-physical agents in the tissues. The researches on the pathological changes found in nerve injury then led the scientific justification for applying electrical impulses to nerves injured, in order to modify their abnormal responses. With the proposal of new theories that explain the neurological mechanisms of pain and analgesia, admitted to TENS as a sensory stimulation transcutaneous differential fiber proprioceptive touch, high-speed driving, and can thereby reduce the intensity of pain stimulus and to inhibit it when the client presents a higher pain threshold.

Overall the research aims to introduce electrotherapy practice podiatry, so that the podiatrist has access to therapeutic methods more advanced than he already has. Specifically, this study aims to develop a technique for pain relief and appropriate to dispense onicocriptose that inoculation of pharmaceuticals, so that the client does not feel too much pain during espiculectomia. For the customer has a greater comfort during the procedure thus avoiding an emotional traumas and morals in children, the disabled, elderly and people with low tolerance for pain, which form the group most sensitive to painful stimuli.

Consider relevant to podiatry a technique that has a more effective treatment for pain and it can take more care free of the discomforts of our clients without causing further inconvenience. Electroanalgesia conclude that the procedure is effective for relieving discomfort in up to 60%, with beneficial effects varied as tissue regeneration and accelerated the reduction of recurrent pain espiculectomia, skin gets more oxygen turgor presents a much improved as well.

1. INTRODUCCIÓN

La onicocriptosis es una afección podológica del cuerpo de la uña relativamente frecuente, que se caracteriza por dolor e inflamación de las pliegues ungueales, en la cual su porción distal interactúa anormalmente con los tejidos periungueales, concretamente con los surcos lateral y medial, incrustándose y a veces causando un cuadro infeccioso.

Estudios apuntan que la onicocriptosis es predominante en pacientes de todas las edades, y más frecuente en jóvenes. Haciendo un análisis proporcional a los sexos tenemos que 59% afecta a las mujeres y 41% afecta a los hombres, según Javier García et al.

En el Brasil, el tratamiento de la onicocriptosis consiste en hacer una avulsión mecánica de la espícula ungueal que penetra la piel lesionando los tejidos periungueales, llamamos esta técnica espiculoectomía. Este procedimiento es realizado sin ninguna forma de analgesia o anestesia, provocando en el paciente un incomodo muy elevado por tratarse de un dolor agudo que se irradia por todo el pie. Este mismo dolor provoca en el paciente una alteración postural debido a la necesidad de una adecuación que el cuerpo hace para realizar una marcha antiálgica que puede acabar en otros trastornos.

Al podólogo brasileiro le es vetado hacer uso de fármacos de acción local o sistémica para hacer analgesia, visto que esto todavía no hace parte de sus competencias, entonces este estudio apunta a desarrollar una técnica no invasiva que facilite el trabajo del podólogo en lo que se refiere a analgesia.

La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) es una técnica de analgesia aplicada en una variedad de frecuencias, intensidades y duración de pulso, clasificada como alta frecuencia (>50Hz), baja frecuencia (<10Hz) e burst (alta y baja frecuencia alternadas). La TENS del tipo convencional es una estimulación de alta frecuencia (50 e 150Hz) y baja intensidad, que estimula de forma continua las fibras nerviosas de conducción rápida.

La intensidad no debe provocar contracciones musculares, mas apenas percepción parestesia no desagradable, ajustada de acuerdo con la sensibilidad del individuo. Estudios evidencian que la intensidad entre diez e 30 miliamperes (mA) es más confortable y no causa fasciculaciones significativas en el tempo de pulso, variando de 40 a 75µs. En este tipo de estimulación, la analgesia es inmediata o después de diez minutos de aplicación, efecto que perdura de 20 a 30 minu-

tos hasta dos horas, razón por la cual este método es preferencialmente aplicado en el tratamiento de dolores agudos¹⁻⁵.

Se cree que la TENS promueva analgesia predominante mente por medio del mecanismo del portón o teoría de las compuertas, propuesta por Melzack y Wall, que provoca analgesia mediante la activación selectiva de las fibras táctiles de diámetro largo (A-β), sin activar fibras nociceptivas de menor diámetro (A-Δ y C). La actividad generada en las fibras A-β inhibe la actividad en curso de las neuronas nociceptivas en el asta dorsal de la medula espinal. Adicionalmente, el mecanismo analgésico de la TENS parece también estar relacionado a la activación de receptores para opioides endógenos en la medula espinal.

Estudios recientes demuestran que la baja frecuencia de TENS activa específicamente receptores opioides μ, receptores serotoninérgicos y receptores muscarínicos espinales. Por otro lado, la analgesia producida por la alta frecuencia de TENS activaría receptores Δ-opioides y receptores muscarínicos en la columna dorsal de la medula espinal, además de la activación de receptores Δ-opioides supra-espinal.

Según Low y Reed, la TENS en el Brasil ha sido utilizada apenas por fisioterapeutas para el tratamiento de dolor muscular, disfunciones ortopédicas, y rehabilitación neuromuscular, así como en dolor neurogénico y control de contracciones en trabajo de parto.

Siendo así tenemos que el gran problema en el tratamiento de la onicocriptosis en el Brasil es un tratamiento inadecuado, por el hecho de este apenas tratar la enfermedad, y mismo siendo efectivo causa trastornos emocionales, físicos y psicológicos en los pacientes a él sometidos por causa del dolor que sienten.

La propuesta de este estudio es promover una estimulación eléctrica transcutánea de manera de disminuir o atenuar el dolor de los pacientes inhibiendo o disminuido su respuesta sensorial al estímulo doloroso por medio de la TENS aplicada al dolor agudo, en este caso aplicada al dolor agudo incisional causada por la espiculoectomía.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Introducir la electroterapia en la práctica diaria de la podología, a fin de que el profesional podólogo disponga de medios terapéuticos diversificados para atender las necesidades más peculiares de sus clientes con un arsenal más diversifi-

MOMENTOS INA DERMOCOSMÉTICOS

Promoção

Onicounha

10ml



Peça já o seu por:

R\$ **17,70***

Mín. 24 unid.

*válido apenas para profissionais cadastrados

Onicounha

Fortalece, recupera e auxilia no crescimento das unhas. Antifúngico de amplo espectro, ajuda a combater onicomicoses e auxilia a hidratação das unhas.

PAGUE em até 6X



ina
dermocosméticos

www.inadermocosmeticos.com.br - 47 3222-3068

Promoção válida até 30/06/2015 ou enquanto durar o estoque. Incluso frete via PAC para todo Brasil. Compra mínima de 24 peças, pagamento em cartão até 6x (visa, mastercard ou Amex).

cado de medios terapéuticos los cuales irán facilitar el potencial de recuperación de los individuos enfermos y el suceso de las medidas terapéuticas por ellas complementadas.

2.2. Específicos

Desarrollar una forma de adaptar la estimulación eléctrica transcutánea a la práctica podológica para que esta sirva como un agente eletroanalgésico en procedimientos invasivos en podología, disminuido el dolor potencial causado por la incisión del procedimiento de espiculoectomía.

3. MÉTODOS

Después de la elaboración del proyecto de esta pesquisa para ser presentado al CEP (Consejo de Ética en Pesquisa) de la Universidad Anhembi Morumbi de San Pablo y su posterior aprobación para que esta pesquisa sea realizada con seres humanos sin el comprometimiento de su integridad física, psicológica y moral, presentamos a los voluntarios a participar de la pesquisa un TCLE (Termo de Consentimiento Libre y Esclarecido) en el cual están todas las especificidades de este estudio al cual los mismos fueron sometidos después de su aprobación frente a testigos y firma de su propio puño, fueron también dados esclarecimientos de forma oral sobre todo el resultado de la pesquisa en si para que de todo quede esclarecido.

3.1. Muestra

20 personas jóvenes con edad entre 17 y 32 años, de ambos sexos, de diversas clases sociales, niveles culturales y con etnias distintas. Los procedimientos fueron realizados en dos lugares distintos, una parte fue realizada en el laboratorio de podología nº 324 y La otra parte de la muestra fue sometida al procedimiento en el consultorio de podología del alumno Ítalo, participante de este estudio, en Cumbica, en la ciudad de Guarulhos, en el Gran São Paulo.

En ambos ambientes el procedimiento foi en todo similar uno al otro. La pesquisa fue desarrollada en el período entre 05/05 e 01/06 del año 2010. Procedimientos realizados por Ítalo Batista Ventura da Silva, Joelma Antônia da Silva y Maria Eva Martins, alumnos del 4º semestre de Podología en la UAM sobre la orientación de la Profesora Rosângela Garoto.

3.2. Procedimientos

Antes de hacer cualquier procedimiento es completada la SAP del cliente, en la cual constan

informaciones personales del mismo, actividad laboral, posicionamiento durante la jornada de trabajo, Tipo de calzados más frecuentemente utilizados, tipo de medias más utilizadas, deportes y actividades físicas que practica, los hábitos alimentares, las quejas, levantamiento histórico del paciente de enfermedades pre-existentes, accidentes ocurridos que puedan haber generado el problema de forma secundaria, medicamentos en uso, evaluación física de PA, FC, FR, IMC, glicemia e índice isquémico.

