

revistapodologia .com

Nº 71 - Diciembre 2016



Revista Digital de Podología

Gratuita - En español

UMA CARREIRA BEM-SUCEDIDA NA ÁREA DE PODOLOGIA

Muitos profissionais se intitulam podólogos ao longo da vida por “desencravarem” as unhas dos seus clientes mesmo sem nunca terem concluído um curso aprofundado exigido na área e conseqüentemente não possuem noções de processos inflamatórios, infecciosos, biossegurança e doenças sistêmicas. Os riscos desses processos podem ser causados em pessoas saudáveis e principalmente em diabéticos, onde podem desenvolver a síndrome da neuropatia diabética, iniciando a perda progressiva de sensibilidade tátil, vibratória, dolorosa e térmica, onde o processo de cicatrização fica comprometido pela escassez de células sanguíneas no local, devido a má circulação sanguínea.

Para iniciar a profissão de Podólogo, é necessário primeiramente fazer o curso aprovado pelo MEC, onde aprenderá a lidar corretamente com possíveis intercorrências. Após adquirir o conhecimento necessário, o profissional poderá trabalhar com atendimento Home Care ou ter seu próprio espaço. Para conseguir uma boa clientela, além de muito conhecimento e saber lidar com as pessoas, é necessário ter um espaço apropriado para atendimento, com cores claras, equipamentos e produtos de alta qualidade, permitindo que seu cliente se sinta confortável e tenha o seu próprio momento de bem-estar.

É fundamental que o cliente tenha um local confortável para deitar e relaxar, enquanto o profissional trabalha em seus pés, podendo ser uma maca ou cadeira hidráulica. Facilmente higienizada por ser fabricada com estofado de ótima qualidade.

Além de belo design, primada pela qualidade e mobilidade das peças, todas elas dispõem de ajustes versáteis e encostos super práticos para o profissional) Tenha equipamentos que promovam total higiene em tratamentos de contato direto com os pés, para remoção de calos (desbaste), procedimentos de corte e perfurações, polimento de unhas, lixamento e remoção de cutículas, além de ter um diferencial dos concorrentes, como um massagador.

É de extrema importância a higienização dos equipamentos, sendo fundamental o uso de uma autoclave de qualidade, já que o espaço de atendimento deve estar dentro das normas da Vigilância Sanitária, garantindo total segurança contra contaminações.

O uso da alta frequência, que é bactericida e fungicida, é de extrema importância nos tratamentos.

Assim como possuir um ótimo Laser ou LED de baixa intensidade para melhora da cicatrização e intercorrências que podem ocorrer.

O bom profissional deve sempre se manter atualizado, tomando como referência cursos especializados no assunto, assim como produtos de qualidade que lhe garantam um bom atendimento e total segurança a seus clientes.



MACA HIDRÁULICA PARA PODOLOGIA GIRO DE 360 GRAUS - ESTEK

10x R\$ 269,00
R\$2.501,70 À VISTA



KIT MICROMOTOR ELÉTRICO PARA PODOLOGIA - CRONOS ELEGANCE + ACESSÓRIO MASSAGADOR - BIVOLT

10x R\$ 69,41
R\$645,51 À VISTA



AUTOCLAVE AMORA 04 LITROS EM INOX - BIVOLT - CRISTÓFOLI

10x R\$ 236,00
R\$2.194,80 À VISTA



HF IBAMED - APARELHO DE ALTA FREQUÊNCIA TRATAMENTOS FACIAIS E PODOLOGIA

10x R\$ 42,90
R\$407,55 À VISTA



LASERPULSE IBAMED APARELHO DE LASER E CANETA 660NM VERMELHA

10x R\$ 229,60
R\$2.181,20 À VISTA

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 71
Diciembre 2016

Director

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

- 5 - Infecciones cutáneas en la Diabetes Mellitus (DM).
Dr Alejandro Gonzalez. México.
- 12 - Tratamiento de la Onicomiosis a travez de Aceites Esenciales.
Podologa Suellen Adriana Cardoso Silvy. *Brasil.*
- 35 - Arcilloterapia: el uso de arcilla en el tratamiento de la Onicomiosis.
Podólogas Cristiane Barbosa Francelino Coura e Pauline Marcelina Cardozo Almeida - Orientador: Regina Gante. Brasil.

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.

UNHAS
SAUDÁVEIS
EM TODOS OS
MOMENTOS



LINHA ONICOUNHA

EM TODOS OS MOMENTOS DA VIDA, MERECEMOS TER UNHAS SAUDÁVEIS E ANDAR LIVREMENTE COM OS PÉS MARAVILHOSOS. O ONICOUNHA É ANTIFÚNGICO DE AMPLO ESPECTRO, QUE AJUDA A COMBATER ONICOMICOSSES E AUXILIA NA HIDRATAÇÃO E RECUPERAÇÃO DAS UNHAS.

PEÇA JÁ O SEU!

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

ina
dermocosméticos

Infecciones Cutáneas en la Diabetes Mellitus (DM)

Dr Alejandro Gonzalez. *México.*

"El dermatólogo es el único médico que puede dar diagnósticos superficiales."

- Anónimo

A PELE

La piel es un órgano extenso y complejo. La piel es un órgano vivo que pesa el doble o triple que el cerebro.

Es un órgano frontera, nuestra carta de presentación ante el mundo.

Recubre toda la superficie corporal, acabando donde comienzan las mucosas.

Su extensión depende de talla y peso (1.70 m, 70 kg)

Superficie corporal: 1.85 m²

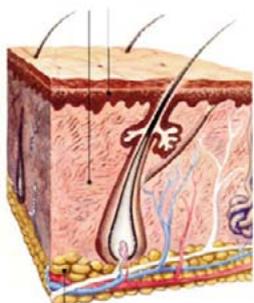
Volúmen: 4,000 cm³

Espesor promedio: 2.2 mm

Peso: 4.2 kg (6% del peso corporal)

Sangre: 1,800 cc (30% de sangre corporal)

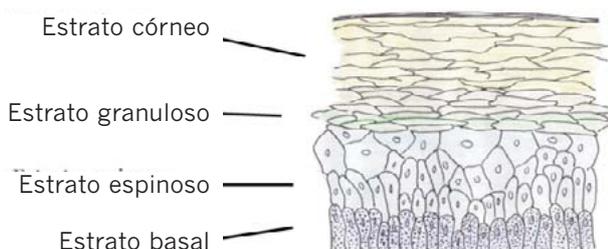
ANATOMÍA DE LA PIEL



EPIDERMIS

- Capa más superficial
- Epitelio plano estratificado
- En constante renovación
- Grosor 0.4-1.5 mm
- Constituida por queratinocitos

CAPAS DE LA EPIDERMIS



BARRERA CUTÁNEA

- Heuss 1892: naturaleza ácida de la piel
- Schade y Marchionini 1928: acuñaron el término de manto ácido
- Miller y cols. 1998: queratinocitos responsables de la formación de lípidos (defensa antimicrobiana de la piel)

MANTO ÁCIDO

EMULSIÓN EPICUTÁNEA

Manto gaseoso

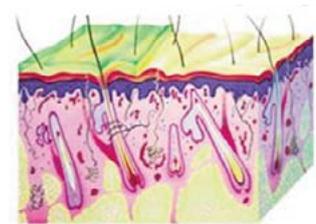
- CO₂
- Vapor de agua

Manto ácido

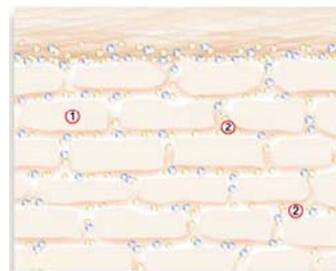
Sudor: ácidos grasos, láctico, cítrico, ascórbico, sebo: ácidos grasos libres

Corneocitos y lípidos

InterCelulares: ácidos amifínicos, ácidos grasos libres, ácido carbónico, pirrolidona



ESTRUCTURA y FUNCIÓN DEL MANTO ÁCIDO

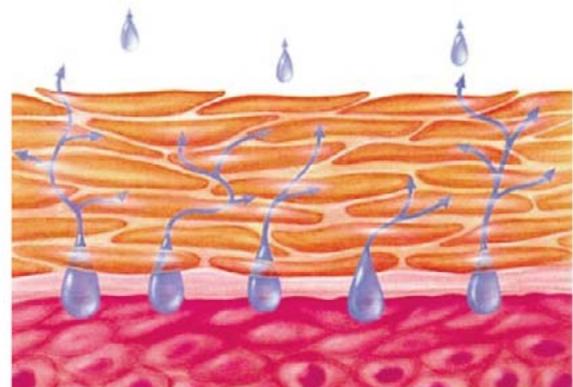


Dos compartimentos: "ladrillos y cemento"

- Canales hidrofílicos, hidrofóbicos
- Mantiene la concentración de agua no estrato córneo

1. Corneocitos
2. Lípidos epidérmicos

FACTOR NATURAL DE HUMECTACIÓN



Normalmente el estrato córneo contiene 10 - 30% de agua necesaria para mantener la humedad y flexibilidad de la piel

FACTOR NATURAL DE HUMECTACIÓN

- Queratina
- Derivados de la filagrina: ácido aspártico, ácido pirrolidón-carboxílico, ácido urocánico.
- Urea, sodio, potasio, fosfatos
- Retém água dentro dos queratinócitos e reidrata o estrato córneo

LIPÍDIOS EPIDÉRMICOS

- Ceramidas: 40-50%
- Colesterol: 25%
- Ácidos grasos libres: 25%

Estrato Córneo

El estrato córneo integro

- Histidina- Ac. Uraánico
- Protección endógena UV
- Inmunosupresión
- Ca de la piel

Fatores que podem afectar e pH de la superficie

- Endógenos no relacionados com patologia (edad)
- Endógenos relacionados com patologia (D.A.)
- Exógenos (jabones)

Fatores Endógenos

Fatores endógenos no relacionados con la idade.

- Diferencias raciales
 - Raza Negra menos ácidos
- Variaciones topográficas
 - Ventanas alcalinas
 - Axila, ingles, pliegues submamários, interdigital
- + Glándulas sebáceas
 - Espalda, pecho
 - Menos ácido uraánico x humedad

Mujeres pH 5.26 Hombres pH 5.06

DIABETIS MELLITUS

El pH de los superficie cutánea se ve alterado en los pacientes con DM

- Intertriginosa
- Axilar
- Inguinal

Diabetes Care April 1993 vol. 16 no. 4 560-563

La piel y obesidad

Obesidad y fisiología cutánea

- Barrera cutánea
- Glándulas sebáceas, apócrinas y écrinas
- Colágeno
- Circulación sanguínea y linfática.

Barreira epidérmica

Existe correlación entre IMC y funciones epidérmicas

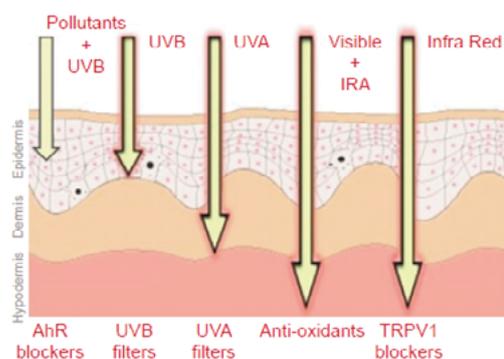
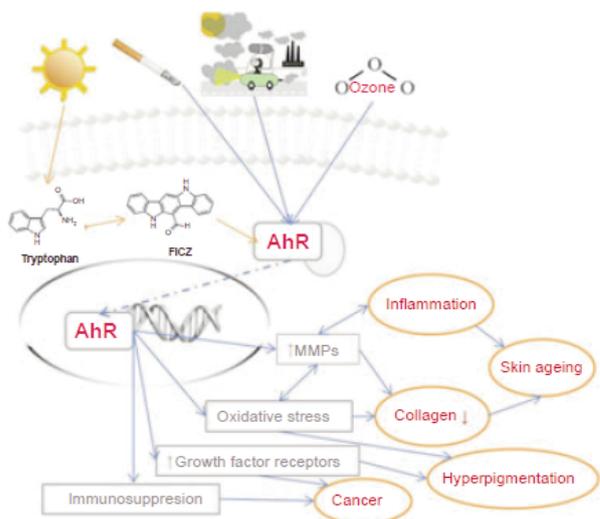
- Aumento de perdida de agua transepidérmica
 - Eritema
 - Piel seca
 - Reparación epidérmica alterada
- Skin Res Technol 2002;8:19-22*

Glándulas

- Sebáceas
 - ↑ producción de sebo
- Apócrinas y écrinas
 - Alteración del pH (se vuelve alcalino)
 - ↑ Calor → ↑ Sudoración → ↑ humedad y maceración

SkinResTechno2002;8:19-22 ,Clin Dermatol 2004;22:360-6

Factores extrínsecos



International Journal of Cosmetic Science, 2013, 35

INTRODUCCIÓN

La DM es una enfermedad que afecta múltiples órganos y sistemas.

30%-91% de los pacientes con DM tendrán involucro cutáneo durante el curso de su enfermedad

La fisiopatología de la DM y sus complicaciones:

- Vasculopatía
- Neuropatía
- Alteraciones Inmunológicas
- Defectos en la síntesis de colágeno
- Mal control glicémico

Contribuyen al desarrollo de las diferentes manifestaciones cutáneas.

Tabor, Camille A; Parlette, Eric C; "Cutaneous Manifestations of Diabetes: Signs of poor glycemic control or new onset disease", Postgraduate Medicine; Sep/Oct 2006; 119, 3; ProQuest Central

Las manifestaciones cutáneas de la DM, se clasifican en 4 grupos:

1. Enfermedades cutáneas asociadas a DM
2. Infecciones cutáneas
3. Manifestaciones cutáneas de las complicaciones de la DM.
4. Reacciones cutáneas secundarias al tratamiento de DM

Infecciones bacterianas

Infecciones por estafilococo y estreptococo.

- Impétigo
- Foliculitis
- Forunculosis
- Ectima
- Erisipela
- Celulitis
- Otitis maligna externa
- Eritrasma



FOLICULITIS



Antibióticos antiestafilocóccicos:

- Dicloxacilina ó cefalexina 500mg c/6 horas
- Jabones antisépticos
- Medidas generales

FURUNCULOSIS



Antibióticos antiestafilocóccicos:

- Dicloxacilina ó cefalexina 500mg c/6 horas
- Jabones antisépticos
- didas generales

ECTIMA



Antibióticos antiestafilocócicos:

- Dicloxacilina ó cefalexina 500mg c/6 horas
- Jabones antisépticos
- Medidas generales

ERISPELA



- El paciente no se ve tóxico
- Doloroso, bien delimitado
- Puede haber ampollas



- Streptococcus pyogenes
- Sensible a penicilina (elección) ó TMP/SMX Forte 1-2 comprimidos c/12 hrs + Rifampicina 300mg c/12 hrs.
- Si grave, Vancomicina / Linezolid

CELULITES



- Paciente se ve tóxico
- BH, QS y VSG mandatórios para tomar decisiones.
- Valorar tratamiento intrahospitalario.
- Mismos esquemas que erisipela.

INFECCIONES FÚNGICAS

- Infecciones por Cándida
- Onicomicosis
T.m. 30.8% CONTROL 4.54%
- Intertrigo
- Estomatitis
- Paroniquia

Identificación de agente mediante cultivo.
Tratamiento sistémico



TIÑA DEL CUERPO

Asociada a Diabetis



TIÑA DE LOS PIES

- Interdigital (intertriginosa)
- Vesiculosa
- Hiperqueratósica

Pueden coexistir dos o más variedades.

INTERDIGITAL



VARIEDADE VESICULOSA



VARIEDADE HIPERQUERATÓSICA



Complicações:

- Dermatitis por contacto
- Impetigo
- Ides (dermatofitides)*

* Frecuentes en manos.

DERMATITIS DE CONTACTO MÁS IMPETIGO



TIÑA DE PIES + DERMATOFITIDES IDES EN MANO



ONICOMICOSIS

TIPOS CLÍNICOS:

1.- SUBUNGUEAL:

- Distal (OSD)
- Lateral (OSL)
- Proximal (OSP)

2.- DISTRÓFICA TOTAL (ODT)

3.- BLANCA SUPERFICIAL (OBS)

SUBUNGUEAL DISTAL



SUBUNGUEAL LATERAL



DISTRÓFICA TOTAL



TRATAMIENTO

TINHA DAS UNHAS (SISTÊMICO):

1. Griseofulvina: 330-500 mg/día (un año).
2. Ketoconazol: 200 mg/día (un año)
3. Fluconazol: 150 mg/sem. (40 semanas)
4. Itraconazol: 200 mg/día o pulsos. (3 meses o 3 pulsos)
5. Terbinafina: 250 mg/día (3 meses)

Ejemplo:

ITRACONAZOL 3 PULSOS (400 MG)



TRATAMIENTO

TIÑA DE LA UÑAS (TÓPICO):

1. Bifonazol-urea. Unguento (Oclusivo-crema. 2-4 uñas)
2. Amorolfina laca. (Aplicación semanal)
3. Ciclopirox laca. (1-2 aplicaciones semanales)

CONCLUSIONES

1. El paciente diabético siempre tiene una dermatosis asociada.
2. Siempre buscar intencionadamente trastornos metabólicos en pacientes con las dermatosis revisadas.
3. Las infecciones asociadas a diabetes siempre ameritan atención y seguimiento.
4. Promover el cuidado de la piel en el paciente diabético es de suma importancia.

Atenção Podólogos! Chegou uma solução que vai dar um grande alívio para seus clientes. Conheça a Mini Palmilha Pillow Feet!



Desenvolvidas com uma tecnologia para maior absorção de impacto as mini palmilhas **Pillow Feet** são uma solução para colar nas sandálias ou sapatos retirando a sobrecarga da parte da frente dos pés. Não são almofadas para os metatarsos, como a maioria que existe no mercado e que na maior parte das vezes não funcionam. Foram desenvolvidos com conceito ortopédico para retirar o excesso de carga que sapatos de saltos altos e sandálias rasteirinhas geram na parte da frente dos pés.

Agora os sapatos bonitos não vão ser mais castigo para os pés!!

Acesse nosso Site e entre em contato com a gente

Mini Palmilha
Pillow
F E E T

www.pelight.com.br

Tratamiento de la Onicomiosis a través de Aceites Esenciales

Podologa Suellen Adriana Cardoso Silvy. *Brasil*.

Trabajo presentado como requisito parcial para la conclusión del curso de educación profesional de nivel técnico en el área de la salud con habilitación de Técnico en Podología del INA – Instituto Brasileiro de Neuropatía Aplicada de Blumenau. Blumenau-SC, Brasil 2016.

AGRADECIMENTOS

Primeramente agradezco a Dios por haberme dado salud y fuerza para superar las dificultades.

A mis familiares por el incentivo y orientación.

A mi marido Juliano Rossi por el amor y apoyo incondicional, mismo en las horas más difíciles y de cansancio.

Muchas gracias a mi hijo amado Arturo que respetó mi ausencia dedicada a los estudios y siempre entendió que el futuro es construido de constante dedicación al presente.

A mi hermana Sulamita que de forma especial y cariñosa me dio fuerza y coraje en los momentos de dificultades.

A mi madre agradezco la forma en que me enseñó a enfrentar la barrera de la vida con humildad y garra.

A mis colegas de clase que con seguridad serán futuras excelentes podólogas, en especial a mi gran amiga Julinda, que supo dividir conmigo su amistad, dudas, su historia y buen humor.

A la profesora Márcia D. Pinheiro por la atención, cariño, paciencia y las buenas risadas.

Al instituto por la oportunidad de hacerme una profesional capacitada en el área técnica de podología.

A mí orientador Marcelo Kertichka por haberme mostrado el camino del conocimiento para obtener mi formación.

A todos los familiares y amigos que directa o indirectamente hicieron parte de mi caminata, mis muchas gracias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Anatomía

Figura 2: Onicomiosis

Figura 3: Onicomiosis Subungueal Distal Lateral

Figura 4: Onicomiosis Subungueal Proximal

Figura 5: Onicomiosis Branca Superficial

Figura 6: Onicomiosis Distrófica Total

Figura 7: Onicomiosis por Cándida

Figura 8: Paroniquia

Figura 9: Oniquia

Figura 10: Canela

Figura 11: Cedro

Figura 12: Citronela

Figura 13: Clavo

Figura 14: Lavanda

Figura 15: Melaleuca Alternifolia

Figura 16: Pachuli

Figura 17: Tomillo

SUMÁRIO

1 - Introducción

2 - Revisión Literaria

2.1 - Conceptos da Podología

2.2 - Anatomía de la Lámina Ungueal

2.2.1 – Composición de la Uña

2.2.2 - Inervación

2.2.3 - Irrigación Sanguínea

2.3 - Hongos

2.4 - Síntomas

2.5 - Onicomiosis

2.5.1 - Onicomiosis Subungueal Distal Lateral (OSDL)

2.5.2 - Onicomiosis Subungueal Proximal (OSP)

2.5.3 - Onicomiosis Branca Superficial (OBS)

2.5.4 - Onicomiosis Distrófica Total (ODT)

2.5.5 - Onicomiosis por Cándida

2.5.6 - Onicomiosis Causada por Agua Sanitaria

2.5.6.1 - Paroniquia

2.5.6.2 - Oniquia

2.6 - Causas de la Patología

2.7 - Prevención

2.8 - Procedimiento Podológico en las onicomiosis

2.9 - Plantas Medicinales

2.10 - Aromaterapia

2.11 - Aceites esenciales

2.12 - Canela (*Cinnamomum zeylanicum*)

2.13 - Cedro (*Cedrus atlantica*)

2.14 - Citronela (*Cymbopogon nardus*)

2.15 - Clavo (*Eugenia Caryophyllata*)

2.16 - Lavanda (*Lavandula Angustifolia*)

2.17 - Melaleuca (*Melaleuca alternifolia*)

2.18 - Pachuli (*Pogostemon patchouli*)

2.19 - Tomillo (*Thymus vulgaris*)

2.20 - Tratamiento a Base dos Aceites Esenciales

3 - Considerações finais

4 Referências bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

Con la demanda creciente por productos de origen natural y menos tóxicos se utilizan plantas y sus aneas como forma de tratamiento terapéutico.

El objetivo de este trabajo fue conocer el proceso de desarrollo, síntomas y factores predisponentes de las onicomiasis causadas por hongos dermatofitos, no dermatofitos y por candidiasis. Combatirlas (OSDL), (OBS), (OSP), (ODT), Paroniquia, Oniquia y por cándida en las láminas Ungueales, para contribuir con la disminución de estos casos en la población. Comprender la transmisión de estas patologías. Identificar las causas de contagio y minimizar el número de personas infectadas. Buscar la cura a través de medicamentos naturales sin agredir la salud y el bienestar ya que en la antigüedad el uso de hierbas y plantas medicinales como principio activo con propiedades antisépticas, antibacterianas, antifúngicas entre otras era de uso exclusivo para combatir miles de microorganismos que atacaban directamente el sistema inmunológico, pudiendo llevar hasta la muerte del ser humano debilitado.

El podólogo debe conocer estas diferenciaciones para entender mejor los tratamientos indicados por los médicos y colaborar analizando si el paciente está siendo sometido al tratamiento adecuado (BEGA, 2014, p. 127).

La metodología de pesquisa fue a través del levantamiento bibliográfico de libros como revistas, artículos y sitios de Internet.

2. REVISIÓN LITERARIA

2.1 Conceptos de la Podología

La podología es una rama auxiliar de la medicina, cuya actuación es dirigida para los pies por medio del estudio profundo de su anatomía, fisiología y podopatías. Desarrolla el conocimiento biomecánico del tobillo y los pies a fin de comprender la marcha y los problemas que la dificultan, pudiendo de esta forma optar por el mejor tratamiento con base en una visión amplia y multidisciplinaria. La Podología debe actuar conforme una ética científica y legal, encaminando para profesionales de otras ciencias lo que a ellos cabe tratar y tomando para sí la responsabilidad de cumplir sus atribuciones científicas (BEGA, 2014, p. 1).

Con tales conocimientos y formación, el podólogo tiene competencia para practicar procedimientos terapéuticos en el tratamiento y en el cuidado de los pies, además de actuar como agente preventivo de patologías, indicando y recomendando hábitos específicos de higiene. El podólogo no debe administrar tratamientos que no

sean de su competencia (VIANA, 2005, p. 3).

Cabe al podólogo aclarar lo máximo posible al paciente la patología de la cual es portador, y tanto cuanto posible, revelar la evolución o involución de su cuadro, alertando lo sobre la importancia de su participación en el proceso terapéutico (PIEADADE, 2004, p. 15).

El podólogo debe estar atento y observar a su cliente desde el momento que lo saluda en la recepción. Es necesario que el cliente sea observado como un todo. El modo como está sentado y la forma de cómo se levanta, su biotipo (peso y altura), la forma de caminar, y el tipo de calzado que está usando (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 32).

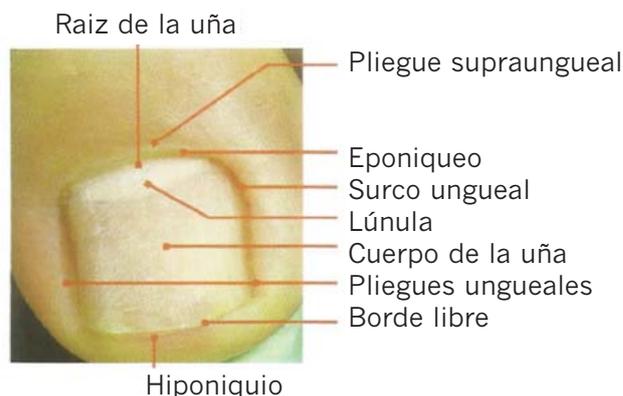
2.2 Anatomía de la lámina ungueal

La matriz o raíz de la uña asegura el crecimiento y sustitución de la lámina ungueal. Está compuesta de células germinativas en una constante reproducción, se sitúa abajo del pliegue supra-ungueal y es constantemente irrigada por los vasos sanguíneos. El pliegue supra-ungueal se localiza antes del hiponiquio y cubre la matriz de la uña. El surco ungueal es la banda fina de piel localizada lateralmente a la lámina (VIANA, 2005, p. 9).

La extremidad proximal de la lámina es formada por el eponiquio. Su función es de protección contra agentes externos como, por ejemplo, agentes químicos, evitando así que estos productos lleguen a la matriz ungueal.

La lúnula es la media luna de color blanca que se localiza en la base o en la extremidad proximal de la uña, se presenta particularmente lisa achatada y brillante. El borde libre en la parte de la lámina ungueal que se proyecta separada, fuera del lecho ungueal. Hiponiquio es el área localizada abajo del margen libre del borde ungueal, esto es, donde el lecho se desprende de la lámina ungueal. Área con gran cantidad de terminaciones nerviosas, por este motivo bastante sensible (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 30).

Figura 1: Anatomía - Fuente: VIANA.



Láminas queratinizadas cubren la última falange de los dedos, una uña tiene cuatro partes: la posterior o raíz, localizada sobre el pliegue de la piel; la lámina, se adhiere al lecho ungueal en su porción inferior; los pliegues laterales; y el borde libre. La raíz o matriz ungueal es un área semilunar de células epiteliales proliferativas parcialmente cubierta por el pliegue mundial posterior y visible, parcialmente, en un área más clara, llamada lúnula. El pliegue ungueal posterior presenta un alargamiento de la camada córnea que cubre la porción proximal de la uña, cutícula abajo de esta, el eponiquio, que adhiere la lámina ungueal. Estas estructuras son importantes porque deben ser destacadas de las uñas por procesos inflamatorios (SAMPAIO; RIVITTI, 2008, p. 11).

Se destaca que la función de las uñas son el acto de proteger los dedos de traumatismos, defensa, adorno, revelado de enfermedades sistémicas y principalmente preservar el tacto de las manos (MENDONÇA, 2004, p. 228).

Las uñas de los pies, además de poseer funciones protectoras, contribuyen para una correcta biomecánica del pie y por eso, están directamente relacionadas a todas las patologías que causan una locomoción alternada: funciones de la uña, defensa, estética, protectora y táctil (TOSTI; PIRACCINI; CHIACCHO, 2007, p. 27).

Sobre el dorso de las falanges distales de los dedos se encuentra la uña, esta, por tanto, correspondiente al engrosamiento de la camada córnea. La región engrosada de la camada basal (germinativa) es denominada matriz ungueal, en esta ocurren mitosis (división celular), por lo tanto, las células anteriormente formadas que ya se cornificaron son empujadas para adelante, dando así, el crecimiento de la uña. El lecho de la uña es compuesto por la camada basal (germinativa), esta camada es gruesa abajo de la extremidad proximal de la uña, formando una región blanquecina en forma de media luna visible a través de la uña, denominada lúnula. En la extremidad proximal de la uña, se encuentra el eponiquio (cutícula). Abajo de la punta libre de la uña, la camada córnea es gruesa y es denominada de hiponiquio. Las uñas generalmente poseen una coloración rosada en función de la extensa red capilar existente abajo de ella (SPENCE, 1991, p. 84).

Los bordes son compuestos por epitelio, en los bordes laterales ese epitelio es grueso, sin cutícula evidente, sin embargo, con camada de queratina blanda, que tiende a permanecer con una membrana fina y rugosa en contacto con la superficie ungueal adyacente, formando así los surcos ungueales laterales. En el borde proximal

epitelio es normal y, se yuxtapone a la placa ungueal (uña), su margen distal es compuesta por el eponiquio (cutícula), Este, es de gran importancia biológica, pues, proporciona el sellado que impide el acceso de fragmentos y de microorganismos al área próxima a la matriz, en la falta de esa protección, pueden ocurrir infecciones y disturbios morfológicos al sistema (BARAN; BERKER; DAWBER, 2000, p. 2).

Se dice que las uñas crecen aproximadamente 3 mm por mes a partir del epitelio grueso de la matriz ungueal. Su grosura varía de 0,5 a 0,75 mm, tanto su espesura cuanto su crecimiento pueden ser afectados por dermatosis y enfermedades sistémicas (SAMPAIO; RIVITTI, 2008, p. 441).

La uña posee vestigios de muchos oligoelementos, entre ellos el de mayor cantidad son los de zinc y de hierro. La falta de hierro puede traer hacinamiento y fragilidad en las láminas. En contrapartida, no existe relación entre las propiedades mecánicas de la lámina y su cantidad de calcio; aparentemente el rastro de calcio contenido en la uña proviene de contaminaciones ambientales. Substancias importantes para el funcionamiento y crecimiento correcto de las uñas: oligoelementos (hierro zinc y selenio), vitaminas (B6, A, C, E e Biotina), aminoácidos (cistina, arginina y ácido glutámico) lípidos (TOSTI; PIRACCINI; CHIACCHO, 2007, p. 23).