Después de todo esto es hecha una evaluación ungueal del cliente para determinar la etiología de la onicocriptosis en cuestión.

Después de toda esta evaluación es iniciado el procedimiento, caso el cliente no presente ningún problema que comprometa el desarrollo del estudio. Hacer anti-sepsia de la piel en vuelta de la lesión y de todo el pie con Gel de limpieza ADCOS® e higienizar la lesión con solución fisiológica 0,9%.

Aplicar el gel conductor en la piel del cliente y acoplar los electrodos en la región de la falange proximal del dedo donde se localiza la uña causadora de la onicocriptosis fijando con una cinta autoadhesiva de Coban®, hacer un estímulo con un pulso alto y una frecuencia baja e intensidad de burst por quince minutos, durante estos quince minutos debe ser calculada la intensidad de la corriente que será producida por el aparato en la piel del cliente, llevando en consideración que el largo de onda y la potencia serán siempre los mismos.

Durante esta estimulación inicial fue envuelto todo el hallux, del cliente a ser atendido con algodón embebido en solución fisiológica 0,9% para que la corriente eléctrica sea conducida, también, para la extremidad mis distal del mismo. Se hace el procedimiento de espiculoectomía combinada con la electroestimulación utilizando una lamina de gubia de número 01, un nuclear adecuado a la espesura de la uña y a la sensibilidad del cliente (si es mas sensible utilizar un nuclear estrecho, si no uno más ancho) y un alicate de corte recto con punta fina Mundial® y permanecer con la estimulación después del procedimiento de la espiculoectomía, por diez minutos más.

Se hace la higienización con solución fisiológica y algodón, se aplica Andolba® y por fin se introduce un anteparo de algodón envuelto con gasa y Micropore®. Después del procedimiento los clientes retornaran hasta recibir el alta definitiva del acompañamiento de cicatrización de la lesión. En estos retornos fueron realizados sesiones de laserterapia y el cambio de los curativos.



Figura 1. Foto de equipo de TENS (Neurodim, Ibramed)



Figura 4. Foto de doopler vascular portátil



Figura 2. Foto de eletrodos de silicona impregnados con carbono (anodo y cátodo)



Figura 5. Foto de agujas, glicosímetro, y cintas para test de glucemia



Figura 3. Imagen de gel para medios de contato



Figura 6. Foto de kit para espiculoectomia (Alicate de corte recto, nuclear angosto, lâmina de guvia nº 01 y mango de guvia para lâminas descartables)



Figura 7. Foto de procedimiento de antisepsia



Figura 8. Foto de los eletrodos de silicona impregnados con carbono acoplados a la piel del cliente con Coban®



Figura 9. Foto del cliente pasando por el proceso de estimulación eléctrica transcutánea



Laser Terapêutico sem fio Therapy XT

O laser terapêutico sem fio **Therapy XT** foi desenvolvido para bioestimulação nas áreas de podologia, fisioterapia, acupuntura e medicina em geral.

APLICAÇÕES:

Onicomicoses, Alívio da dor, Reparação Tecidual, Redução de Edema e de Hiperemia, Normalizador Circulatório e na PDT - Terapia Fotodinâmica.



Therapy XT

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Equipamento sem fio acionado por bateria de Lítio recarregável com capacidade de emitir Lasers com as seguintes características:

Laser vermelho (Emissor visível)

Comprimento de onda:

660 nanômetros (nm) +- 10 nm

Potência útil do emissor: 100 mW (fixa) +- 20%

Meio Ativo: InGaAlP

Laser Infravermelho (Emissor invisível)

Comprimento de onda:

808 nanômetros (nm) +- 10 nm

Potência útil do emissor: 100 mW (fixa) +- 20%

Meio Ativo: AsGaAlP

Alimentação: 90 - 240 V~

Peso: 300 gr

Dimensões: 3(L) x 5(P) x 21(A) cm

Diâmetro de fibra: 600um

Bateria: Li-ion (2h de aplicação ininterrupta)

ITENS INCLUSOS

- Maleta para Transporte
- 03 Óculos de proteção
- Suporte da Peça de Mão
- Fonte de Alimentação
- 01 espaçador
- Midia (CD) com:
 - Curso de Laserterapia
 - Terapia Fotodinâmica (PDT)
 - Manual "Laser e suas aplicações"
 - Protocolos de aplicações



Chimiolux

Corante fotoabsorvedor de Azul de Metileno, estéril, indicado para Terapia Fotodinâmica (PDT).

Em associação com a irradiação de Laser Vermelho, Chimiolux atua como Terapia Fotodinâmica (PDT) gerando liberação de radicais livres que proporcionam efeitos bactericida e fungicida em onicomicoses, onicocriptoses, fissuras calcâneas e tinha interdigital.



Comercial Laser X - Revendedor Autorizado DMC Estética
Telefones # 55 (11) 4112-5013 / 4112-5014
www.comerciallaserx.com.br - [facebook/comerciallaserx](https://www.facebook.com/comerciallaserx)



Figura 10. Foto de procedimiento de espiculoectomia en borde medial da uña del hallux izquierdo del cliente



Figura 11. Foto de procedimiento de espiculoectomia en borde medial da uña del hallux izquierdo del cliente



Figura 12. Foto de espiculoectomia realizada con bajo limite de dolor



Figura 13. Foto do procedimiento de espiculoectomia en borde lateral del hallux izquierdo del cliente



Figura 14. Foto de la espiculoectomia realizada con bajo limite de dolor



Figura 15. Foto del espacio del borde lateral del hallux después del procedimiento donde se alojaba la espícula

4. RESULTADOS

Este estudio nos muestra que los pacientes tratados con la TENS tienen una disminución de su dolor en una media de 60% menos de dolor que las demás personas que serían tratadas con la técnica convencional de espiculoectomía. El efecto de la sensación analgésica es totalmente local y puede durar por 20 minutos y hasta 2 horas después de la aplicación de la corriente eléctrica producida por el aparato.

La Pesquisa apunta, también, que los clientes de este estudio tuvieron una recuperación y regeneración de tejido superiormente veloz con relación a los que no fueron sometidos a la TENS, pues la acción estimulante de la TENS causa una hiperemia local aumentando la oxigenación de tejido y la producción de fibras elásticas y colá-

genas. Ocurre también, en el sitio de acción de la TENS una excitación aumentada en la actividad celular, lo que es muy bueno para que ocurran más mitosis y producción de tejido de granulación. La TENS presentó todavía un efecto de drenaje en el edema causado por la onicocriptosis por ser vasodilatadora y aumentar la permeabilidad de los vasos linfáticos responsables por drenar el acumulo de proteínas plasmáticas libres en el MEC.

Gracias a su acción estimulante y drenante la TENS se mostró un óptimo método antiinflamatorio, también. Tenemos así que los resultados obtenidos por el uso de la TENS en el día a día de un podólogo es un método muy bueno para el auxilio y hasta para la resolución de problemas de carácter inflamatorio en todas sus señales cardenales.