2.2.1 Composición de la uña

- Nitrógeno.
- Azufre.
- Compuestos de metales: calcio, magnesio, sodio, ferro, cobre y zinc.
- Lípidos: encontrados de 0,1 a 1% siendo colesterol el principal de ellos, actuando como plastificante. Cuando ellos son extraídos la uña se transforma en seca y quebradiza.
- Agua: de 7 a 12%, también plastificante. Cuanto menos agua en la uña, mayor su dureza. Conforme (BEGA, 2014, p. 17).

2.2.2 Inervación

La inervación de los dedos ocurre a través de nervios que se originan en el nervio tibial anterior y posterior la inervación corre a través del quinto dedo y de la mitad medial del cuarto dedo recibe inervación sensitiva por el ulnar. El restante se hace por medio del mediano derivan de una inervación de la epidermis, la cual ya se encuentra perfectamente formada en la mitad del periodo de vida fetal. (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 27).

Los dedos son inervados a través de nervios

Turmas especiais
aos fins de semana.



INA

CURSO TÉCNICO EM PODOLOGIA

A saúde
dos pés em
suas mãos

47 3037.3068

www.inainstituto.com.br

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

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

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 16/02/2006 (Parecer CEDP nº 040 em 28/04/2008)

que se originan en el nervio tibial anterior y tibial posterior (NUSSBAUMER; JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2007, p. 53).

2.2.3 Irrigación Sanguínea

El lecho ungueal es irrigado por dos arcos arteriales los cuales son anastomosis entre las dos arterias laterales de los dedos de las manos y pies. Vasos sanguíneos de tamaño medio se ligan del pliegue ungueal hasta la articulación interfalángica proximal. Esta relación anatómica es de valor, considerándose la asociación próxima entre las enfermedades de la uña y de la articulación. Los vasos linfáticos del lecho ungueal son numerosos, más que en otras aéreas de la piel, yendo hasta el tejido adiposo. Una red de fibras nerviosas puede ser identificada con troncos terminando en la adventicia de los grandes vasos del glomus y en el tejido adiposo. Otras terminaciones nerviosas pueden ser vistas en las papilas dérmicas probablemente, terminan entre las células epiteliales. Numerosos corpúsculos de Vater-Pacini pueden ser vistos profundamente en el corium y son mayores en las puntas de los dedos. A partir del borde libre, los corpúsculos de Meissner son visualizados (SOARES, 2013, p. 17).

La parte más importante en la formación de la lámina ungueal es su irrigación sanguínea. Y a partir del momento que haya una interferencia interna o externa de esta ubicación habrá alteraciones en su formación tanto en espesura como en crecimiento. Una lámina más fina tiene crecimiento más rápido en relación a las láminas más gruesas.

Ejemplo alteración de espesura por exceso de fricción, sea por calzados inadecuados presionando el local o alteraciones ortopédicas debido a la mudanza de marcha. Patologías sistémicas también pueden afectar la lámina en relación a su espesura (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 26).

2.3 Hongos

Los hongos hacen parte del reino Fungi y son seres heterotróficos, o sea que se nutren de alimentos de las más diversas fuentes, porque no son capaces de sintetizar sus propios alimentos. Los hongos se alimentan de otros seres vivos, viviendo como verdaderos parásitos, también hace la composición de otros organismos muertos, y en este caso, son llamados de saprofitas, resumiendo: se alimentan de compuestos orgánicos (BEGA; LAROSA, 2010, p. 223).

Son popularmente conocidos como mohos, levaduras, etc., los hongos son encontrados en el

suelo, agua, plantas, aire, insectos y por esta razón llamados ubicuos (VIANA, 2009 p. 14).

El suelo es ciertamente el hábitat natural de muchos hongos delante de sus paredes rígidas, los hongos adquieren sus nutrientes de forma soluble, por absorción o por pinocitosis (la célula engloba la sustancia en estado líquido), los hongos de importancia médica, pueden ser de forma parasitaria, obteniendo así, (MORENO, 2005, nº5, p. 6).

Los hongos son inteligentes, pues no afectan la matriz ungueal que es fornecedora de su fuente alimentar. Mismo en una lámina que está totalmente tomada por el hongo, su matriz continua reproduciéndose (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 74).

Micosis es el nombre dado a las enfermedades causadas por hongos. Existen más de 230.000 tipos de hongos. Pero apenas 10% causan micosis. Como ellos están en todas partes, prácticamente todas las personas quedan expuestas a ellos (Revista Evolução dos Pés, nº 1, p. 10, agosto/2008).

Las principales enfermedades causadas por hongos son llamadas micosis, estas enfermedades se subdividen en: micosis superficiales: son infecciones limitadas a las capas más externas de la piel y pelos (por ejemplo tiña pedis) en las áreas caracterizadas del organismo. Micosis cutáneas: son infecciones que se extienden más profundamente en la epidermis, así como enfermedades invasivas de pelos y uñas causadas por los dermatofitos. Micosis subcutáneas: son infecciones que envuelven la dermis, tejidos subcutáneos, músculos y facia. Micosis sistémicas diseminadas o infecciones fúngicas diseminadas: son aquellos que están en la profundidad del organismo y que pueden atacar los pulmones, hígado, vaso y otros órganos. Son de contaminación rara, pero muy graves. Micosis oportunistas: son aquellas que agreden el organismo cuando este se encuentra debilitado, con la caída de resistencia o de una enfermedad que va a debilitar el organismo, el hongo que está presente viviendo en simbiosis como hospederero prolifera y ocasiona la enfermedad. Los patógenos oportunistas más frecuentes son candidas albicans y aspergillus fumigatos (VIANA, 2009, p. 14).

Existen factores que facilitan la infección causada por los hongos, como las alteraciones vasculares arteriales y venosas. Un calzado presionando los dedos y uñas durante varias horas del día son suficiente para provocar un proceso isquémico por la presión externa, lo que funciona como un facilitador para el surgimiento de las micosis, dificultando, por ejemplo, la nutrición

de los tejidos y la defensa por parte de las células del sistema inmunológico que necesitan de oxígeno y nutrientes bien como llegar al sitio de la agresión a través de la circulación (BEGA; LAROSA, 2010, p. 228).

Generalmente, la enfermedad afecta la población adulta entre 40 y 60 años. Raramente afecta los niños, tal vez por el rápido crecimiento de la uña, dificultando el desenvolvimiento del microorganismo (Revista *Evolução dos Pés* año V, n° 25, p. 17).

Son constituidas por casi 100 de queratina, lo que representa un gran atractivo para los hongos, por ser su principal fuente de alimento, atacados por los hongos, las láminas quedan amarillentas y se inicia un desprendimiento en los laterales, que después avanza para todas las láminas. Residuos desmenuzados, con olor desagradable, se forman sobre las uñas y la lámina llega a quedar totalmente destruida (PIEADADE, 2002, p. 88).

Los casos de micosis vienen aumentando. Parte considerable de ese aumento es debido al surgimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (AIDS) y al gran número de personas que tiene su capacidad natural de defensa disminuida (temporaria o permanentemente), en virtud de enfermedades que debilitan el organismo o del uso de antibióticos, corticosteroides y medicamentos antineoplásicos (VIANA, 2005, p. 31)

2.4 Síntomas

Oscurecimiento de la lámina ungueal, disminución del crecimiento, uñas quebradizas, estrías longitudinales o surcos transversales, ondulaciones, engrosamiento, desprendimiento, olor fétido, engrosamiento de la lámina ungueal, pérdida definitiva de la uña, hiperqueratosis subungueal, hongos en los pies, actuando sobre la piel y destrucción total o parcial de la uña. Factores predisponentes son los excesos de cuidado con las uñas retirando las cutículas con espátulas sin esterilización del instrumento de corte, zapatos cerrados, condiciones que envuelven calor, humedad y ausencia de luz, pacientes inmunodeprimidos como portadores de SIDA, personas con anemia, tiroidismo, cáncer (inmunopatías), piletas, saunas, piso de la casa, baños, angiopatías que atacan los miembros inferiores-MMII, en particular los pies (enfermedades vasculares), ancianos y niños, calzados sintéticos y la falta de cuidado con los mismos, inmunodeficiencias congénitas (alteraciones circulatorias, inmunosupresión por uso de medicamentos de cortisona (VIANA, 2005, p. 58).

Señales/síntomas: alteración del color (color verdoso, acastañada, blanquecina); disminución

del crecimiento; uñas quebradizas; estrías longitudinales o surcos transversales; ondulaciones; engrosamiento; desprendimiento; olor fétido; dolor; espesamiento de la lámina ungueal; pérdida definitiva de la uña; hiperqueratosis subungueal hongos en los pies actuando sobre la piel y destrucción total o parcial de la uña (Revista *Evolução dos Pés*, n° 1, 2008, p. 11).

El ojo clínico ha sido el método más usado en diagnósticos errados, porque los aspectos clínicos de las infecciones por agentes micóticos se pueden confundir con otras patologías. El diagnóstico necesita del examen laboratorial, del examen directo, o cultivo y, en ciertos casos debe ser complementado por exámenes histológicos e inmunohistológicos.

Estos exámenes se complementan entre sí, sin embargo, apenas para averiguar si la infección es causada por tiña *Ungueum*, candidiasis ungueal y hongos juntos. Si analizados individualmente, pueden ser mal interpretados o dar falsos negativos, conforme afirma (LECHA, 1995, p. 10).

2.5 Onicomycosis

Generalmente la enfermedad afecta a la población adulta entre 40 y 60 años. Raramente afecta niños tal vez por el rápido crecimiento de la uña dificultando el desenvolvimiento de microorganismos (Revista *Evolução dos Pés*, n° 1, 2008, p. 17).

La denominación onicomycosis es muy amplia, pues existen diversos tipos de ataques micóticos que atacan los cuerpos de las uñas (BEGA, 2014, p. 127).

Cualquier infección causada por hongos es llamada de micosis y las micosis son, generalmente, infecciones de larga duración (crónicas), porque los hongos crecen muy lentamente (VIANA, 2005, p. 42).

La microflora normal de la uña es compuesta principalmente por *Scopulariopsis brevicaulis* y *Cándida albicans*. Las infecciones se deben principalmente a la incidencia de hongos dermatofitos, en uñas aparentemente normales; en este caso la microflora desempeña papel oportunista sirviendo de reservatorio para infecciones en hospederos debilitados o predispuestos (MENDONÇA, 2004, p. 229).

Candidiasis ungueal es infección frecuente en los diabéticos, desnutridos, personas que retiran la cutícula y personas que tienen un contacto continuo con agua (Revista *Dermatología*, 2006, p. 35).

Onicomycosis es una onicopatía que afecta 90% de los casos, generalmente está relacionada a la baja inmunidad, higiene precaria y transmisión directa en baños o mismo en los instrumentales usados en el corte de las uñas. Es difícil

conseguir un tratamiento efectivo con medicación prescrita por el médico por ser oneroso, pero da buenos resultados con alimentación cuando la higienización de los locales con hipoclorito de sodio evitando mayor proliferación y diseminación de los hongos y también de una completa higienización de las uñas mejorando el aspecto de las mismas (Revistapodologia.com, nº 20, 2008, p. 5).

Todas las infecciones que afectan las uñas y la piel de la región que la circundan, generalmente son provocadas por una variedad de agentes patógenos, hongos dermatofitos o levaduras (*Cándida Albicans*) (VIANA, 2005, p. 22).

El medio se torna propicio a infecciones debido a factores externos provocados, tales como: falta de higiene, mala circulación, desgaste provocado por atrito la fase dorsal de la uña, además de disturbios provocados por patologías sistémicas (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 73).

El progreso de la infección depende de varios factores. La piel lastimada facilita la infección. Mientras que la piel íntegra es una barrera natural la humedad es importante para la colonización de los dermatofitos. De modo general los hongos pueden causar tres tipos de afecciones: micosis superficiales, intermedias y profundas. El primer grupo constituye en un hongo que realizan la queratina como subsistencia, por lo tanto, parásita en estructuras queratinizadas de la epidermis, uñas y pelos. Los hongos intermedios, no poseen poder queratolítico, piden sobre la piel y utilizan como fuente de sobrevivencia restos epiteliales o productos de excreción, estos generalmente no tienen afinidad micológica clínica. El tercer grupo comprende las infecciones cutáneas mucosas, estos pueden afectar tanto la piel como mucosas (SAMPALIO; RIVITTI, 2008, p. 703).

No podemos olvidar que el acto de comer las uñas por el hecho de quedar constantemente húmedas y con el hecho y bordes lesionadas, las hacen puertas abiertas para infecciones y hongos (Revistapodologia.com, nº 20, 2008, p. 9).

Generalmente este cuadro se manifiesta en el dedo mayor pero las patologías pueden ocurrir en cualquiera de los dedos de los pies. El hecho de no producir dolor puede ocultar la gravedad del problema entretanto, acaso no se ha tratada, la onicomicosis puede desencadenar patologías secundarias que además de la pérdida definitiva de la lámina de la uña, mantiene hongos en los pies, actuando sobre la piel, lo que seguramente para la patología de volver para las demás uñas (PIEADADE, 2004, p. 88).

Muchas veces la puerta de entrada del hongo es el despegado de la lámina que puede ser por diversos factores como: microfricción por calzados apretados o de punta fina, sobreposición de

los dedos, trauma intenso con presencia de hematoma y después afecciones provocadas por onicocriptosis. La onicomicosis puede estar por años restringida en una pequeña parte de la lámina y por cualquier alteración que puede ser sistémica o física ella pasa a ser desarrollar aumentando la extensión en un corto espacio de tiempo hasta atacar toda la la mina (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 74).

Las onicomicosis están incluidas en el grupo de micosis superficiales, las dermatofitosis, su presentación clínica más común es la subungueal distal/lateral y sus principales agentes infecciosos son el *T. Rubrum* y el *T. Mentagrophytes* (MENDONÇA, 2004, p. 236).

Mohos: especies de *Aspergillus Fumigatus* - los dos están presentes en el suelo y son altamente resistentes y no transmiten para otras personas (VIANA, 2009, p. 15).

Figura 2: Onicomicosis



Fonte:

<http://www.mdsaude.com/2012/11/micose-de-unha-onicomicose.html> Acessado em: 29 de maio de 2016.

2.5.1 Onicomicosis Subungueal Distal Lateral (OSDL)

Figura 3: Onicomicosis Sub ungueal Distal Lateral



- Fuente: VIANA.

Más común en las uñas de los pies; despegado del borde libre de la uña: la uña despega de su lecho, generalmente iniciando por los laterales y

queda hueca (onicólisis). Puede haber acumulo de material sobre la uña. Las uñas aumentan de espesura quedando endurecidas y gruesas. Esta forma puede ser acompañada de dolor y aspecto de uñas en teja o uña de gavilan. Características: uña blanquecina y espesa (Revista Evolução dos Pés, n° 1, 2008, p. 11).

Es el padrón más frecuente. Se presenta con una coloración blanca o amarilla da en el borde libre próxima al surco lateral. Puede diseminarse en el sentido proximal hasta la matriz la uña presenta espesamiento acumulo de hiperqueratosis subungueal blanca y puede fragmentarse.

Puede ser:

Primaria: se desarrolla en la uña sana.

Secundaria: se desarrolla en una uña con enfermedad inactividad. Ataca en su mayoría y el hallux y está más relacionada con la tiña ungueal la infección tiene inicio en el borde libre (hiponiquio, después de la zona distal del lecho, extendiéndose en el sentido proximal hasta la matriz (VIANA, 2005, p. 59).

2.5.2 Onicomicosis Subungueal Proximal (OSP)

Figura 4: Onicomicosis Subungueal Proximal



Fuente: VIANA.

Se inicia por la extremidad proximal, dónde se observan manchas blancas al nivel de la lúnula, comprometiendo toda la uña a medida que esta crece adquiriendo así características semejantes a la onicomicosis subungueal distal. Esta entidad es bastante rara, siendo observada con mayor frecuencia en individuos con AIDS/SIDA y con evolución en estos pacientes, para una onicodistrofia total. El dermatofito más frecuente aislado ha sido el *T. rubrum* (SIDRIM; ROCHA, 2004, p. 144).

Se inicia en el eponiquio por debajo a partir de una afección del estrato torneo de la cutícula, con lesiones sobre la forma de manchas blanquecinas en la región de la Lúnula y después invadiendo la lámina en el sentido distal (VIANA, Atlas podológico, p. 27).

Esta forma es más rara: generalmente en pacientes con SIDA; se inicia por la extremidad

proximal: se observan manchas blancas o amarillentas al nivel de la lúnula comprometiendo toda la uña. Adquiere después características la forma subungueal distal (Revista Evolução dos Pés, n° 1, 2008, p. 12).

2.5.3 Onicomicosis Blanca Superficial (OBS) o leuconíquia micótica/tricofítica

Figura 5: Onicomicosis Blanca Superficial



Fuente: VIANA.

La lesión es una mancha blanquecina. Hay pérdida de brillo debido a la porosidad acentuada de la lámina. Hay una pequeña exfoliación con presencia de algunos corneocitos todavía adheridos, dando un aspecto de "pelusa". Micosis ocurre por desgaste de la fase dorsal de la lámina el agente agresor puede ser el uso prolongado de productos químicos como esmalte y acetona.

El esmalte es perjudicial a la lámina cuando permanece por largos periodos. Esto porque la lámina se hace porosa, lo que es un ambiente propicio para la proliferación de hongos. El segundo agente químico que comúnmente participa como agresor es la acetona, que de la misma forma que el esmalte acaba provocando deshidratación de la lámina (NUSSBAUMER; JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2007, p. 90).

La lámina ungueal es invadida en la superficie, pudiendo infectar el lecho y el hiponiquio. Aparecen manchas blancas, erosivas, secas, en forma de polvo y uñas quebradizas, pudiendo invadir y destruir totalmente la uña (VIANA, Atlas Podológico, p. 27).

Es más común en la uña de los pies manchas blancas en la superficie de la uña (leuconíquia); con la evolución las manchas pican amarillentas y pueden destruir toda la uña (Revista Evolução dos Pés, n° 1, 2008, p. 12).

2.5.4 Onicomicosis Distrófica Total (ODT)

Figura 6: Onicomicosis Distrófica Total



Fuente: VIANA.

Lesión posiblemente originaria de las lesiones anteriormente descritas, que se caracteriza por la fragilización, por la caída de todas las láminas ungueales, persistiendo apenas algunos restos de queratina adheridas al lecho ungueal. Con la enfermedad y la utilización de terapéuticas erradas favorecen la evolución de la lesión (SIDRIM; ROCHA, 2004 p. 144).

Caracterizada por una evolución de todos los tipos, resultando en la destrucción total de las uñas, con producción intensa de hiperqueratosis subungueal, uñas astilladas, despegadas, espesas, con mudanza decoloración y acostumbran ser de varios años (VIANA, Atlas podológico, p. 27).

Puede ser de la forma de todas las formas anteriores destrucción y deformidades: la uña queda frágil, quebradiza y se quiebran en las porciones anteriores quedando deformadas o con algunos restos de queratina adheridos al lecho ungueal (Revista Evolução dos Pés, n° 1, 2008, p. 12).

2.5.5 Onicomicosis por Cândida

La *Cándida albicans* coloniza frecuentemente las uñas de las manos afectadas por la paroniquia crónica o por la onicólisis.

Todavía el aislamiento de la *cándida* en estas afecciones no poseen generalmente significado patológico y sus erradicaciones nos llevan a la cura o a la mejora de las manifestaciones clínicas. La invasión de la uña puede ser primaria o secundaria a una paroniquia. Presentan manchas blancas o amarillentas, alteración del piso y a veces coloración verde si hay *Pseudomonas* asociadas y tienden a despegar (VIANA, Atlas podológico, p. 28).

Figura 7: Onicomicosis por Cândida



Fuente: VIANA.

Las onicosis causadas por hongos, denomina-

das onicomicosis son "más de que un problema estético y acontecen en ambos sexos" (MENDONÇA, 2004, p. 236).

La penetración de la *cándida* en el interior de la lámina ungueal (onicomicosis por *cándida*) es un evento raro y debe llevar a procurar un déficit inmunológico. Es observado casi que exclusivamente en los pacientes portadores de HIV o de *Candidíase Mucocutania Crónica* (TOSTI; PIRACINI; CHIACCHO, 2007, p. 78).

Los hongos son protistas eucariotas, cuyo núcleo, unicelular o pluricelular, es envuelto por membrana celular con cromosomas en pares, poseen paredes rígidas constituidas por grandes polisacáridos (carbohidratos), su reproducción puede ser sexual o asexual, esta última por su vez, ocurre en la mayoría de las veces en hongo de grande importancia médica (MORENO, 2005, n°5, p. 5).

El tiempo de recuperación de una uña con micosis puede variar de 7 meses a 1 año, dependiendo de la dedicación del paciente cómo que en la mayoría de las veces abandona el tratamiento por pensar que no está resultando o que está demorando mucho. Otros no se recuperan porque no siguen el tratamiento con la frecuencia y el tiempo necesario (PIEIDADE, 2002, p. 89).

Onicomicosis, onicodistrofia o onicopatía es cualquier alteración relacionada al aparato ungueal, su diagnóstico clínico depende del aspecto macroscópico y caso necesario es rectificado por exámenes complementarios. El examen clínico del aparato ungueal nos puede dar informaciones para el diagnóstico de enfermedades dermatológicas bien como enfermedades sistémicas (insuficiencia renal, cardíaca, pulmonar, hepático, endocrina, intoxicaciones, entre otros) (MENDONÇA, 2004, p. 227).

2.5.6 Onicomicosis causadas por agua sanitaria:

2.5.6.1 Paroniquia

Figura 8: Paroniquia



Fuente: Evolução dos Pés, 2008.

CURSO DE ATENDIMENTO PODOLÓGICO

AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS E PODOGERIATRIA.

Atendimento em casas de repouso e na rede de atendimento do SUS.

dohmacomunicação

 Início 30/01/2017

47 3037.3068
inainstituto.com.br

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

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

CURSO TÉCNICO em Estética



Turmas especiais aos fins de semana

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.



47 3037.3068
www.inainstituto.com.br

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

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

Es una inflamación de los pliegues y tejidos que circundan la lámina ungueal. Popularmente llamado de "uñero" y si no tratado, se hace crónico agravándose y propagándose a otros dedos. Es causada por bacterias, levaduras, hongos y virus y los principales síntomas son: dolor, edema, eritema, pus, piel brillante. Es más frecuente en personas que mantienen sus manos húmedas o mojadas y más comúnmente en mujeres (VIANA, 2005, p. 22).

Uñero: la región periungueal queda inflamada, dolorida, hinchada, enrojecida y puede presentar colección purulenta en la base de la uña. ocurre en personas que viven con las manos en el agua: jardineros, lavadoras, cocineras, etc. es más común en uñas de las manos con la evolución lleva al cuadro de Oníquia (Revista Evolução dos Pés, n° 1 2008, p. 12).

2.5.6.2 Oniquia

Figura 9: Oniquia



Fuente: *Evolução dos Pés*, 2008.

Consecuencia de la paroniquia: altera la formación de la uña, que crece ondulada y con alteraciones en la superficie; es más común en las uñas de las manos; características modificación de la coloración de la uña para un castaño-amarillento, marrón o amarillo-verdoso; destrucción total de las uñas (Revista Evolução dos Pés, n° 1, 2008, p. 12).

2.6 Causas de la Patología

Ciertas elecciones de estilo de vida predisponer el individuo a una mayor probabilidad de desarrollar una onicomycosis. Frecuentar piscinas públicas y caminar descalzo, especialmente en academias, son conocidos factores de riesgo para el desarrollo de infecciones fúngicas en los pies. Actividades atléticas pueden aumentar la probabilidad de daños o microtraumas en los pies. Microtraumas repetitivos en las uñas como presión excesiva en los dedos, puede crear un

ambiente favorable a infecciones (BARAN; ROBERT; DAWBER, 2000, p. 93).

Factores predisponentes:

Endógenos: enfermedades vasculares, diabetes e inmunopatías.

Exógenos: mala transpiración, calor, humedad, hiperhidrosis, calzados inadecuados cerrados, botas de cuero, bota de goma), uso colectivo de toallas, traumatismos repetidos, situaciones de estrés (VIANA, 2005, p. 40).

Excesos de cuidado con las uñas removiendo las cutículas con espátulas sin esterilización del instrumento de corte; zapatos cerrados; condiciones que envuelven el calor, humedad y ausencia de luz; pacientes inmunodeprimidos como los que poseen AIDS, personas con anemias; tiroidismo, cáncer (inmunopatías); piletas; saunas; pisos de casa; baños; angiopatías que atacan los miembros inferiores, en particular los pies (enfermedades vasculares); ancianos y niños; calzados sintéticos y falta de cuidado con los mismos; inmunodeficiencias congénitas (alteraciones circulatorias); inmunosupresión por uso de medicamentos (cortisona) (Revista Evolução dos Pés n° 1, 2008, p. 11).

Mantenido continuamente dentro de calzados cerrados, los pies dejan de recibir luz, elemento importante para una serie de estímulos sean ejecutados por la piel unto pasa también a quedar sobre una temperatura más elevada, lo que provoca la dilatación de su estructura y transpiración, actividad que libera agua y otros componentes favorables a la formación de hongos. Rápidamente los hongos se multiplican, constituyendo colonias que se irán a distribuida por toda la estructura de los pies (PIEIDADE, 2008, p. 90).

Muchas veces nos separamos con disturbios morfológicos que aparecen aparentemente "de la nada", pero que están íntimamente relacionados al habito cultural que poseemos de la retirada de la cutícula o eponiquio, y qué representa el margen distal del borde ungueal proximal. La importancia biológica de la cutícula es grande, puesto que proporciona el sellado que impide el acceso de fragmentos y de microorganismos al área que da origen al cuerpo de la estructura córnea de la uña. Cuando esta protección es perdida puede ocurrir inflamación, resultando en infecciones, o puede aparecer una irritación en el origen de la uña (SOARES; RANGEL, 2013, p. 12).

El uso de calzados cerrados aumenta la compresión. El momento de aceleración en la marcha intensifica el trauma (ejemplo: maratonistas aficionados qué constantemente pierden una, dos o hasta tres uñas), qué compromete la vascularización del dedo, por compresión (VIANA, 2007, p. 93).

2.7 Prevención

Es importante mantener los pies frescos y secos y usar medias y zapatos limpios para prevenir el arrastramiento de la infección y la reinfección. Caminar descalzo debe ser evitado, especialmente en superficies que pueden tener alta densidad de esporas fúngicas. La tijera usada para cortar las uñas infectadas no debe ser usada para las uñas normales. De la misma forma, individuos infectados no deben compartir tijeras con individuos no infectados dentro de la misma familia (BARAN; ROBERT; DAWBER, 2000, p. 93).

No existe un corte padrón para uñas de los pies. Antes de cortar una uña, debemos tener en cuenta el formato de la lámina en los bordes libres. Si ella es de formato redondeado, debemos cortadas siguiendo ese formato. Si es cuadrada, deberá ser cortada cuadrada evitando siempre de dejar puntas en sus laterales, respetando siempre para no invadir los pliegues ungueales en algunos casos debemos llevar tener en cuenta algunos factores antes de efectuar el corte de la lámina ungueal, ejemplo: mujeres embarazadas, obesos, personas que van a pasar muchas horas sentadas o que tienen disfunción circulatoria. Estos individuos deberán tener las uñas recortada no muy cerca de los bordes para evitar que las láminas lastimen los bordes ungueales en el caso de que ocurran edemas (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 35).

Dar orientación al paciente sobre los cuidados con los pies y los calzados, sirviendo de esta forma de coadyuvante en el tratamiento médico (PIEDADE, 2004, p. 89).

2.8 Procedimiento Podológico en las onicomicosis

Para marcar una conducta de procedimiento en una lámina con onicomicosis, es necesario evaluar el grado o la etapa que la patología presenta. Es importante que el profesional podólogo consulte con el cliente hace cuánto tiempo que la patología está instalada, si se ha consultado el médico como si tiene diagnóstico confirmado, Si utilizo o está utilizando algún medicamento y por cuánto tiempo. Estas informaciones son importantes para definir la línea de conducta a ser tomada (JUSTINO; JUSTINO; BOMBONATO, 2011, p. 75).

Es función del podólogo el de hacer una asepsia al paciente y la higienización del pie atacado por la patología, usando las técnicas existentes como: corte de las láminas con desbridamiento; rebajamiento de los planos ungueales; remoción de detritos córneos en los pliegues de las uñas; remoción de las partes ya destruidas de las lámi-

nas; aplicación de ortesis acrílicas en el lugar de las partes removidas. El tiempo de recuperación de una uña con micosis puede variar de 7 meses a 1 año, dependiendo de la dedicación del paciente, que en la mayoría de las veces abandonan el tratamiento por encontrar que no está dando resultado o que está demorando mucho. Otros no se recuperan porque no siguen el tratamiento con la frecuencia y el tiempo necesario (PIEDADE, 2002, p. 89).

La retirada mecánica de gran parte de los hongos disminuye la velocidad de crecimiento de la colonia y acceder a la acción de la medicación antifúngica; mejorar la vascularización, pues el engrosamiento de la lámina provoca compresión en extremidad del dedo. La mejoría estética con el procedimiento podológico recuperar la autoestima del cliente, lo que disminuye el alto índice de abandono del tratamiento médico. La mejoría de la autoestima eleva la inmunología; la resina protege del acumulo de residuos; la resina impermeabiliza la lámina, tal cual la laca de los medicamentos antifúngicos actuales, lo que disminuye la humedad y reduce la proliferación fúngica la resina es importante en la preservación del lecho y en la mantención del surco ungueal (VIANA, 2007 p. 93).

En el laboratorio de la Universidad Anhembi Morumbi, realizamos la cultura de hongos en diversos casos y aplicamos "in vitro" algunos aceites esenciales que comprueban su eficacia a través de las fotos que pueden ejemplificar este estudio. Observamos que algunos hongos son más susceptibles a una clase de aceites esenciales y que otros hongos son más resistentes, por eso el suceso del tratamiento se hace a través de "blands", asociando tipos diferentes de ese producto. Constatamos la efectividad de los aceites esenciales de clavo, tomillo y Melaleuca, como los principales antimicóticos naturales. Es un foco de contaminación para diversos microorganismos, en especial los hongos y las bacterias patogénicas y, resultado del antifungigrama con óleo esencial de Melaleuca: notar que estos hongos son menos sensibles a la Melaleuca y eso será porque dependiendo del hongo él puede ser afectado por componentes Melaleuca, del clavo o del tomillo, por eso el "bland" estos aceites ataca un número mayor de hongos (Revista Evolução dos Pés, nº 4, 2009, p. 4).