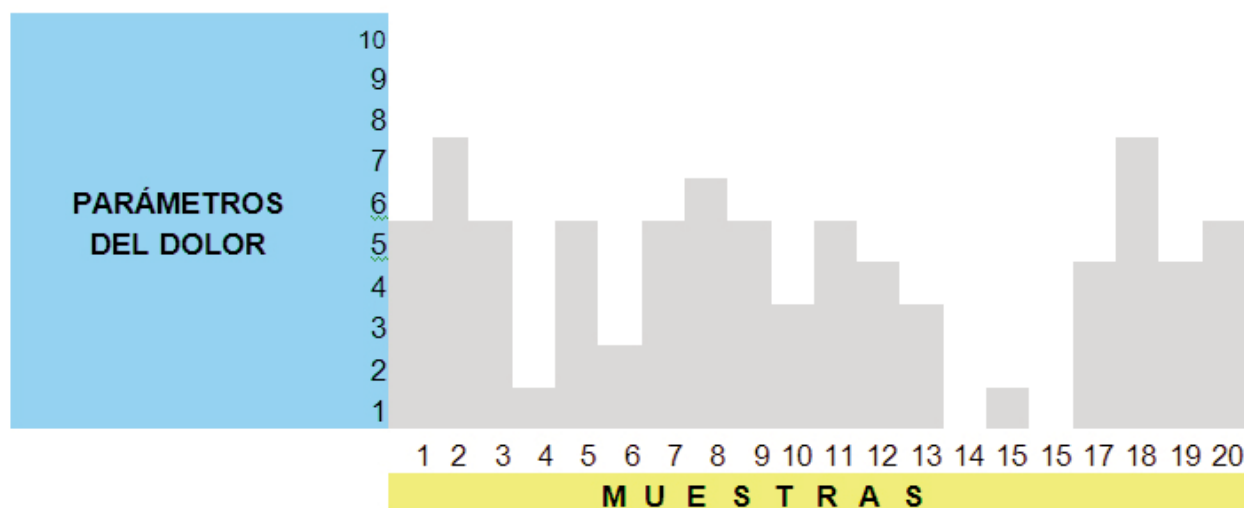


Tabela 1. Notas atribuídas a las muestras segun la EVN

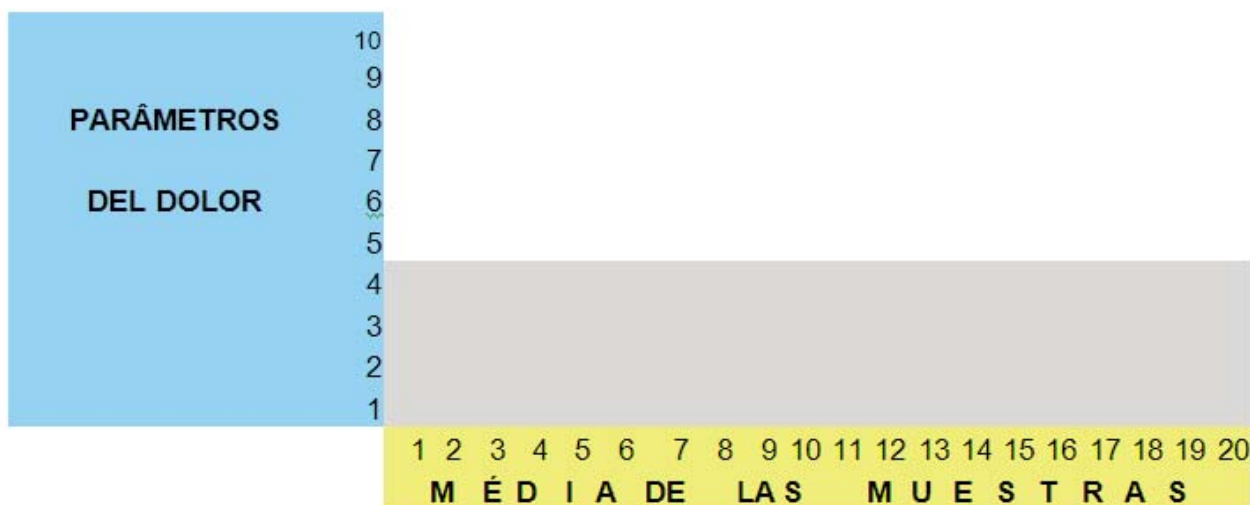


Tabela 2. MéDIA de disminuci3n de límite de dolor = 60% menos

**CONFORTO
PARA O
SEU
CLIENTE,
PERFEITO
PARA
VOCÊ.**



POLTRONA
Elegance
AUTOMÁTICA

POLTRONA COM ELEVÇÃO ELÉTRICA DA ALTURA E DO ENCOSTO / LUMI ULTRA LED \ PODO ASPIRATORE / SUPORTE PARA REVISTAS \ SISTEMA MASSAGEADOR NO ESTOFAMENTO \ SUPORTE PARA LUMINÁRIA NA POLTRONA \ BRAÇOS AUXILIARES COM BANDEJAS PARA RESÍDUOS E INSTRUMENTAIS \ ARMÁRIO AUXILIAR ELEGANCE COM TAMPO DE VIDRO



PODLOGIA
ESTÉTICA
MASSOTERAPIA
QUIROPRAXIA

Podonto **Lider**

Móveis e Equipamentos Profissionais

VISITE O NOSSO SHOW ROOM

Rua da Chácara, 111 \ Vila Nova Mazzei
São Paulo SP

ATENDIMENTO E VENDAS

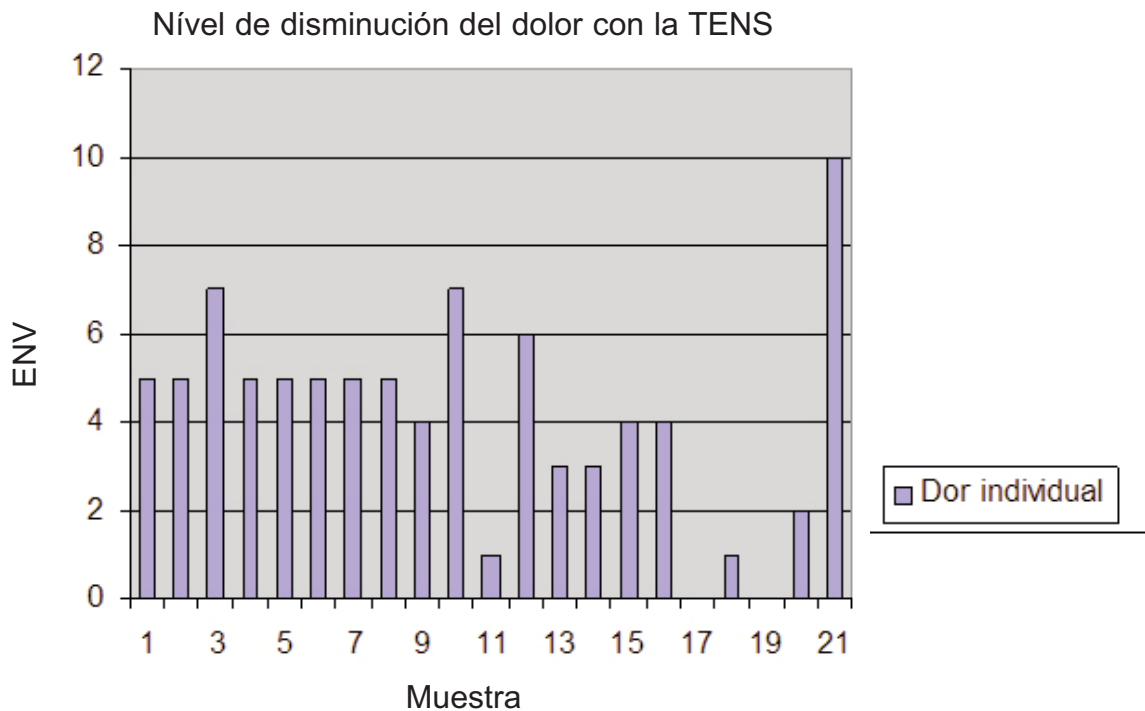
(11) 2203 7107 \ 2953 5671
atendimento@podontolider.com.br
Skype: podonto_lider

www.podontolider.com.br

*Qualidade
Ergonomia
Conforto
Versatilidade
Funcionalidade*

são itens
essenciais que
você encontra em
nossa gama de
produtos.

Desenvolvemos
toda linha de
móveis e acessórios
para podologia.



4.1 Caso 1: GMO, 20 años, hombre.

Paciente presenta un cuadro de onicocriptosis que dura 2 años, ya se sometió al procedimiento de cantoplastia, mas no obtuvo resultados satisfactorios. Hace tratamiento podológico hace un año, presento mejoras, mas debido al hecho de no seguir las orientaciones de su podóloga no obtuvo grandes mejoras en su cuadro, reclamo también de una gran dificultad de cicatrización. Un paciente con un cuadro psicológico de depresión y auto-condenación por estar con sobrepeso. Situación socioeconómica de pobreza, desempleado por 1 año y medio hasta conseguir un empleo en un basural como operador de balanza electrónica.

Nunca estuvo de novio, tiene dificultades de relacionamiento con las personas, los padres son separados, familia pobre, dos hermanos, uno más viejo y otro más nuevo. Siente un grado de desanimo tan profundo que no toma baños frecuentemente, y no siente la necesidad de practicar otros actos de higiene personal como lavar los dientes, peinar los cabellos o lavar a cara.

Tiene hábitos alimentares precarios alimentándose apenas 2 veces al día en el almuerzo y en la cena. Tiene complejos con su IMC, por presentar un grado de sobrepeso elevado. Por causa de su sobrepeso y por no se aceptar así resolvió hacer ejercicios físicos en casa sin orientación profesional dando golpes contra un saco de arena, utilizado para Box.

Con esta alimentación precaria y ese gasto excesivo de energía el desarrollo una hipoglucemia

crónica, excesiva producción de cuerpos cetónicos y el ya citado sobrepeso. Al dar golpes contra el saco de arena, innúmeras veces el paciente lo pateo de forma agresiva lo que complicó el cuadro inflamatorio de su onicocriptosis.

Fue el paciente con el caso más antiguo y con mayor sensibilidad al estímulo doloroso que fue tratado en este estudio.

Cuando el paciente era tratado de forma atenciosa y gentil el no refería prácticamente ningún dolor, lo que nos llevo a suponer que la excesiva sensibilidad pudiese ser una forma de atraer para si atención de las personas a su alrededor, partiendo del principio que este presentaba una carencia afecto emocional muy considerable.

Este paciente refería en una de las onicocriptosis un grado de dolor extremadamente acentuado y en las demás un grado menor. Lo que nos llevo a suponer que en este caso en especial, el dolor estaba intrínsecamente ligado a la confianza del paciente en el terapeuta que lo estaba tratando y en la atención que este le daba, visto que después de los procedimientos, en los días en que era necesario hacer el cambio de curativos este se negaba a ser tratado por otra persona que el terapeuta en el cual el mas confiaba.