2.9 Plantas Medicinales

Las plantas medicinales son conocidas por la humanidad hace muchos siglos, siendo utilizadas en aplicaciones terapéuticas, alimentar condimentar, aromáticas y perfumistas. Cuidados especiales con el origen identificación de las semillas y mudas, cultivo y manejo, cosecha y

selección de materia prima vegetal deben ser tomados cuando éstos tienen como fin una producción comercial, muy diferente de un plantío doméstico. La utilización de agrotóxicos en los alrededores también debe ser observado. Así, aconsejamos la ayuda de un profesional del área agronómica cuando se objetiva el plantío para extracción de aceites esenciales (WOLFFENBUTTEL, 2010, p. 3). El empleo de plantas medicinales como instrumento de cura pasó por diferentes paradigmas a lo largo de la historia de la medicina. Se entiende por paradigma "el conjunto de ideas y concepciones de una sociedad durante un intervalo de tiempo". Utilizadas inicialmente de forma empírica, fruto del conocimiento repasado entre las generaciones, las plantas medicinales se hicieron alvo de interés para las pesquisas científicas como aliando así, diferentes percepciones sobre este instrumento terapéutico (LEITE, 2009, p. 4).

La sobrevivencia del hombre en los tiempos más antiguos dependía y, también, de su capacidad de reconocer por el olfato o por el paladar, los signos de peligro. Las plantas venenosas, los olores de la naturaleza, el sabor y el olor de los alimentos, el descubrimiento de hierbas medicinales todo fue estableciendo una memoria de los efectos de cada aroma sobre el hombre (Viverbem com aromas, 2001, p. 6).

Los aceites esenciales son tipos de hormonas que ayudan a las plantas en el crecimiento, protección contra parásitos y polinización. Para nosotros los aceites esenciales son principios activos, una vez que poseen componentes químicos con actividades farmacológicas que actúan sobre varios sistemas como: el sistema linfático, inmunológico, cardiovascular, digestivo, respiratorio y genitourinario (SILVA, 2004, p. 9).

Es importante definir qué fitoterápico es una sustancia producida a partir de la planta entera, sin manipulación química, en cuanto fitofármaco es un medicamento hecho con los principios activos manipulados, retirado de las plantas.

Los aceites esenciales son fitoterápicos, pues la fitoterapia engloba tanto los activos hidrosolubles, los extractos y las soluciones madres, como los aceites esenciales liposolubles. Su utilización terapéutica, para establecer y ayudar la salud de la población, está amparada por la medicina tradicional (WOLFFENBUTTEL, 2010, p. 9).

Los medicamentos tópicos son de venta libre en el mercado, además de los aceites esenciales y la terapia fotodinámica, son medios utilizados por los podólogos en la terapia de las micosis. Sean ellas las onicomicosis, las tiñas de los pies o las interdigitales (Revista Evolução dos Pés nº 4, 2009, p. 4).

2.10 Aromaterapia

La aromaterapia nos hace despertar para la necesidad de desarrollar nuestra sensibilidad olfativa si deseamos tener el máximo aprovechamiento de las riquezas del mundo natural. Los aromas emanados de las plantas se deben particularmente a la presencia de momentos de dificultad, cuando nuestro equilibrio físico o mental se encuentra en desajuste. Tales esencia volátiles, poderosas, escondidas en minúsculas glándulas del interior de las plantas, contienen muchas propiedades benéficas y son usadas en la aromaterapia para aumentar la vitalidad y mejorar la salud (PRINCE, 1999, p. 8).

Muchos poderes son atribuidos a las plantas fragantes, y ellas han sido usadas a lo largo de la historia en la busca por la felicidad y la salud, en la medicina, en la religión, en la magia y en la cosmética. En las civilizaciones primitivas se quemaban maderas y oleos perfumados para la comunicación con los dioses o con el exorcismo de demonios.

Todavía hoy los inciensos son usados en ceremonias religiosas. Los masajes con aceites aromáticos, además suavizar y perfumar la piel (MAXWELL, 2000, p. 10).

Es un arte oriental practicado hace millares de años. Aunque no sea una práctica nueva, no es tan conocida por el occidente, pues muchas veces, lleva mucho tiempo para que las técnicas orientales puedan ser adaptadas. Además de eso, las industrias farmacéuticas no se interesan en curas naturales, especialmente por éstas no ser parte de los intereses comerciales del comercio químico. Los que vivimos en el Occidente tenemos una visión completamente diferente de las personas que viven en Oriente, particularmente en lo que se refiere a salud. En Occidente, cuando alguien se enferma, se procura un médico, que frecuentemente receta medicamentos para tratar o curar la enfermedad.

Entre tanto, estos medicamentos producidos en laboratorios contienen productos químicos sintéticos, que pueden perjudicar nuestra salud. La industria farmacéutica es un gran negocio y los médicos son, muchas veces, influenciado por las ventas de los laboratorios que recetan sus productos (Aromaterapia como ela pode melhorar sua vida, p. 6).

Aromaterapia o medicina aromática desciende directamente de la fitoterapia que existe hace tiempo suficiente para que sea posible considerar su valor terapéutico y su acción fisiológica benéfica. Es una medicina natural no traumatizante y privada de toda toxicidad (ALZUGARAY; ALZUGARAY, p. 49).

Aromaterapeutas holísticos creen que aceites esenciales penetran y afectan la mente y el cuerpo a través de sus rutas principales: el sistema olfativo y la piel. Los investigadores todavía no deben entregar prueba científica de esto, aunque estudios específicos a este respecto del olfato y de los efectos de los aceites esenciales sobre la mente estén actualmente en continuo avance en universidades tanto en el Reino Unido cuanto en los Estados Unidos. Es sabido que los aceites esenciales funcionan estimulando el sistema nervioso central cuando son inhalados, y que penetran a través de los vasos capilares y tejidos celulares cuando son aplicados sobre la piel (PRINCE, 1999, p. 16).

2.11 Aceites esenciales

Las plantas exhalan perfumes, en virtud de sustancias químicas presentes en las raíces, tronco, hojas, flores y frutos cuando estas sustancias son extraídas y concentrada, tenemos los llamados aceites esenciales, estos son extremadamente volátiles, dispersándose naturalmente en el aire (Viver bem com aromas, 2001, p. 3).

Los aceites esenciales para aplicación en aromaterapia deben ser: exentos de sustancias sintéticas. Sin adicciones, mismo de otros aceites esenciales. Sin la retirada de constituyentes químicos naturales. Con el avance de la tecnología, se puede extraer el aceite esencial de la especie vegetal y, entonces, retirar componentes bergapteno del aceite esencial de naranja, sin el bergapteno, entonces este óleo esencial no será completo caso se opte por eso, debe constar en la etiqueta del producto lo siguiente: "sin bergapteno, retirado químicamente" (WOLFFENBUTTEL, 2010, p. 40).

Para que la práctica sea efectiva es necesario conjugar las dosis de dilución del aceite esencial indicado con la aplicación correcta. Para todas las combinaciones es fundamental que él preparó se ha realizado apenas para una aplicación, teniendo en consideración las fechas de vencimiento de los aceites esenciales. También es importante efectuar la prueba de toque, aplicándose un test sobre la piel y esperando el resultado 24 horas antes de hacer el tratamiento (CORAZZA, 2002, p. 260).

Los aceites esenciales son poderosas sustancias curativas capaces de ayudarnos en los periodos más problemáticos de nuestras vidas. Eso quiere decir que ellos pueden ser usados en los momentos en que nuestro equilibrio físico y mental este agitado (PRICE, 2014, p. 19).

Los aceites esenciales son en general de color claro, transparente y no oleoso, sin embargo algunos pueden ser viscosos y coloridos.

Todos son solubles en aceites grasos y en alco-

hol, mas no en agua. Cada aceite esencial encierra una serie de propiedades y usos medicinales (HOARE; WILSON, 2010, p. 59).

Los precios de los aceites esenciales son relativamente altos, pudiendo llegar a ser altísimos. El costo de los aceites esenciales es compuesto por ítems como especie botánica de la planta, región del planeta en que es cultivado como localización del aceite esencial en la planta, cantidad de óleo esencial que esta planta posee, (rendimiento), método de extracción y otros (WOLFFENBUTTEL, 2010, p. 1).

El proceso de extracción es fundamental para garantizar sus propiedades y características muchos aceites comercializados no son prensados en frio, perdiendo su efecto terapéutico. Los aceites minerales no son usados en aroma terapia, porque no son productos naturales y evitan la absorción del el aceite esencial para el interior de la piel. Diferentemente de los aceites esenciales, los transportadores presentan alto potencial de rancidez; la combinación con vitamina ayuda a evitar su oxidación (CORAZZA, 2002, p. 89).

2.12 Canela (*Cinnamomum zeylanicum*)

Figura 10: Canela



Fuente:

<http://emc.viaeptv.com/dbimagens/BL110920101104111.JPG> Visitado en: 06 set. 2016.

Considerada por los antiguos como una de las más importantes fragancias aromáticas, la canela ya era comercializada entre la India, China y Egipto hace más de 4000 años. En el 2700 AC el emperador chino Cheng-nung registro en su farmacopea con el nombre de "KWEI". Hay varias menciones de ella en la Biblia existen leyendas diciendo que la reina de Saba la entregó al rey Salomón cómo uno de los aromas destinados a ungir El Arca de la Alianza, qué contiene los códigos sagrados.

Composición: eugenol, ácido cinámico, aldehído bencénico, aldehído cinámico, benzoato de bencilo, furfural, safrol, cimeno, dipenteno, felandrenos, pineno (CORAZZA, 2002, p. 169).

La canela es cultivada en Sri-Lanka (antiguo Ceilán) desde 1200 d.c. hay 23 variedades de canelas y la zeylanicum, de acuerdo con Kostermans, debería ser llamada de *Cinamomum verum* prest., de las cuales hay dos subespecies siendo una *C.var. subordata* nees con hojas ovaladas e sub-codiforme y la otra *C.var. vulgare* nees, con ojas oblongas y elípticas. Además de la variedad *Zeylanicum*, otras dos variedades son usadas medicinalmente: la canela-de-saigon (*Cinnamomum loureirii* nees) y la cássi (*C. Cassia* nees). Las hojas de caneleira-del-ceilán son el principal alimento del bicho da seda (SILVA, 2004, p. 217).

2.13 Cedro (*Cedrus atlantica*)

Figura 11: Cedro



Fuente:

http://www.tudosobreplantas.com.br/img/upload/tudosobreplantas_371369_VG.jpg Visitado en: 06 set. 2016.

Este árbol perenne, alto e intensamente aromático crece a una altura de más de 33 metros y vive más de 1000 años. El aceite esencial era usado por los antiguos egipcios en el embalsamamiento, en la fabricación de cosméticos y en la perfumería. En el Tíbet como todavía es utilizado en la medicina tradicional y como incienso en los templos. El el aceite esencial tiene una profunda coloración ámbar y un aroma alcanforado y leñoso. Es usado en ungüentos antisépticos y perfumes, teniendo cualidades como calmante y receptiva.

Propiedades: antiséptico, astringente, expecto-

rante, diurético, antimicótico, insecticida, Sedativo y tonificante (HOARE, 2010, p. 65).

El aceite de madera cedro fue posiblemente el primer aceite esencial a ser extraído de una planta, siendo usado por los egipcios en el proceso de momificación. Ellos también lo valorizaban como ingredientes en el preparo de cosméticos, impregnaban con él las hojas de papiro para protegerla de los insectos. Usaban la madera para hacer muebles y embarcaciones. El área del Líbano fue incorporada el imperio egipcio a fin de asegurarse un suministro regular. Los aceites comerciales conocidos por el nombre de ser. El aceite de *Cedrus atlantica*, que es un cedro verdadero, es conocido como aceite de cedro de Atlas y viene de Marruecos. El otro aceite viene de *Juniperus Virginia*, un árbol conífero que crece en América del Norte. Es conocida como cedro rojo y tiene relación con el amarillo (*Thuja occidentalis*), de cuyas hojas el aceite de *Thuja* es obtenido (TISSERAND, 1993, p. 259).

Composición: atlantona, cariofileno, cedrol, cadineno, cedreno, acetil-dipenteno, ácido-limoneno-carboxílico, ácidolinoleico, ácidopalmitoleico, alo-himachalol, α y β -himachaleno, atlantona, cedrusina, cedrusina-4-glucósido, cedrusinina, centdarol, deodardiona, deodarina, deodaron, dewarina, dewarol, himachalol, isocentdarol, longiborneol 8 C-metilquercetina, Resinol mesosecisolarici, p-metil-acetofenona, p-metil- λ -3tetra-hidroacetofenona, pinitol, quercetirina (CORAZZA, 2002, p. 173).

2.14 Citronela (*Cymbopogon nardus*)

Figura 12: Citronela



Fuente:

http://www.elnougarden.com/tienda/plantas/semillas/aromáticas-y-medicinales/semillas-de-citronella-cymbopogon-nardus/citronella-pasto-de-limon-india-cymbopogon-flexuosus-semillas-naturales/image_1_large Visitado en: 06 set. 2016.

Existen más de 30 especies de *Cymbopogon*, nativo del sudoeste de Asia, clasificada en la división Magnoliophyta, clase Liliopsida, orden Cyperales, familia de las gramíneas, la citronela es una planta herbácea tropical de ciclo perenne, que se llega a cerca de 1,5 metros de altura las hojas son verdes, largas, incompletas, simples, lineares, alternas y con lígula entre el limbo y la vaina, de color verde azulada. Las flores son agrupadas en inflorescencias en forma de espigueta. El fruto es del tipo cariopse. Las semillas son ricas en endospermo. El aceite destilado de sus hojas es similar al limón, y hace siglos es usado como medicamento y fragancia, siendo muy eficiente contra los insectos. Los chinos lo utilizaban más específicamente para reumatismo en razón de ser un fuerte aroma de limón dulce cómo es usado comúnmente en la industria de perfumes y jabones (CORAZZA, 2002, p. 175).

Es una planta de clima tropical y subtropical. No soporta el frío, y las heladas causan la muerte de las plantas. En su periodo de crecimiento, es exigente en lluvias, pero próximo de la colecta el exceso de precipitaciones afecta el tenor y la calidad el aceite. Para su cultivo exige luminosidad (intensidad luminosa y horas de luz) y en calor (SILVA, 2004 p. 200).

Composición: ácido cianhídric, borneol, bourboneno, canfeno, alcanfor, cariofileno, citral, citrolena, citronelol, elemol, etanol, eugenol, farsenol, α -felandreno, furfural, geraniol, l-limoneno, linalool, mentol, metil-eugenol, mirceno, nerol, α y β -pipeño, sabinene, α -terpineol, terpinoleno (HOARE, 2002, p. 175).

Aplicación del aceite esencial: desodorante, desodorizante y purificador, perspiración excesiva, fatiga, dolor de cabeza, para piel y cabellos oleosos. Estimulante para el sistema digestivo, dolor de estómago, sufrimiento gastrointestinal, colitis, antiespasmódico, antidepresivo, tónico, antiinflamatorio, antiséptico en las enfermedades infecciosas. Circulación, músculos. Emenagogo, neurotónico, cardiotónico, febrífugo, repelente de insectos, fungicida y repelente (Corazza, 2002, p. 175).

2.15 Clavo (*Eugenia Caryophyllata*)

Figura 13: Clavo

Fuente:

<http://www.terrastock.com.br/images/full/B7258.JPG> Visitado en: 06 set. 2016.

Es un árbol en forma de columna y que puede llegar a 9 metros de altura. Crece mejor en lugares claros que a la sombra de otros árboles. Los brotes de flor en forma de caléndula tienen una tonalidad marrón rojizo, y las hojas son pequeñas y de tono grisado. Es natural de las islas



Figura 13: Cravo

Molucas y de la Indonesia, pero también es cultivado en Zanzíbar, Madagascar y Java. Buena parte del aceite proviene de Sri Lanka.

Propiedades: analgésico, anestésico, antiemético, antinevrálgico, antiséptico, antiespasmódico, estimulante del apetito como afrodisíaco, carminativo, cáustico, cicatrizante, desinfectante, insecticida, facilitador de parto, esplénico, tónico estomacal, tónico para el útero y vermifúngico (SELLAR, 2002, p. 202).

Curiosidades: por mucho tiempo el nombre científico de la planta fue *Eugenia caryophyllata*, pero actualmente es *Syzygium aromaticum*. El aceite de clavo, con bajo contenido de fenoles cómo es usado principalmente en aplicaciones farmacéuticas, en tanto lo que tienen alto contenido de eugenol e isoeugenol son usados en la síntesis de fragancia de vainilla, pero 65% de la producción mundial es molida y mezclado al tabaco para ser fumado gracias a la acción antiséptica del eugenol, es usado como un óxido de zinc en las obturaciones temporarias y preparaciones como enjuague bucal (SILVA, 2004, p. 230).

Composición: furfurool, salicilato de metilo, eugenol, acetato de eugenila, cariofileno, isocariofileno, pineno, ácido oleanólico, haviacol, kaempferol y quercetina (CORAZZA, 2002, p. 177).

2.16 Lavanda (*Lavándula Angustifolia*)

Figura 14: Lavanda

Fuente: http://mlb-d2-p.mlstatic.com/semntes-de-lavanda-verdadeira-erva-repelente-flor-belissima-721711-MLB20624517053_032016-F.jpg?square=false - Visitado en: 06 set. 2016.

El aceite esencial de lavanda es versátil y considerado eficaz en el tratamiento de más de 70 problemas de salud.

Arbusto perenne cerrado con hojas puntiagudas y flores de color púrpura azuladas, hace miles de años es usado como yerba y aceite



Figura 14: Lavanda

esencial. El mejor aceite esencial de lavanda es producido en Francia. Era un aceite para baño popular entre los romanos, que lo diseminaron por Europa. Es reconfortante y relajante, útil en el tratamiento de una gran cantidad de problemas de salud. Problemas de la piel como acné, forúnculos, el herpes labial, dermatitis, eczemas, piojos, erupciones cutáneas, tiña y quemadura de sol

Acción: estimula el proceso de cura y ayuda al crecimiento de las células, acelerando la formación de piel nueva y saludable (HOARE, 2010, p. 85).

Al contrario de lo que muchas personas piensan, la maravillosa flores purpuras que denominan las partes más bajas esa región no son de la banda propiamente dicha. La verdad, esas flores son de lavandiña (lavándula x intermedia), que resulta de un cruzamiento entre lavanda verdadera y la Lavándula Spica; además de esta última es el aroma más próximo al alcanfor, ella es mayor y produce una cantidad también mayor de aceite esencial y digo esto porque algunos aceites disponibles en el mercado con el título de la banda son hechos de lavandiña; por lo tanto, si usted quiere a la banda verdadera, verifique la etiqueta y vea si está escrito el término latino *Lavandula angustifolia*. En tanto que el aceite de lavandiña también tiene su utilidad, no será por eso que dejaremos de querer saber lo que estamos comprando no es? (PRICE, 2014, p. 241).

Composición: monoterpenos, acetato de linalilo, linalool, α -pineno, canfeno, felandreno, terpinoleno, α -tujenem, alcanfor, β -ocimento, cedreno, eucaliptol, geraniol, borneol, acetato de borneíla, terpinen-4-ol, α -terpineol, carvona, nerol, lavandulol, acetato lavandila, acetato perílico, alcohol perílico, cariofileno, cadineno, cadinol, bisabole-

no, los ácidos: acético, propiónico, ácido caproico, ácido isobutírico, ácido valérico, ácido tíglico, benzoico, p-cumárico. Cetonas: metilamil, etilamil. Aldehídos: n-heptanal (CORAZZA, 2002, p.197).

2.17 Melaleuca (*Melaleuca alternifolia*)

Esta árvore, nativa da Austrália, tem sido utilizada há muito tempo por sua característica antisséptica. Os aborígenes usavam emplastos feito com as folhas de tea tree em feridas e cortes, e queimavam as folhas para aliviar a congestão. O óleo de tea tree é uma das ferramentas mais poderosas da aromaterapia na luta contra bactérias, fungos e vírus (MAXWELL, 2000, p. 29).

Figura 15: *Melaleuca Alternifolia*



Fonte:

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/bc/Melaleuca_lanceolata.jpg Acessado em: 06 set. 2016.

La Melaleuca es natural de Australia, de la familia botánica idéntica a la del Caieput, botón de clavo, eucaliptus y niaouli.

Como existen muchas variedades de Melaleuca, es importante tener seguridad de que la que se irá a usar en aromaterapia este hecho de la especie *alternifolia*. Una de las razones es la cualidad de cineol presente no sea muy grande al punto de causar irritación de la pie.

Estudios hechos en Nueva Gales del Sur, en el año 1925 concluyeron que, la Melaleuca *alternifolia* posee propiedades antisépticas muchas veces más fuerte que el ácido carbólico, principal agente bacteriano usado en la época. Fue tam-

bién demostrado que su aceite esencial no es tóxico o irritante a pesar del alto potencial germicida, no destruye los tejidos juntamente con las bacterias (CORAZZA, 2002, p. 243).

El aceite esencial de Tea Tree Melaleuca es un antiséptico especialmente poderoso, siendo 12 veces más fuerte que el ácido carbónico o que el fenol, desinfectante químico ampliamente usado. Posee la ventaja de ser tanto hipoalergénico, atóxico y también puede ser eficaz contra una serie de condiciones bacterianas, viróticas y fúngicas (PRINCE, 1999, p. 82).

También es exclusivo entre los aceites esenciales, sea que fue constatado que es activo entre las tres categorías de organismos infecciosos, a saber, las bacterias, los virus y los hongos (HOARE; WILSON, 2010, p. 88).

Los constituyentes del aceite de Melaleuca son numerosos y complejos. Los padrones australianos actuales especifican que el debe contener un máximo de 15% de 1,8-cineol y un mínimo de 30% de (+)-terpinen-4, el principal ingrediente germicida (SCHUTZ; HANSEL; TYLER, 1990, p. 318).

Antifúngicas: plantas con acción (combaten los hongos en general) melaleuca alternifolia cheel, el aceite esencial para el uso externo, antifúngica ejn las mi cosas cutáneas y de mucosas (FERRO, 2008, p. 372).

En la piel: limpiador, refrescante y antifúngico, eficaz contra piojos, alivia forúnculos, calma quemaduras de sol, estimula la piel cortada para cicatrizar mientras la protege de infecciones, alivia el pie de atleta, infecciones de base de las uñas. Antiparasitario, ayuda a eliminar vermes. Usado en máscaras, compresas, escalda pies o inmersiones de manos aplicaciones (PRINCE, 1999, p. 82).

El aceite de Melaleuca es aplicado líquido directamente sobre el local de la infección fúngica. En el caso de infección en las uñas, córtelas, la del pie con jabón (jabón de óleo de Melaleuca es una buena opción) y aplíquelo sobre las uñas lo más profundamente posible. Repita diariamente durante seis a ocho semanas o hasta que la infección desaparezca (BALCH; STENGLER, 2005, p. 347).

2.18 Pachuli (Pogostemon patchouli)

Figura 16: Pachuli

Fuente:

<http://pantrygardenherbs.com/files/2011/01/8-24-04-035.jpg> Visitado en: 06 set. 2016.

Una planta frondosa con hojas peludas que miden 10 centímetros de largo por 13 centímetros de ancho, las flores blancas o sea en matices púrpuras, y la planta puede llegar a tener cerca



de 90 centímetros de altura. Es un arbusto que precisa de tierra fértil para crecer. El aceite es obtenido de las hojas tiernas, que son deshidratadas y fermentadas antes de la destilación. El aceite, así como un buen vino, queda mejor con el pasar del tiempo y tiene el aroma más apurado. Es producido en la India, en la Malasia, en la Birmania y en el Paraguay (SELLAR, 2002, p. 187).

El nombre “pachuli” viene deltâmul “paccialai”, que quiere decir “hoja verde”. Nativo del sudoeste de Asia e India, cultivado también en climas subtropicales, como el Paraguay. Es utilizado como fragancia para el lino y chales indios, siendo fácilmente reconocible. Aplicado en picada de cobras venenosas. Fue bastamente usado en creaciones perfumes ticas en la era hippie de los años 60. Sensual, dulce y almizclado, el aceite es credencial como afrodisíaco. Estimulante, se sobrepone a olores desagradables, aunque haya personas que sienten el pachuli como algo ofensivo. Es usado como un fijador de perfumes e inciensos. Hierba aromática que alcanza de 2 a 3 metros de altura, estadio erecto y hojas blandas opuestas y ovaladas con sus flores son blancas, con listas de color púrpura, y crecen agrupadas en espigas terminales o axilares.

Composición: patchulol, eugenol, ésteres, β -cariofileno, benzoico, cinámico, banzaldeído, calameneno, cariofileno, cinamaldeídos, patchulipiridina y pogostol (CORAZZA, 2002, p. 222).

Propiedades antidepresivo, antiséptico, afrodi-

síaco, astringente, cicatrizante, citofiláctico como diurético, antitérmico, fungicida, insecticida, sedativo y tónico. Indicaciones terapéuticas más comunes para los problemas de la piel: piel madura u oleosa, cicatrices y ulceraciones. Actúa también como estimulante del crecimiento y de la regeneración de las células de la piel, de modo que puede ayudar a reparar el tejido cicatricial y curar las heridas. Siendo astringente, es benéfico para la piel oleosa (HOARE, 2010, p. 97).

2.19 Tomillo (*Thymus vulgaris*)

El tomillo es una planta que crece con mucha rapidez. Aunque sean muchas sus variedades, diversas de ellas son bien familiares a los jardineros. Para hacer el aceite esencial, se utiliza apenas una única especie que posee pequeñas hojas con un tono verde profundo, que forma un gracioso arbusto enteramente con ramas. Su desarrollo es más abundante en el sur de Francia (PRICE, 2014, p. 270).

Figura 17: Tomillo



Fuente: <http://www.creapharma.ch/wp-content/uploads/2015/05/oregon-jardin-botanique.jpg> Visitado en: 06 set. 2016.

El tomillo es un arbusto perenne que alcanza cerca de 45 centímetros de altura. Tiene hojas verdes grisáceas aromáticas y flores púrpura claras o blancas. Existen dos aceites esenciales el aceite de tomillo rojo, que es marrón o naranja y

tiene una fuerte fragancia herbácea, y el aceite de tomillo blanco, que es un líquido amarillo claro con un aroma dulce natural y refrescante, más suave. El tomillo es conocido como un vigorizante, energizante y estimulante (HOARE, 2010, p. 104).

Composición: a-tujeno, a-pipeno, canfeno, b-pipeno, p-cimeno, a-terpineno, linalol, b-cariofileno, timol, carvacrol.

aplicación del aceite esencial: estimulante del metabolismo, del sistema nervioso, de los centros vitales y del cuerpo astral, calmante para las palpitations y el insomnio, antidepresivo, animador, antiséptico y citofiláctico, es indicado en las artritis, gripes, resfriados, asma, bronquitis, catarro, laringitis, dolor de garganta, dolores musculares, mala circulación, Cortes como abscesos, dermatitis como acné, eccemas, piel oleosa, quemaduras, lesiones como picadas de insectos, parásitos y escabiosis (CORAZZA, 2002, p. 245).

Fungicida antiviral, cicatrizante, desintoxicante, litolítico (disuelve las piedras). Fungicida: *Cándida albicans*. Antiviral: verrugas, enteritis viral, ataques constantes de virus (PRICE, 2014, p. 272).

2.20 Tratamientos a base de los aceites esenciales

La historia de la cura investiga y enseña cómo la práctica médica se desarrolla desde sus principios y gradualmente camino para el sistema moderno de asistencia a la salud. En 1800, Karl Fridedrich Burchard ya mencionaba que "la historia de la medicina y la historia de los diferentes métodos utilizados en varias épocas para curar las enfermedades" (Rosen, 1979).

En este contexto, se incluye el uso de plantas medicinales en diferentes épocas de la historia, sirviendo como instrumento para la cura de enfermedades humanas (LEITE, 2009, p. 1).

En los últimos años, las pesquisas han sido aceleradas en las universidades y hospitales de todo el mundo. Los resultados nos han proporcionado un conocimiento mucho más profundo al respecto de los aceites esenciales, así como una concientización todavía mayor de su poder excepcional (PRINCE, 1999, p. 9).

La terapia para el tratamiento de las dermatofitosis consiste en la remoción completa de las estructuras epiteliales infectadas y muertas, y aplicación de una sustancia antimicótica en el local (SIDRIM; ROCHA, 2004, p. 388).

La finalidad de esta remoción es reducir el tamaño de la población de hongos instalados en la estructura de la lámina ungueal, haciendo más eficiente el proceso de defensa, tanto por el sistema inmunológico cuanto por los estímulos de

los medicamentos adoptados (PIECADE, 2008, p. 93).

Se resalta que es necesario utilizar, especialmente en la terapéutica de uso interno, las esencias naturales de gran pureza. El dosaje a ser empleado debe ser indicado por personas experimentadas y calificadas ya que su conservación exige cuidados (ALZUGARAY; ALZUGARAY, p. 50).

3. CONSIDERACIONES FINALES

Después de hacer este trabajo concluimos que las uñas, más conocidas como láminas ungueales, son queratinizadas y cubren los dedos, tienen un crecimiento continuo durante toda la vida. La onicomicosis es una infección micótica cutánea que ataca las láminas ungueales, causada por hongos que se alimentan de queratina, sustancia que forman las uñas. Las láminas más afectadas son las de los pies de las mujeres, por el hábito de frecuentar pedicures, la retirada de la cutícula, o algunas lesiones dejan al individuo más susceptible a la entrada del parásito. Pues el ambiente húmedo, oscuro y caliente encontrado dentro de los zapatos cerrados, acelera el crecimiento de los hongos.

Por su vez el podólogo a través de técnicas estudiadas, tiene la función de identificar, higienizar, cortar, debilitar y retirar las partes destruidas de las láminas. Diagnosticar el uso de aceites esenciales fungicidas para promover la cura. Podemos prevenir esta patología con hábitos higiénicos como, corte correcto de las láminas, no andar descalzo en ambientes como saunas y vestuarios, usar siempre que posible medias de algodón, utilizar materiales de pedicura como: lijas descartables, tijeras, alicates, palitos y espátulas de acero quirúrgico esterilizados en autoclave y evitar al máximo el uso de zapatos cerrados dos días consecutivos.

Relatando que el hombre siempre buscó en el reino vegetal recursos para su supervivencia, las plantas fueron utilizadas como agentes medicinales para el tratamiento de varias enfermedades.

El objetivo de usar los aceites esenciales de canela, cedro, citronela, clavo, pachuli, Melaleuca alternifolia tomillo, como potentes agentes antisépticos y niveles de componentes fungicidas.