Caso 2: DSM, 17 años, mujer.

Paciente presenta caso de onicocriptosis causada por onicotomía inadecuada. Clase social alta, paciente muy comunicativa, muy simpática y dispuesta. Fue la que refirió el menor grado de

dolor dando una nota en la escala numérica igual a uno (1). Presentaba todos las señales cardenales de la inflamación, como el paciente anterior, mas tenía menos cuestiones psicológicas y eso probablemente influencio mucho en el momento en que fue hecha la espiculoectomia.

4.2 Caso 3: JRAR, 17 años, hombre.

Paciente presenta un cuadro de onicocriptosis que dura hace un (1) año. Nunca se sometió a ningún tipo de tratamiento. La lesión se encontraba con un grado de inflamación elevado, con presencia de tejido fibroso, excesiva vascularización superficial y una gran sensibilidad al toque.

Paciente con secuelas de parálisis cerebral, problemas coronarios y deficiente higiene personal. Presentaba onicocriptosis bilateral, al someterse al procedimiento el refirió casi ningún dolor, mas debe ser considerado su estado mental y emocional, el sintió un alivio tan inmediato que ignoro en algunos momentos el procedimiento en sí. En una escala numérica el dio una nota de 5 para una uña y 3 para a otra.

En los resultados obtenidos tenemos que en lo que se dice respecto al dolor y a la percepción que cada uno tiene del estímulo doloroso debe ser inmediatamente asociada a las condiciones socioeconómicas, afectivas y emocionales de cada uno específicamente, teniendo así una visión general del individuo, pues como dice la palabra (individuo) él es indivisible.

5. DISCUSIÓN

Durante la colecta de datos para este estudio, muchas cosas pudieron ser observadas al respecto de la acción de la TENS con relación a la analgesia y otras peculiaridades muy pertinentes. Este estudio muestra que la TENS aplicada sobre una determinada región de un dermatoma, miótoma o esclerotoma posee si una acción analgésica en los más diversos tipos de tejidos, tanto epitelial como muscular, pues al producir diferentes formas de corrientes en los componentes de la muestra sin comprometimiento de onicocriptosis para encontrar un parámetro adecuado al tratamiento que es la espiculoectomia, pudimos percibir que en determinados momentos la piel respondía con desde una agitación simple de fibrilación hasta la contracción de todo un grupo muscular y movimientos articulares.

Con eso este estudio nos llevo a percibir que una base para la aplicación de la TENS en procedimientos de analgesia para el dolor incisional sería de 150 Hz de intensidad con un pulso de 200 μ s de frecuencia, variando apenas la intensi-

dad de 20 a 75 mÅ, este valor varia siempre de acuerdo con la sensibilidad del paciente, la sensación que el debe sentir es de un hormigueo leve y no doloroso, la corriente eléctrica no puede ser en momento alguno incómodo. Este estímulo actúa sobre todo el dermatoma del individuo albo del mismo, pudiendo generar contracciones y sensaciones de hormigueo acompañado de fibrilación de la piel en toda la área de inervación de su segmento nervioso.

La región mas proximal al rededor de los electrodos quedaran enrojecidas, lo que revelo una acción completamente vasodilatadora lo que es muy pertinente para el caso que es objeto de este estudio, la onicocriptosis, una vez que esta vasodilatación contribuye de forma muy importante para la regeneración del tejido, por aumentar la llegada de nutrientes y oxigeno en la región y dar mejores condiciones y soporte para que la piel se regenere mas rápidamente, este tipo de acción vasodilatadora es muy interesante también para la disminución del edema regional causado por el acumulo de proteínas plasmáticas libres en el MEC, una vez que los vasos linfáticos sufren también esta dilatación y aumentan su capacidad de drenaje.

Según Low y Reed la TENS estimula además las mitosis celulares, la producción de fibras colágenas y elásticas lo que da condiciones también para el aumento de la respuesta cicatricial del borde ungueal lesionado por la espícula.

Durante las pesquisas de este estudio fue posible correlacionar con la acción de la TENS con el estado de humor de cada individuo, donde se puede observar que personas bien humoradas sintieron bien menos dolor que las personas deprimidas o cansadas, porque la TENS aumenta la capacidad de acción de los receptores serotoninérgicos de las células responsables por reconocer endorfinas producidas en mayores cantidades por el cerebro cuando el individuo está feliz, luego la indisponibilidad de endorfinas en personas bien humoradas influencia directamente la intensidad de la analgesia causada por la TENS. Personas emocionalmente deprimidas tienen una deficiencia en la producción de endorfinas, luego el efecto analgésico es menor con relación a las personas emocionalmente estimuladas.

Este estudio nos muestra todavía que la TENS solamente tiene acción analgésica después de un determinado tempo de estimulación, cuando hay presencia de inflamación local la analgesia comienza a modularse después de un período de 15 minutos de estimulación, para que en este punto comience el biofeedback y los receptores



8º CONGRESSO DE PODOLOGIA



7 DE SETEMBRO
SEGUNDA-FEIRA



BEAUTY FAIR ESTÉTICA & SPA

TÉCNICAS, TENDÊNCIAS E INOVAÇÕES.
VENHA TRANSFORMAR SEUS CONHECIMENTOS!

VOCÊ UM PASSO À FRENTE NO MERCADO! CONFIRA A PROGRAMAÇÃO:



Humberto Marques

MARKETING DE RELACIONAMENTO:
FIDELIZANDO SEU CLIENTE.



Patrícia Thenório

CURATIVOS: O AUXÍLIO DE ÓLEOS E CREMES
NOS EFEITOS CURATIVOS DE PODOLOGIA.



Andreza Marques

ALTERAÇÃO DA MARCHA E POSSÍVEIS
LESÕES NOS PÉS.



Ana Paula da Silva

ONICOMICOSE: INATIVAÇÃO FOTODINÂMICA
DOS MICRO-ORGANISMOS.

INVESTIMENTO

Leitor de esta revista tem 15% de desconto !

De R\$ 150,00

Por R\$ 127,50

Até 30/6

De R\$ 180,00

Por R\$ 153,50

De 1/7 até o evento

A inscrição inclui:

- Acesso aos 4 dias de Beauty Fair (5 a 8 de setembro)
- Certificado digital
- Kit lanche
- Bolsa exclusiva

Para obter o desconto
use o código promocional

5P3LIT3N

EXPO CENTER NORTE – SÃO PAULO-SP
RUA JOSÉ BERNARDO PINTO, 333
VILA GUILHERME



— **BEAUTY FAIR** —
Feira Internacional de Beleza Profissional

INFORMAÇÕES:
WWW.BEAUTYFAIR.COM.BR/FEIRA
TELEVENDAS: (11) 3614-1433



serotoninérgicos se ligan a las serotoninas disponibles para las células.

Observadas todas estas características de la TENS percibimos que esta debería ser utilizada antes, durante y después del tratamiento de cada uno de los pacientes, pues estos efectos y beneficios todos podrían en una única sesión ser alcanzados.

El único contratiempo a ser discutido sería el tiempo que se lleva para conseguir el efecto deseado, una vez que son 15 minutos apenas de estimulación eléctrica transcutánea para que el efecto de analgesia comience a suceder, después de esto se lleva todavía el tiempo de la espiculotomía, pues mismo teniendo el nivel de dolor disminuido, el procedimiento todavía así duele y si el terapeuta no tiene el debido cuidado para con el procedimiento y un material bien afilado, este pragmáticamente será doloroso igualmente al procedimiento sin el estímulo de la TENS.

Un factor muy importante que se debe llevar en consideración es también la capacidad de impe-

dancia de la piel al estímulo eléctrico. Cuando existe una hidratación deficiente de la piel, o áreas de espesamiento hiperqueratolítico, tenemos una resistencia de la piel al estímulo del aparato, visto que la electricidad depende de la humectación natural de la piel para ser conducida por los tejidos de manera a realizar las mudanzas de polaridad en las células.

Luego en casos de pacientes con una hiperqueratosis muy acentuada lo ideal es procurar una área de la piel, dentro de los límites del dermatoma de L4, que no esté tan espesa y todavía así hidratarla, en este caso en especial el gel para medios de contacto llega a desempeñar el papel de hidratante en la piel poco hiperqueratolizada.

Uno de los puntos más importantes de este estudio es el hecho de que es preciso llevar en consideración, antes de todo el aspecto biopsicosocial de cada uno de los pacientes para que se pueda alcanzar el éxito en el tratamiento o elegir otro más adecuado al mismo.