Las señales de mejora demoran para aparecer debido al lento crecimiento de las uñas de los pies, pudiendo llevar hasta 12 meses para renovarse totalmente, pero la persistencia es fundamental para tener un buen resultado, pues el tra-

tamiento muchas veces es abandonado y la única micosis vuelve más fuerte.

Aunque no existen hasta el momento muchas publicaciones científicas que comprueben la eficacia de la técnica en el tratamiento de onicomicosis, existe un gran potencial para la aplicación clínica de estos aceites esenciales.

En la aromaterapia es primordial saber sobre el ciclo de vida de las plantas y las condiciones de crecimiento que afectan directamente el aceite que producen.

Debemos estudiar el aceite a ser usado para el tratamiento adecuado, pues son muy eficaces y de bajo costo, pudiendo ser usados en el tratamiento de enfermedades infecciosas causadas por parásitos resistentes sin causar daños y prejuicios para la salud.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALZUGARAY; Domingo, ALZUGARAY; Cátia. Medicina natural a cura está na natureza. Editora Três. Aromaterapia como ela pode melhorar sua vida: São Paulo: Blue.

BALCH; James, STENGLER; Mark, Tratamentos Naturais: um guia completo para tratar problemas de saúde com terapia naturais. 2005.

BARAN, Robert; BEKER, David de; DAWBER, Rodney. Doenças de unha: tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BEGA, Armando, 1961. Tratado de podologia / 2. ed. rev. e ampliada – São Caetano do Sul, São Paulo : Yendis, 2014.

BEGA; Armando, LAROSA; Paulo Ricardo Ronconi. Podologia, bases clínicas e anatômicas. São Paulo: Martinari, 2010.

BEGA, Armando. Revista Evolução dos pés número 4, fevereiro/março/2009. BELO, Cinthia. Revista podologia.com nº 20, junho/2008.

CORAZZA; Sonia; Aromacologia uma ciência de muitos cheiros; IV Os Óleos Essenciais, 2002.

FERRO; Degmar. Conceitos clínicos. São Paulo: Atheneu, 2008.

HOARE, Joanna; WILSON, Sarah. Guia Completo de Aromaterapia, 2010.

JUSTINO, Conceição Aparecida de Paula; JUSTINO, Jayme Roberto; BOMBONATO, Aparecida Maria. Podologia: patologias da unha. – São Paulo: ed. Do Autor 2011.

LECHA, M. Onicomicoses. Madri: aula medicina, 1995.

LEITE, João Paulo V. Fitoterapia: bases científicas e tecnológicas/ São Paulo: Atheneu, 2009.

MAXWELL; Clare, MAXWELL; Hudson. Aromaterapia e Massagem. São Paulo : Vitória Régia, 2000.

MENDONÇA, Ignez Regina dos Santos Muri. "Abordagem estética e tratamento clínico das onicodistrofia", in: KEDE, Maria Paulina Villarejo; SABATOVICH, Oleg (Org.). Dermatologia Estética. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 7.9. p. 227-236.

MELLO, Deise. Revista Evolução dos Pés ano V. n° 25.

MORENO, Jorge Garcia. Introdução à micologia. Revistapodologia.com. São Paulo, n. 5, p. 5-6, dez-2005. Disponível em: http://www.revistapodologia.com/jdownloads/Revista%20Digital%20Gratuita%20Portugues/revistapodologia.com_005pt.pdf . Acessado em 10 maio 2016.

NUSSBAUMER, Patrick; JUSTINO, Jayme Roberto; JUSTINO, Conceição Aparecida de Paula; BOMBONATO, Aparecida Maria. Unha: Técnicas e Procedimentos no Aparelho Ungueal. – São Paulo: Páginas do Brasil, 2007.

PIEIDADE, Paulo Fernando Brochado. Podologia: Técnicas de trabalho e instrumentação no atendimento de patologias dos pés. – 2ª edição – São Paulo: SENAC, 2002.

PIEIDADE, Paulo Fernando Brochado. Podologia: Técnicas de trabalho e instrumentação no atendimento de patologias dos pés. – 3ª edição – São Paulo: SENAC , 2004.

PIEIDADE, Paulo Fernando Brochado. Podologia: Técnicas de trabalho e instrumentação no atendimento de patologias dos pés. – 5ª edição – São Paulo: SENAC , 2008.

PRICE; Shirley. Aromaterapia e as Emoções: como usar os óleos essenciais para equilibrar o corpo e a mente. 4ª edição – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

PRINCE, Shiley. Aromaterapia para doenças comuns. São Paulo: Manole LTDA, 1999.

ROCHA, Marcio. Revista Dermato, 2006, Medeurso.

SAMPAIO; Sebastiao A.P; RIVITTI; Evandro A., Manual de Dermatologia Clinica de Sampaio e Rivitti. 2008.

SCHULZ; HANSEL; TYLER Fitoterapia Racional um guia de fitoterapia para as ciências da saúde 4. Edição- São Paulo: Manole, 1990.

SELLAR, Wanda. Óleos que curam o poder da aromaterapia, tradução de Valéria Chamon. – Rio de Janeiro: Record. Nova Era, 2002.

SIDRIM, J. J. C.; ROCHA, M. F. G. Micologia médica à luz de autores contemporâneos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

SILVA, Adão Roberto da. Aromaterapia em dermatologia e estética. – São Paulo: Roca, 2004.

SOARES, Adriane do Espírito Santo Rangel. 1973 Unhas: espelho da saúde e reflexo de doenças. – Vila Velha: Above publicações, 2013.

SPENCE, Alexander P. Anatomia humana básica. 2. ed. São Paulo: Manole, 1991.

SUPRINO, Maria de Lourdes Lozzi; SUPRINO, Dirson Roberto Araujo. Revista Evolução dos pés número 1, agosto/2008.

TISSENROUND, Robert. A arte da aromaterapia. – São Paulo: Roca, 1993.

TOSTI; Antonella, PIRACCINI; Bianca Maria, CHIACCHO; Nilton Di. Doenças das Unhas: Clínico Cirurgico. São Paulo: Luana Livrarias Editora, 2007.

VIANA, Maria Auxiliadora F., Atlas Podológico.

VIANA, Maria Auxiliadora F., Fundamentos de Teoria Podologica. 1ª edição – Contagem : Líthera Maciel, 2007.

VIANA, Maria Auxiliadora F. Manual de procedimentos podológico. 3ª edição – Contagem : Líthera Maciel, 2005.

VIANA, Maria Auxiliadora F. Manual de procedimentos podológico. 4ª edição – Contagem : FAPI, 2009.

Viver bem com aromas. São Paulo: Melhoramentos, 2001.

WOLFFENBITTEL, Adriana Nunes. Base da química dos óleos essenciais e aromaterapia: abordagem técnica e científica. – São Paulo: Roca, 2010.



ebook VALORIZANDO O PODÓLOGO

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

www.podologiaatual.com.br

HairBrasil Profissional

16ª Feira Internacional
de Beleza, Cabelos
e Estética

Wanderley Nunes - Clube Vip HAIR BRASIL
Beauty: Monique Couto / Stylist: Rica Benozatti / Foto: Máximo Jr.

21 A 24
ABRIL
2017

EXPO CENTER NORTE
SÃO PAULO

As marcas que fazem a cabeça dos clientes com LANÇAMENTOS IMPERDÍVEIS e WORKSHOPS inspiradores

Mais de 500 marcas apresentando as últimas novidades para o mundo da beleza.



INSPIRAÇÃO

Lançamentos para todos os estilos em cabelos, maquiagem, estética, podologia, unhas e muito mais!

➤ Saiba mais: hairbrasil.com



ATUALIZAÇÃO

Mais de 100 workshops, congressos e eventos para atualização profissional.

➤ Saiba mais:
congressos@hairbrasil.com.br



PROCRAME-SE

Antecipe sua inscrição e garanta desconto no ingresso.

➤ Saiba mais:
atendimentoprofissional@hairbrasil.com.br

Realização

Gestão e realização

Apoio Institucional

HairBrasil
Profissional

São Paulo
feiras comerciais

ABIHPEC
Associação Brasileira da Indústria de
Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos

intercoiffure
MONDIAL
PARIS - SÃO PAULO - RIO DE JANEIRO

intercoiffure
BRASIL

Tel.: (11) 3897.6100 / (11) 3199.6100
atendimentoprofissional@hairbrasil.com.br

hairbrasil.com

[Facebook](#) [Twitter](#) [Instagram](#) [LinkedIn](#) [YouTube](#) @HairBrasilProfissional

Arcilloterapia: el Uso de la Arcilla en el Tratamiento de la Onicomycosis

Podólogas Cristiane Barbosa Francelino Coura y Pauline Marcelina Cardozo Almeida - Orientador: Regina Gante. *Brasil*.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue hacer un levantamiento de los efectos de la utilización arcilla verde en el tratamiento de la onicomycosis, que significa infección fúngica que ataca la lámina ungueal, con el objetivo de identificar si su utilización conciliaba con el procedimiento de remoción de la parte afectada de la lámina ungueal, favorecer el crecimiento de las uñas sin nuevas manifestaciones patológicas, buscando comprender si hay relación directa entre el uso de la arcilla verde y la disminución o remisión de la onicomycosis y cuáles serían las condiciones físico-química del producto asociadas al pronóstico. La muestra fue realizada en 10 pacientes residentes en la región de Lorena, Guaratinguetá e Itapeva (interior de São Paulo, Brasil) municipios del estado de San Pablo, atendidos por las investigadoras en su actuación profesional por un periodo de seis semanas después de la intervención de la remoción de la área afectada de la lámina ungueal y aplicación de arcilla verde. La investigación se desarrollo a través de la colecta de datos in loco. Los pacientes estudiados son clientes de las investigadoras, con más de 18 años, no diabéticos y no portadores de psoriasis, y tuvieron su identidad preservada ya que los datos servirán apenas para fines académicos y científicos. La onicomycosis es un problema cotidiano en la actuación clínica del podólogo y la aplicación de esta técnica de intervención irá a favorecer el atendimiento de camadas Sociales ampliada y la disponibilización de nuevas técnicas de intervención, especialmente por ser la arcilla verde un material no agresivo. La pesquisa correspondió a nuestras expectativas, la utilización de arcilla verde en el tratamiento de onicomycosis presentó un efecto positivo, pudiendo utilizar la arcilla verde como forma de tratamiento.

Palabras-clave: Argila verde. Onicomycose. Tratamento.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

A pesar de la pesquisa cualitativa y cuantitativa

pautar el presente trabajo se consideró inicialmente la utilización de pesquisa bibliográfica, pues como apunta Chirivel (2003), el primer paso de cualquier trabajo científico es la pesquisa exploratoria, que conforme afirma la misma autora, es conocida por pesquisa bibliográfica.

Después fue estructurado un guión de anamnesis, con el objetivo de la colecta de información de las personas e histórico físico de los pacientes. En esta etapa, la colecta de datos sirvió para la identificación de los pacientes.

En la evaluación cualitativa de naturaleza visual fue discutido en términos de comparación entre el estado anterior y el actual del paciente atendido, ningún protocolo específico fue utilizado.

En la evaluación cuantitativa se midió el nivel de remisión completa de los síntomas cuando confrontados el grupo de test y el grupo de control. Este índice de remisión fue obtenido al final de 6 semanas de acompañamiento.

Local de estudio

La muestra fue realizada en 10 pacientes residentes residentes en la región de Lorena, Guaratinguetá e Itapeva, municipios del estado de San Pablo, atendidos por las investigadoras en su actuación profesional por un periodo de seis semanas después de la intervención de remoción del área afectada de la lámina ungueal y aplicación de arcilla verde. La investigación se desarrolló a través de la colecta de datos.

Los pacientes estudiados son clientes de las investigadoras con más de 18 años, no diabéticos y no portadores de psoriasis, y tuvieron su identidad preservada y los datos servirán apenas para fines académicos y científicos.

Criterios de inclusión

La muestra fue constituida por un grupo que recibió la aplicación de arcilla verde y otro grupo que recibió la podoprofilaxia para fines de control, los dos grupos tuvieron la parte infectada de las uñas removidas.

Los materiales utilizados necesarios fueron, además de la arcilla verde, la estructura del atendimiento, constituido de: sillón podológico, auto-clave, armario auxiliar, luminaria, instrumental específico de podología y micromotor.

Procedimientos éticos

Después de la aprobación en el Comité de Ética y pesquisa de esta facultad los participantes firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido y fue aplicado un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas elaboradas por los propios autores de la investigación

Análisis de datos

Los datos fueron analizados de forma descriptiva cualitativa y cuantitativa. La colecta de datos ocurrió conforme cronograma después de la aprobación en el Comité de Ética y pesquisa de la Facultad.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Nuestro resultado es conflictivo, pues no existe en la literatura nacional (Brasilero) estudio prospectivo asociado a la onicomicosis con el tratamiento de arcilla verde como el nuestro parece ser el único a contemplar esta asociación. De este modo estableceremos un abordaje diagnóstico y terapéutico para los pacientes portadores de onicomicosis.

Fueron realizados exámenes micológicos en todos los pacientes (ver anexo) de acuerdo a Ruiz e Chiacchio (s/d) para el examen micológico es necesario la limpieza previa del sitio de colecta y el instrumental debe ser previamente esterilizado. El examen micológico directo y realizado después de la clarificación de las escamas. Además de la colecta y procesamiento correcto del material, podemos utilizar algunas técnicas para ampliar la precisión del diagnóstico etiológico.

Los resultados fueron divididos en dos partes: el grupo de control que tendrá la parte infectada de las uñas removidas y el otro grupo de tratamiento recibirá la aplicación de anteplasto de arcilla verde.

En nuestra muestra fueron estudiados 20 pacientes, siendo 10 para solamente el control de la onicomicosis y los otros 10 con arcilla verde. Entre ellos 10 (50%) pacientes de sexo femenino y otros 10 (50%) de sexo masculino, con edades entre 20 y 80 años y, en ambos los sexos todos presentan alteraciones ungueales.

En los estudios de Bet (2007) fueron 35 pacientes, siendo 57,1% de sexo masculino y 42,9% de sexo femenino. El promedio de edad de los pacientes entre 40 y 60 años, y de los 15 (85%) presentaron alteraciones ungueales, y en el grupo de pacientes femeninos 100% de la muestra colectada presentó alguna alteración ungueal.

ESTADÍSTICA

Grupo Tratamiento - Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Primera medida de la lesión	10	0,50	2,56	1,2000	0,60767
Última medida de la lesión	10	0,21	1,96	0,7240	0,48906
Valid N (listwise)	10				

Media \pm desvío-estándar de la primera medida = $1,20 \pm 0,61$

Media \pm desvío-estándar de la última medida = $0,72 \pm 0,49$

Valor de t (estadística) = 5,78

Sig = 0,000

Grupo Control - Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Primera medida de la lesión	10	0,09	2,85	1,0750	0,89531
Última medida de la lesión	10	0,09	2,85	1,0750	0,89531
Valid N (listwise)	10				

Media \pm desvío-estándar de la primera medida = $1,07 \pm 0,89$

Media \pm desvío-estándar de la última medida = $1,07 \pm 0,89$

Valor de t (estadística) = NR

Sig = NR

NR = No Realizado. O teste de correlación no puede ser realizado pues el erro estándar de la diferencia entre las medidas es cero.