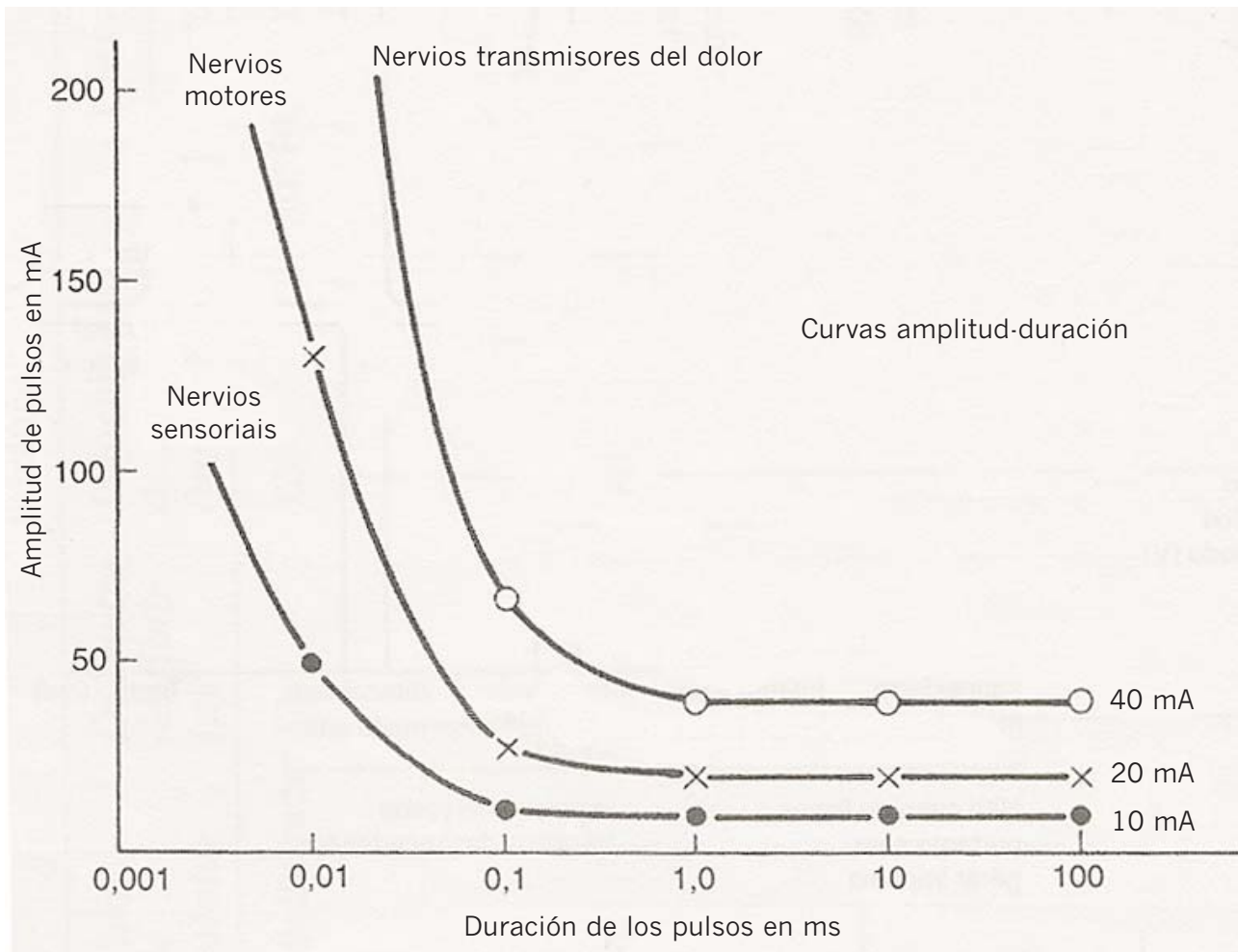


Figura 16. Gráfico de la amplitud-duración de los pulsos

Acomodación del nervio para 3 pulsos eléctricos aplicados con velocidades de subida diferentes

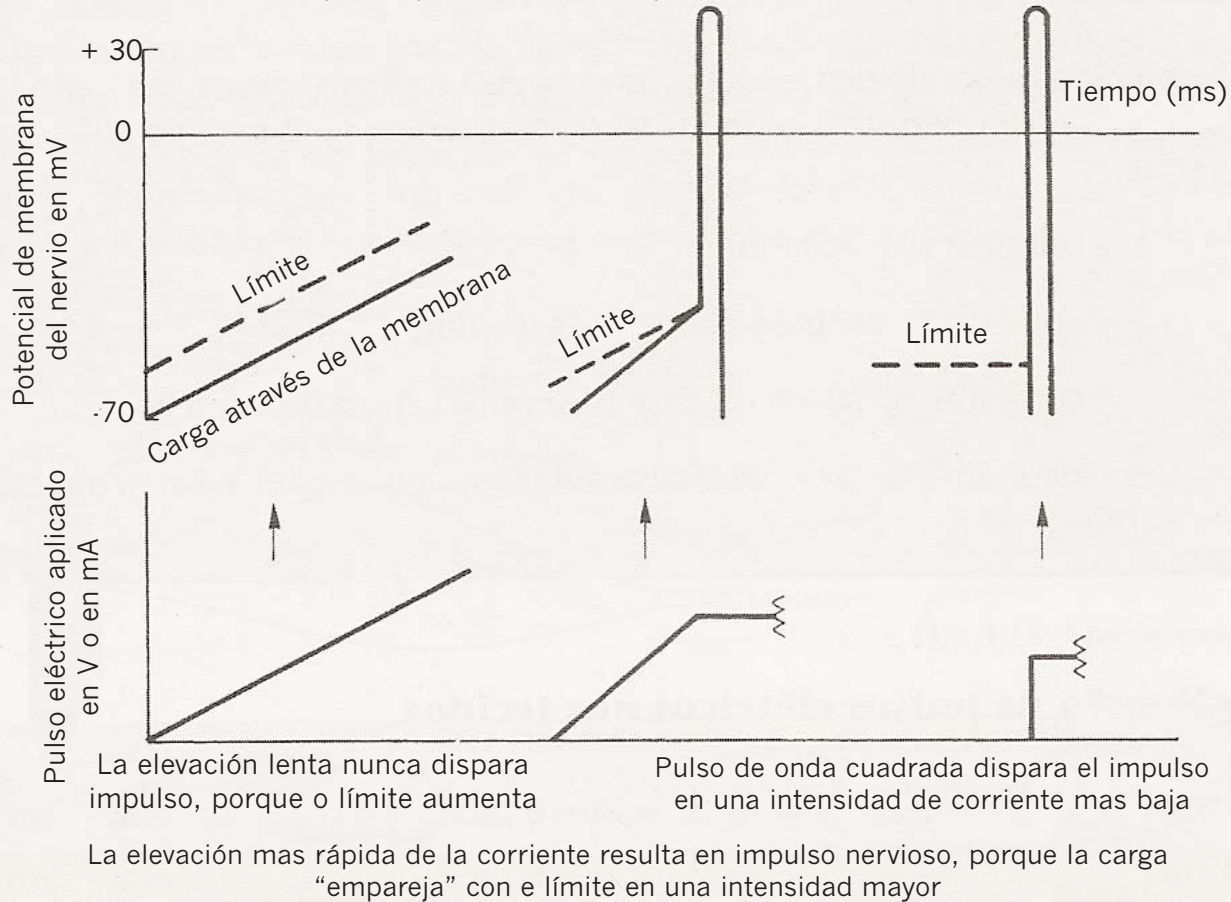


Figura 17. Gráficos de Potencial de membrana del nervio en cada ms; del Pulso eléctrico aplicado en cada ms.

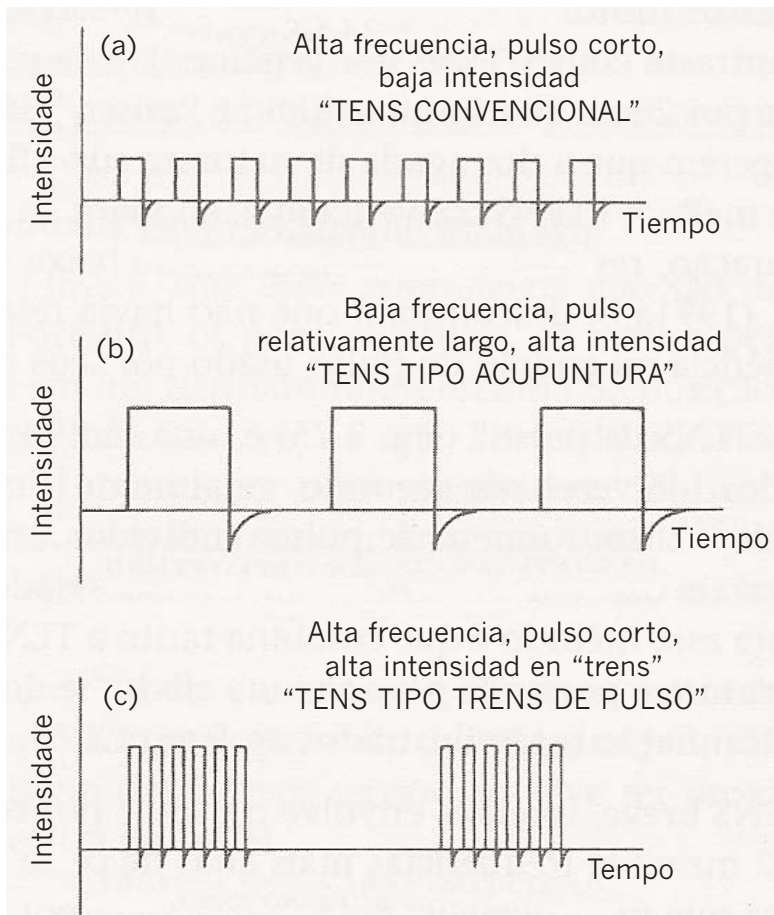


Figura 18. Tipos de corriente de TENS

6. CONCLUSIONES

El estudio nos lleva a concluir que la TENS es si adecuada para ser utilizada en la podología, no solamente para a electroanalgesia, mas también para remisión de procesos inflamatorios, regeneración de tejidos en el tratamiento de heridas y tratamiento de dolores crónicos y agudos, mioarticulares o neuralgias, inclusive dolor fantasma.

Desde que el estímulo doloroso sea controlado por el cuidado que el terapeuta tenga en traumatizar lo mínimo posible el tejido a ser manipulado.

Tenemos también que el criterio principal para escoger la TENS como una opción terapéutica adecuada para el cliente es justamente el hecho de considerarse todas las áreas de su esfera biopsicosocial.

Autor

Podologo Ítalo Batista Ventura
italo_bvs@hotmail.com - Brasil

7. REFERENCIAS

1. Atlas de anatomia humana Van de Graaff. Robert J. Van de Graaff. 7ª Ed. 2002. Manole.

2. Bolfe VJ, Ribas SI, Montebelo MIL, Guirro RRJ. Comportamento da impedância elétrica dos tecidos biológicos durante estimulação elétrica transcutânea: Revista Brasileira de fisioterapia. Vol.11 no.2 São Carlos Mar./Apr.2007.

3. Histologia Básica – Texto e Atlas, 10ª Edição – Luiz Carlos Uchoa JUNQUEIRA, José CARNEIRO.

4. King EW, Sluka KA. The effect of varying frequency and intensity of transcutaneous electrical nerve stimulation on secondary mechanical hyperalgesia in an animal model of inflammation. J Pain. 2001;2(2): 128-33.

5. Kyle UG, Bosaeu I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M, Gómez JM, ET AL. Bioelectrical impedance analysis – part I: Review of principles na methods. Clin Nutr. 2004; 23 (5): 1226 – 43.

6. Livshitz LM, Mizrahi J, Einziger PD. Interaction of array of finite electrodes with layered biological tissue: effect of electrode size and configuration. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng.2001; 9 (4): 355-61.

7. Low J, Reed A. Eletroterapia Explicada: Princípios e Prática. Manole. 2001.

8. Melzeck R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science, 1965; 150(699): 971-8.

9. Neuroanatomia funcional. Machado, Ângelo B. M. 2ª Ed. Moderna.

10. Roger MN, Karen WH, Dean PC. Eletroterapia Clínica 3ª. Manole. 2008.

11. Rushton DN. Electrical stimulation in the treatment of pain. Disabil Rehabil. 2002; 24 (8): 407-15.

12. Santuzzi CH, Gonçalves WLS, Rocha SS, Castro MEC, Gouvêa AS, Abreu GR. Efeitos da crioterapia, estimulação elétrica transcutânea e da sua associação na atividade elétrica do nervo femoral em ratos. Revista Brasileira de Fisioterapia Vol.12 no.6 São Carlos Nov./dec. 2008 Epub Nov 30, 2008.

13. Sluka KA, Walsh D. Transcutaneous electrical nerve stimulation: basic science mechanisms and clinical effectiveness. J pain. 2003; 4(3): 109-21.

14. Tratado de fisiologia humana, Robert C. Guyton & Hall. 12ª Ed. 2009.

CURSO TÉCNICO EM PODOLOGIA

A saúde
dos pés em
suas mãos



Turmas especiais
aos fins de semana.



cd/INA

Credenciado pelo Parecer CEE/SC nº 395/05, por delegação de competência do MEC em 20/12/2005 e decreto Estadual nº 4.102 de 16/02/2005 (Parecer CEDP nº 04/0 em 28/04/2008)

47 3037.3068

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

www.inainstituto.com.br

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

Pie Diabético, Complicación Frecuente de Diabetes Mellitus

Dr. Roberto Hernández Valdovines. México.

RESÚMEN

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes mellitus, que tiene como base etiopatogénica la hiperglucemia sostenida, con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático se produce; y que desafortunadamente termina con la amputación del miembro afectado. (1)(4)

Se presenta el caso de un paciente de 50 años de edad, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo II, de larga evolución, tratado con hipoglucemiantes orales, (sulfonilureas glibenclamida). Inicialmente presenta una úlcera por presión en primer dedo, pie derecho, que por mal tratamiento, por la neuropatía, por la vasculopatía, y por los cambios en la consistencia de su piel, le ocasiona daño tisular, que evoluciona a una necrobiosis y termina en desarticulación del primer dedo, que evoluciona a una úlcera postquirúrgica.

Palabras claves

Diabetes mellitus, neuropatía, vasculopatía, daño tisular, úlcera, Necrobiosis.

INTRODUCCION

Se trata de una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes mellitus, de larga evolución, (hasta una tercera parte de los diabéticos desarrollan pie diabético), donde el daño de los nervios periféricos. (neuropatía) ocasiona falta de sensibilidad de la zona afectada, agregándose el daño vascular, (vasculopatía), que repercute en daño tisular, haciendo que la piel de un diabético se torne frágil, delgada, seca, insensible y con poca irrigación sanguínea. (2)(3)

Aquí se agrega la deformidad osteomuscular por la pérdida del control muscular, que favorece los sitios de presión y roce, esto produce como consecuencia de la autodefensa del organismo hiperqueratosis, que a su vez pudieran ocasionar, heridas pequeñas, que por los cambios ya descritos en la piel, pueden pasar desapercibidos por el paciente y terminan en úlceras por presión.

La suma de falta de irrigación con la acumulación de toxinas derivadas del metabolismo infeccioso pueden facilitar la aparición de fenómenos necróticos, los cuales al no ser retirados adecuadamente pueden provocar la liberación de toxinas que acaben produciendo gangrena del miembro afectado y dependiendo de su evolución pueden terminar en amputación. El 70% de las amputaciones realizadas son por pie diabético y la mayoría de las amputaciones empiezan por úlcera en un pie.

Se presenta el caso de un paciente masculino, con diabetes mellitus tipo II, desde hace 10 años, con tratamiento a base de hipoglucemiantes orales, que inicialmente presenta un pie diabético, que termina en desarticulación del primer dedo derecho y finalmente en una úlcera postquirúrgica diabética.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 50 años de edad

Diabético de larga evolución.

Mal control metabólico,

Malos hábitos higiénico dietéticos.

Tratado inicialmente con sulfonilurea (glibenclamida) a dosis de 5 mgs c/12 hs.

En 2005 presenta pie diabético, con necrosis de primer dedo pie derecho.

Acude a consulta a su sitio de atención primaria, se inicia antibioticoterapia, y curaciones diarias por el personal de enfermería.

Se presenta el caso al departamento médico y se decide realizar desbridación quirúrgica a lo cual el paciente se niega por lo dolorosas de las mismas.

Sigue solo con las curaciones por el personal de enfermería y tratamiento con otro médico.

Hay una muy mala evolución y llega a una necrosis total de todo el primer dedo del pie derecho, se envía a HRU y se toma la decisión de desarticular primer dedo, por el departamento de angiología.

Se le realizan curaciones diarias, se reajusta tx hipoglucemiante y antibioticoterapia.

Es egresado con herida quirúrgica sin cierre primario, y referido a su primer nivel de atención.

PELO POR
PELO
CERA POR
CERA



DECLARE GUERRA CONTRA OS SEUS PELOS! CHEGARAM AS NOVAS CERAS DEPILATÓRIAS
INA DERMOCOSMÉTICOS EM POTE DE 1KG, 250G E ROLL-ON

EXPERIMENTE ESSA NOVIDADE. **SAI COM ÁGUA.**

47 3222-3068 WWW.INADERMOCOSMETICOS.COM.BR

ina
dermocosméticos

Se indica antibioticoterapia y curaciones diarias.

Las curaciones son hechas por personal de enfermería, con Isodine.

Continúa su mal control metabólico, alimenticio y farmacológico, la herida se convierte en una úlcera, la cual se infecta y en los bordes perilesional se cubre de tejido hiperqueratósico

Es visto posteriormente a varios días de la desarticulación con franco proceso infeccioso, con secreción purulenta de la herida, la cual ya es una úlcera grado II según la clasificación de Wagner (5), con abundantes detritus y fibrinas, y en borde de la herida quirúrgica abundante tejido hiperqueratósico.

Se forma una úlcera postquirúrgica. Fig 1



Se realiza curación, a base de Isodine, se retira quirúrgicamente tejido necrótico e hiperqueratósico, y detritus, dejando lecho quirúrgico limpio, se impregna de antibióticos, fluoroquinolonas, aines. Y crema de regeneración tisular. (7)

Así queda la úlcera posterior a la primera curación. Fig 2



El paciente presentaba además en el tercio proximal de región plantar, a nivel de primer metatarsiano, una área verde, fluctuante, semejante a una ampolla, y en región de tendón de Aquiles una zona hiperémica, macerada. Fig 3



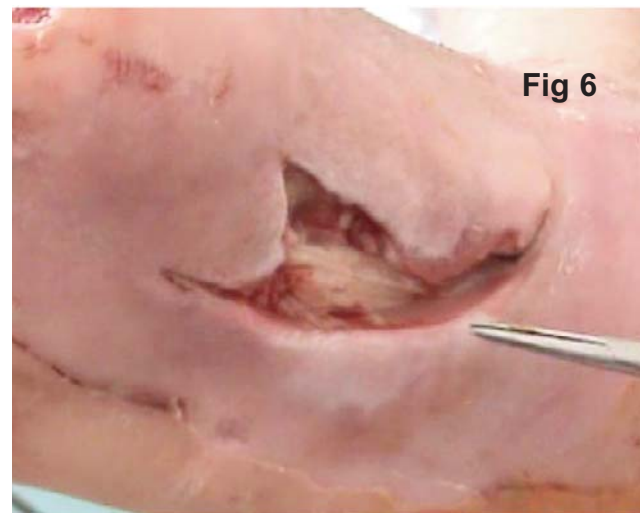
Se inician curaciones diarias, con desbridamiento de tejido hiperqueratósico, necrótico, fibrina y detritus

Además del control metabólico, ajustando la dosis de hipoglucemiantes orales.

A nivel del primer metatarsiano se desbrida tejido necrótico e hiperqueratósico, obteniendo secreción verde, acuosa, de la región plantar, dejando al descubierto una zona macerada e hiperémica. Fig 4



Se continua con las curaciones diarias, con retiro quirúrgico de material necrótico y tejido hiperqueratósico perilesional, habiendo una respuesta positiva en úlcera postquirúrgica, con una buena granulación y cierre paulatino de úlcera del primer dedo derecho; a los 13 días de iniciar las curaciones. Fig 5



rada, hasta llegar a la cicatrización de la úlcera postquirúrgica de primer dedo y de la región plantar, a los 70 días. Fig 7

Al realizar la limpieza quirúrgica, en región plantar, a nivel de primer metatarsiano, queda una úlcera grado II b según clasificación de Wagner 30 (6) con lesión hasta tendones de la fascia plantar, dejando al descubierto los mismos. Fig 6

A los 45 días la úlcera postquirúrgica mejora, cede la infección y la granulación cada día es mejor,

La evolución es muy buena, granulación acele-



COMENTARIO

En México (2006), la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) informó prevalencia de personas con diabetes mellitus de 9.5%; estableciéndose como una de las primeras causas de demanda de atención en medicina familiar, urgencias y especialidades médicas. La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres (7.3%) y en los hombres (6.5%). (8)(11)

Sus complicaciones se sitúan entre los cinco motivos de hospitalización de mayor costo, alcanzando como grupo el tercer lugar como causa de demanda de atención y es la principal causa de amputación no traumática de miembros inferiores.

Las afecciones de los pies en los pacientes con diabetes mellitus constituyen una de las principales causas de morbilidad y discapacidad, con importante repercusión biológica, psicológica y social pues disminuye su calidad de vida. La entidad clínica conocida como "pie diabético" corresponde a una complicación tardía de la diabetes, que probablemente es una de las más fácilmente prevenibles con medidas de bajo costo.

Esta complicación genera el mayor número de hospitalizaciones en la población diabética, siendo reconocida además como la principal causa de hospitalización prolongada en los servicios de medicina interna y cirugía general y con lleva riesgo de lesiones y amputaciones. (9)

En México, la dm ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales cabe señalar que según la dirección general de información en salud en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento. La diabetes no es un factor de riesgo cardiovascular.

Es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.

La diabetes mellitus es una de las principales enfermedades crónico degenerativas en el

mundo, que sus secuelas como son pie diabético, terminan en muchas ocasiones en amputaciones, y en algunas ocasiones hasta la muerte, teniendo una repercusión importante en la morbilidad,

Pero además la repercusión en la economía del paciente y del país es muy importante, pues los grados de incapacidad cada vez son mas importantes.

De ahí la importancia de las medidas de prevención, trabajando intensamente en la educación de la familia del paciente diabético y en el paciente mismo (7) y la creación de clínicas del pie diabético.

CONCLUSIÓN

1. La prevención del pie diabético, logra impactos en la reducción de ingresos hospitalarios, amputaciones y muertes. (10)

2. La educación del diabético en riesgo de complicación del pie en específico, debe evaluarse pues, como elemento de importancia en la consecución de los objetivos de salud de este grupo de riesgo (10)

3. En este momento, el control del riesgo básico inicial y otros riesgos biológicos, son susceptibles de control y modificación positiva, a través de la educación para la prevención de las complicaciones del pie, o educación anfibiológica, lo que se lograría con la consulta temprana

4. La integridad anatómica y funcional del miembro primeramente afectado en un paciente diabético, es el objetivo de la prevención y tratamiento del miembro valioso. Es claro que la invalidez mayor y el tiempo de vida de un paciente diabético está seriamente comprometido después de la amputación del mencionado miembro.

5. Si tenemos en cuenta lo anterior, con prevención y bajo costo, se reduciría considerablemente la morbilidad de estos pacientes con diabetes mellitus tipo II.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. El pie diabético. Evita, international working group on the diabetic foot.

Pie diabético infectado. Revista española de investigaciones quirúrgicas.

2. Diabetes mellitus

Df chooses blue circle to represent un resolution campaign». Unite for diabetes (17 march 2006).

Harrison principios de medicina interna 16a edición (2006). «capítulo 338. Diabetes mellitus» (en español). Harrison online en español. Mcgraw-hill. Consultado el 22 de julio de 2009.

[medlineplus] (julio de 2008). «diabetes» (en español). Enciclopedia médica en español. Consultado el 5 de agosto de 2009.

L m tierney, s j mcphree, m a papadakis (2002). Current medical diagnosis & treatment. International edition. New york: lange medical books/mcgraw-hill. Pp. 1203-1215. Isbn 0-07-137688-7.

A b world health organization department of noncommunicable disease surveillance (2006). «diabetes».

Secretaría de salud de México. «proyecto de modificación a la norma oficial mexicana nom-015-ssa2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes». Consultado el 5 de agosto de 2009. Véase también rev med imss 2000; 38(6): pág 477-495

3. Pie diabetico scope: management of type 2 diabetes: prevention and management of foot problems (update)" (pdf). Clinical guidelines and evidence review for type 2 diabetes: prevention and management of foot problems. National institute for health and clinical excellence. 20 february 2003.http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/foot_care_scope.pdf. Retrieved 2007-12-04.

3. Ana carolina cano. Dm y clasificación de úlceras

4. Pie diabetico. Manual merck, octava edición. Ediciones doyma. 1989. Barcelona

5. Clasificación de wagner del pie diabético

6. Pie diabetico, tratamiento scope: management of type 2 diabetes: prevention and management of foot problems (update)" (pdf). Clinical guidelines and evidence review for type 2 diabetes: prevention and management of foot problems. National institute for health and clinical excellence. 20 february 2003.http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/foot_care_scope.pdf. Retrieved 2007-12-04.

7. Artículo de revisión. Pie diabetico para el medico de atención primaria. (international consensus group on diagnosing and treating the infected diabetic foot).

8. Régimen de antibióticos en las infecciones del pie diabético. Revista española de investigaciones quirúrgicas.

9. Diabetes en números. Norma oficial mexicana nom-015-ssa2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

10. Diabetes en números. Norma oficial mexicana nom-015-ssa2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

11. Acciones educativas de prevención del pie diabético. Humanidades médicas vera gonzález m. Prevención del pie diabético. Rev cubana endocrinol 2005; 16(3).

Espinosa reyes t, marichal madrazo s. Avances en terapia insulínica en la diabetes mellitus tipo 1. Aciertos y desaciertos. Rev cubana endocrinol 2007;18(1).

coltiva

CURSO TÉCNICO em Estética

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

- Infra-estrutura completa.
- Aprovado pelo MEC e CEE/SC Par.396/05.
- Laboratório e biblioteca com acervo especializado.
- Dermocosméticos e aparelhos usados em grandes centros de estética.
- Turmas reduzidas.



Turmas especiais
aos fins de semana



47 3037.3068

www.inainstituto.com.br

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo



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.

Gomagem 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



Visite nuestra Loja Virtual
www.shop.mercobeauty.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS - 40 x 30 cm

Onicomicoses - Onicomicosis

Classificação por sua localização ou aparência na lâmina ungueal
 Classificación por su localización o apariencia en la lamina ungueal

Causas: Dermatofitos (filamentosos FFD) ou leveduras (Dermatofitos (filamentosos FFD) o leveduras)

Distal
Proximal
Subungual lateral
Subungual distal
Subungual proximal
Distal com detritos

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal Vista Plantar

1 Calcâneo / Calcáneo
2 Talus / Talus
3 Navicular / Navicular
4 Cuneiformes / Cuneiformes
5 Metatarsais / Metatarsais
6 Metatarsais / Metatarsais
7 Metatarsais / Metatarsais
8 Metatarsais / Metatarsais
9 Metatarsais / Metatarsais
10 Metatarsais / Metatarsais
11 Metatarsais / Metatarsais
12 Metatarsais / Metatarsais
13 Metatarsais / Metatarsais
14 Metatarsais / Metatarsais
15 Metatarsais / Metatarsais
16 Metatarsais / Metatarsais
17 Metatarsais / Metatarsais
18 Metatarsais / Metatarsais
19 Metatarsais / Metatarsais
20 Metatarsais / Metatarsais
21 Metatarsais / Metatarsais
22 Metatarsais / Metatarsais
23 Metatarsais / Metatarsais
24 Metatarsais / Metatarsais
25 Metatarsais / Metatarsais
26 Metatarsais / Metatarsais
27 Metatarsais / Metatarsais
28 Metatarsais / Metatarsais
29 Metatarsais / Metatarsais
30 Metatarsais / Metatarsais
31 Metatarsais / Metatarsais
32 Metatarsais / Metatarsais
33 Metatarsais / Metatarsais
34 Metatarsais / Metatarsais
35 Metatarsais / Metatarsais
36 Metatarsais / Metatarsais
37 Metatarsais / Metatarsais
38 Metatarsais / Metatarsais
39 Metatarsais / Metatarsais
40 Metatarsais / Metatarsais
41 Metatarsais / Metatarsais
42 Metatarsais / Metatarsais
43 Metatarsais / Metatarsais
44 Metatarsais / Metatarsais
45 Metatarsais / Metatarsais
46 Metatarsais / Metatarsais
47 Metatarsais / Metatarsais
48 Metatarsais / Metatarsais
49 Metatarsais / Metatarsais
50 Metatarsais / Metatarsais
51 Metatarsais / Metatarsais
52 Metatarsais / Metatarsais
53 Metatarsais / Metatarsais
54 Metatarsais / Metatarsais
55 Metatarsais / Metatarsais
56 Metatarsais / Metatarsais
57 Metatarsais / Metatarsais
58 Metatarsais / Metatarsais
59 Metatarsais / Metatarsais
60 Metatarsais / Metatarsais
61 Metatarsais / Metatarsais
62 Metatarsais / Metatarsais
63 Metatarsais / Metatarsais
64 Metatarsais / Metatarsais
65 Metatarsais / Metatarsais
66 Metatarsais / Metatarsais
67 Metatarsais / Metatarsais
68 Metatarsais / Metatarsais
69 Metatarsais / Metatarsais
70 Metatarsais / Metatarsais
71 Metatarsais / Metatarsais
72 Metatarsais / Metatarsais
73 Metatarsais / Metatarsais
74 Metatarsais / Metatarsais
75 Metatarsais / Metatarsais
76 Metatarsais / Metatarsais
77 Metatarsais / Metatarsais
78 Metatarsais / Metatarsais
79 Metatarsais / Metatarsais
80 Metatarsais / Metatarsais
81 Metatarsais / Metatarsais
82 Metatarsais / Metatarsais
83 Metatarsais / Metatarsais
84 Metatarsais / Metatarsais
85 Metatarsais / Metatarsais
86 Metatarsais / Metatarsais
87 Metatarsais / Metatarsais
88 Metatarsais / Metatarsais
89 Metatarsais / Metatarsais
90 Metatarsais / Metatarsais
91 Metatarsais / Metatarsais
92 Metatarsais / Metatarsais
93 Metatarsais / Metatarsais
94 Metatarsais / Metatarsais
95 Metatarsais / Metatarsais
96 Metatarsais / Metatarsais
97 Metatarsais / Metatarsais
98 Metatarsais / Metatarsais
99 Metatarsais / Metatarsais
100 Metatarsais / Metatarsais

Salto Alto - Taco Alto

43% 57%
57% 43%
75% 25%
90% 10%

REFLEXOLOGIA PODAL

1 Cabeça / Cabeza
2 Coração / Corazón
3 Pulmões / Pulmónes
4 Estômago / Estómago
5 Fígado / Hígado
6 Baço / Bazo
7 Pâncreas / Páncreas
8 Vesícula Biliar / Vesícula Biliar
9 Intestino Delgado / Intestino Delgado
10 Intestino Grosso / Intestino Grosso
11 Rim / Riñón
12 Testículo / Testículo
13 Uterino / Uterino
14 Ovario / Ovario
15 Tireoide / Tiroides
16 Glândula Pituitária / Glándula Pituitaria
17 Hipófise / Hipófisis
18 Hipotálamo / Hipotálamo
19 Hipotálamo / Hipotálamo
20 Hipotálamo / Hipotálamo
21 Hipotálamo / Hipotálamo
22 Hipotálamo / Hipotálamo
23 Hipotálamo / Hipotálamo
24 Hipotálamo / Hipotálamo
25 Hipotálamo / Hipotálamo
26 Hipotálamo / Hipotálamo
27 Hipotálamo / Hipotálamo
28 Hipotálamo / Hipotálamo
29 Hipotálamo / Hipotálamo
30 Hipotálamo / Hipotálamo
31 Hipotálamo / Hipotálamo
32 Hipotálamo / Hipotálamo
33 Hipotálamo / Hipotálamo
34 Hipotálamo / Hipotálamo
35 Hipotálamo / Hipotálamo
36 Hipotálamo / Hipotálamo
37 Hipotálamo / Hipotálamo
38 Hipotálamo / Hipotálamo
39 Hipotálamo / Hipotálamo
40 Hipotálamo / Hipotálamo
41 Hipotálamo / Hipotálamo
42 Hipotálamo / Hipotálamo
43 Hipotálamo / Hipotálamo
44 Hipotálamo / Hipotálamo
45 Hipotálamo / Hipotálamo
46 Hipotálamo / Hipotálamo
47 Hipotálamo / Hipotálamo
48 Hipotálamo / Hipotálamo
49 Hipotálamo / Hipotálamo
50 Hipotálamo / Hipotálamo
51 Hipotálamo / Hipotálamo
52 Hipotálamo / Hipotálamo
53 Hipotálamo / Hipotálamo
54 Hipotálamo / Hipotálamo
55 Hipotálamo / Hipotálamo
56 Hipotálamo / Hipotálamo
57 Hipotálamo / Hipotálamo
58 Hipotálamo / Hipotálamo
59 Hipotálamo / Hipotálamo
60 Hipotálamo / Hipotálamo
61 Hipotálamo / Hipotálamo
62 Hipotálamo / Hipotálamo
63 Hipotálamo / Hipotálamo
64 Hipotálamo / Hipotálamo
65 Hipotálamo / Hipotálamo
66 Hipotálamo / Hipotálamo
67 Hipotálamo / Hipotálamo
68 Hipotálamo / Hipotálamo
69 Hipotálamo / Hipotálamo
70 Hipotálamo / Hipotálamo
71 Hipotálamo / Hipotálamo
72 Hipotálamo / Hipotálamo
73 Hipotálamo / Hipotálamo
74 Hipotálamo / Hipotálamo
75 Hipotálamo / Hipotálamo
76 Hipotálamo / Hipotálamo
77 Hipotálamo / Hipotálamo
78 Hipotálamo / Hipotálamo
79 Hipotálamo / Hipotálamo
80 Hipotálamo / Hipotálamo
81 Hipotálamo / Hipotálamo
82 Hipotálamo / Hipotálamo
83 Hipotálamo / Hipotálamo
84 Hipotálamo / Hipotálamo
85 Hipotálamo / Hipotálamo
86 Hipotálamo / Hipotálamo
87 Hipotálamo / Hipotálamo
88 Hipotálamo / Hipotálamo
89 Hipotálamo / Hipotálamo
90 Hipotálamo / Hipotálamo
91 Hipotálamo / Hipotálamo
92 Hipotálamo / Hipotálamo
93 Hipotálamo / Hipotálamo
94 Hipotálamo / Hipotálamo
95 Hipotálamo / Hipotálamo
96 Hipotálamo / Hipotálamo
97 Hipotálamo / Hipotálamo
98 Hipotálamo / Hipotálamo
99 Hipotálamo / Hipotálamo
100 Hipotálamo / Hipotálamo

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior Face medial Face lateral

Classificação Morfológica dos pés

Classificación morfológica de los pies

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

Calosidade e Tipos de Calos - Callosidad y Tipos de Callos

Calosidade: região ampla de pressão - Callosidad: región amplia de presión
 Calo: ponto específico de pressão - Callo: punto específico de presión

Calosidade / Callosidad
Calo / Callo

Email: revista@revistapodologia.com - Tel.: #55 - 19 - 98316-7176 - Campinas - SP - Brasil
 A lavanta en nuestro Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
 Envios desde Brasil para Brasil e para todo o mundo !!!