Metodología

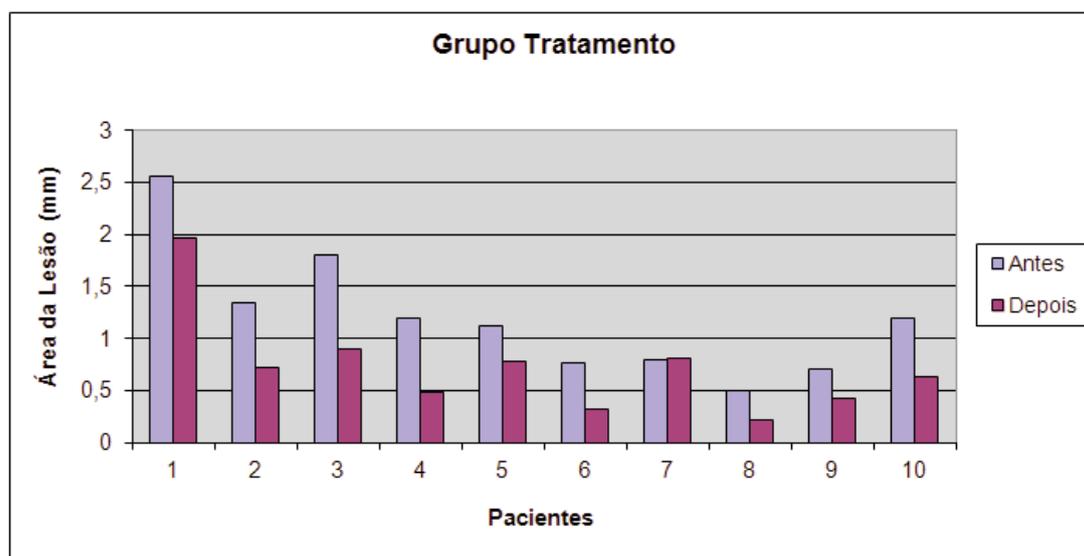
Los pacientes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos: Grupo Tratamiento (n=10) que recibió el tratamiento indicado y Grupo Control (n=10) que no recibió cualquier tratamiento.

Fueron calculadas los promedios y desvíos-estándar de las medidas de las áreas de las lesiones (en milímetros), realizadas antes y después del tratamiento de ambos grupos. En seguida, fue realizado el test t de Student para muestras pareadas y considerado significativas las diferencias menores que 5% ($p < 0,05$).

Resultados

El resultado del test estadístico Student comparado entre las medidas antes y después del tratamiento del grupo tratamiento presentó diferencias estadísticamente significativas, lo que indica que el tratamiento realizado fue determinante en las reducciones de las medidas encontradas.

El grupo control no presentó diferencias entre las medidas realizadas antes y después de los tratamientos y por eso no fue aplicado el test t. El test correlación no puede ser realizado cómo es el error padrón de la diferencia entre las medidas es cero.



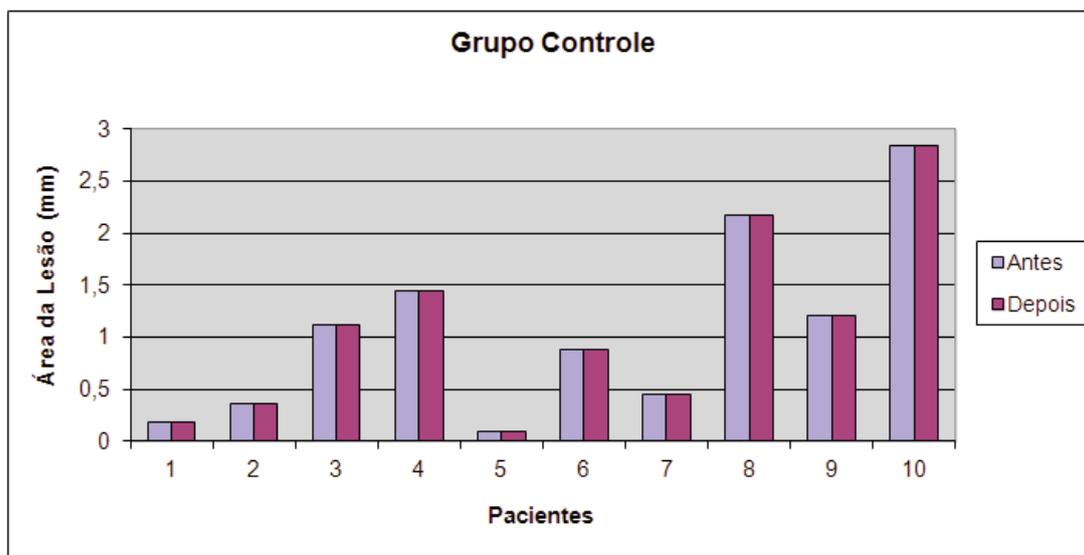


Tabla 1. Comparación de los valores Antes y Después de los Grupos Tratamiento y Control, Promedios y desvios-estándar en milímetros, valor de estadística t y p.

Grupo	Antes (mm)	Después (mm)	t	p
Tratamiento	1,20 ± 0,61	0,72 ± 0,49	5,78	0,000
Control	1,07 ± 0,89	1,07 ± 0,89	-	-

Paciente 01

La paciente nº 1 es del sexo femenino, con 40 años de edad y posee el aspecto de la uña referente a coloración amarilla disminuída.

Sus medidas tomadas con el calibre: horizontal: 1,4mm y vertical: 1,4mm.

Se observa nitidamente que la uña está con un crecimiento que no presenta infección fúngica.



Paciente 02

La paciente nº 2 es del sexo femenino y ccon 33 años de edad y posee el aspecto de la uña referente a coloración normal. Sus medidas tomadas con el calibre: horizontal: 1,2mm e vertical: 0,6mm. Visualmente la uña parece saludable, no presentando mas onicólisis y ni maceración subungueal.



Paciente 03

La paciente nº 3 es del sexo femenino y ccon 35 años de edad y posee el aspecto de la uña referente a coloración amarilla disminuída. Se visualiza que la lesión que antes era en la parte medial ahora está en la parte distal.



Paciente 10

La paciente nº 10 es del sexo femenino y ccon 36 años de edad y posee el aspecto de la uña referente a coloración amarilla disminuída. Sus medidas tomadas con el calibre: horizontal: 0,9mm y vertical: 0,7mm. Nítida diferencia en relación a la coloración amarilla reducida.



CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo levanto datos importantes de un estudio del efecto de la arcilla verde en el tratamiento de la onicomycosis, concluyendo que su utilización conciliada con el procedimiento de remoción de la parte afectada de la lámina ungueal favoreció el crecimiento de las uñas sin nuevas manifestaciones patológicas, comprendiendo así, que hay relación directa entre el uso de arcilla verde y la disminución o remisión de la micosis.

Como profesionales del área, nosotros, investigadores, desarrollamos la pesquisa en nuestros consultorios particulares debido a una curiosidad en evaluar estos efectos en una forma de sistematización y análisis científico.

Fue relevante evaluar las posibilidades de tratamiento y si es posible colocarla a disposición para el uso de los profesionales de la podología.

Los efectos que la arcilla verde tienes sobre la único micosis abre camino para nuevas investigaciones y prácticas terapéuticas.

La onicomycosis es un problema cotidiano en la actuación del podólogo y con el conocimiento de esta técnica de intervención, favorecerá el atendimento de camadas más amplias, disponibilizando nuevos medios de intervención y tratamiento, especialmente por ser la arcilla verde un material no agresivo.

La pesquisa correspondió a nuestras expectativas. La utilización de arcilla verde en el tratamiento de onicomycosis tuvo respuesta positiva, entonces el efecto de la arcilla verde podrá actuar como forma de tratamiento.

El presente trabajo demostró que la aplicación de arcilla verde sobre las uñas con onicomycosis presentó mejoras significativas en el cuadro infeccioso, estabilizando la evolución fúngica. y concluimos que para mejores resultados sería interesante el trabajo con un tiempo disponible

mayor, para qué más sesiones de aplicación ver antes plasto fueran hechas, esperando resultados más satisfactorios y hasta mismo evaluar el tiempo estimado para que la patología pudiese ser controlada o hasta curada.

REFERENCIAS

BABE, Valdomira. Efeito da fangoterapia no controle da psoríase. Centro Brasileiro de Psoríase. 5º Encontro Nacional de Psoríase. 26 de setembro de 2009.

BEGA, Armando. Podologia básica. São Paulo: A.Bega, 1998.

BET, Diego Leonardo. Prevalência de onicomycose em pacientes com psoríase acompanhados no ambulatório de dermatologia no hospital universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007

BOMTEMPO, Mário. Geoterapia. In.: GONSALVES, Paulo Eiró (org.). Medicinas alternativas: os tratamentos não convencionais 3ª. Ed. São Paulo: IBRASA, 1999.

CIRIBELLI, Marilda Corrêa. Projeto de pesquisa: um instrumental da pesquisa científica. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2003.

PIEIDADE, Paulo. Podologia: técnicas de trabalho e instrumentação no atendimento de patologia dos pés. São Paulo: SENAC, 2008.

RUIZ, Ligia Rangel B.; CHIACCHIO, Nilton Di. Manual de conduta nas onicomycoses. Diagnóstico e tratamento. Manual de Conduta. Sociedade Brasileira de Dermatologia, s/d.

TIMBY, Barbara K.; SMITH, Nancy E. Enfermagem medico-cirúrgica. Trad. Marcos Ikeda, 8ª Ed, Rev. e Ampl., Barueri/SP: Manole, 2005.

VIANA, Maria Auxiliadora Fontenelle. Manual de procedimentos podológicos. Belo Horizonte: Lithera Maciel, 2005.

ZANARDI, Daniela (et. al.) Avaliação dos métodos diagnósticos para onicomycose. Anais Bras. Dematol. 2008, v. 83, n. 2, p. 119-24

ZARAI, Rika. A minha medicina natural. São Paulo: Ground, 1991.

Visite nossa Loja Virtual
www.shop.mercobeauty.com

Somos a diferença na podologia!



LORENS FEET

Exclusivo desodorante 100% natural com poder de inibir a transpiração e esterilizar pés e sapatos.

Combate o mal cheiro proveniente dos fungos e bactérias, liberando um delicioso perfume de cidreira



MELALEUCA NANO VETORIZADO:

Sendo pioneiro na podologia com tecnologia nanométrica, de origem australiana, 100% puro e natural.

Tem super penetração atingindo fungos e bactérias com extrema facilidade. Por ser encapsulada sua molécula não oxida, evitando alergias com liberação do ativo prolongado.



EMOLUX

Emoliente concentrado com poder de remoção das áreas hiperqueratinizadas. Rende até dois litros.



KARIM

BASE FORTALECEDORA DE UNHAS:

Enrijece as unhas na primeira passada, pois contém Cálcio, Queratina e D- Pantenol, associados com Cravo, Tomilho e Melaleuca que protegem do ataque de fungos e bactérias.

Esta nova tecnologia que chega ao Brasil, pode ser usado em crianças e gestantes, pois não contém petrolato. Removível com água quente se aplicado puro ou da forma tradicional, utilizando por cima um esmalte de sua preferência.



ONICO FREE

Contem cinco fungicidas naturais: Melaleuca, Tomilho, Argam Cravo e Menta, o que faz este produto ser o responsável pela cura de todas as

Sua alta concentração de cravo e menta aumenta sua ação



CURCUMINA

Produto para ser usado com luz azul ou verde. Criado com a tecnologia de nano vetorização.

Suas partículas de cúrcuma, cravo e rosa mosqueta, são de cinco a dez vezes menores que fungos e bactérias.



HIGILUX

O primeiro antisséptico concentrado na podologia comprovado com teste laboratorial. Rende até cinco litros.



A.G.E.

ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS

Loção oleosa, altamente hidratante e cicatrizante. Formulada com óleos vegetais naturais como: girassol, milho e cenoura, Triglicerídeos de cadeia média, Ácidos graxos essenciais, Vitaminas A e E, Lecitina e Alfa Bisabolol.

Age formando uma camada que previne e trata a pele lesada. Ideal para ser usado por pessoas acamadas, que necessitam de uma alta regeneração na pele.

Fone: 11 - 2693.3723 Cel/Whatsapp: 11 - 98390.9070

e-mail: dermolorens@yahoo.com.br www.dermolorens.com.br

 **DermoLorens**
Nós tocamos sua vida.

SEJA UM
REPRESENTANTE
Lorens

Este evento está dirigido a Podólogos, Estudiantes de podología, Cirujanos generales, Enfermeros, Traumatólogos, Podiatras, Ortesistas, Etc.



FEPOAL
FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

TICP

TALLER INTERNACIONAL EN CIRUGÍA DEL PIE

14 al 16 Enero 2017, CDMX
Auditorio "Dr. Abraham Ayala González"
Hospital General de México

PROGRAMA

PROTOSCOLOS Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS
CIRUGÍA DEL PIE Y HALLUX VALGUS
CIRUGÍAS EN DIRECTO SOBRE CADÁVER



**HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO**



PROFESORES INVITADOS

Alfonso Martínez Nova

Diplomado en Podología, Universidad de Barcelona.
Licenciado en Podología por el CESPU CRL (Gandra, Portugal).
Profesor Contratado Doctor, Departamento de Enfermería,
Subdirector del Grado en Podología de la Universidad de Extremadura.
Doctor por la Universidad de Extremadura.

Rafael Rayo Rosado

Diplomado en Podología, Universidad de Sevilla.
Licenciado en Podología por el CESPU CRL (Gandra, Portugal).
Profesor Colaborador, Departamento de Podología,
Director del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla.
Doctor por la Universidad de Sevilla.

Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Director Escuela Podológica de México.
Coordinador Médico IDISA.
Medico Cirujano Universidad La Salle.
Maestría en Comunicación y Tecnologías Educativas con enfoque en Salud.
Especialista en Cirugía de Pie.
Atención a Heridas Crónicas y Pie Diabético.

SÁBADO 14 DE ENERO

07:30 a 08:30 REGISTRO E INSCRIPCIONES EN SITIO

08:30 a 09:00 BIENVENIDA Y AGRADECIMIENTOS

Pdgo. Mario Alberto Gómez Espinoza

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

Pdgo. Eduardo de la Garza

Dirección de Relaciones y Asuntos Internacionales de FEPOAL, A.C.

Dr. Alfonso Martínez Nova

Profesor Titular

Dr. Rafael Rayo Rosado

Profesor Titular

Dr. Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Profesor Titular

PRIMER PANEL

09:00 a 12:00 PROTOCOLOS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA QUIRÚRGICA

Dr. Alfonso Martínez Nova

Dr. Rafael Rayo Rosado

Dr. Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Conferencias y talleres demostrativos:

- Preparación del quirófano.*
- Preparación del cirujano: lavado de manos, colocación de bata y guantes. Principios básicos.*
- Preparación del paciente: Monitorización de constantes vitales. Preparación de la piel. Uso de torniquetes en cirugía del pie. Vendajes postoperatorios.*
- Preparación del instrumental y de los equipos: Instrumental general y específico para la cirugía del pie. Equipos de corte y fijación. Principios básicos de osteosíntesis en cirugía del pie.*

12:00 a 13:00 RECESO

SEGUNDO PANEL

13:00 a 16:00 PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

Dr. Alfonso Martínez Nova

Dr. Rafael Rayo Rosado

Dr. Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Conferencias y talleres demostrativos:

- Valoración general*
- Evaluación vascular: Pruebas hemodinámicas básicas (Índice Yao, Doppler vascular, etc.)*
- Evaluación radiológica: Diagnóstico radiológico y goniometría radiológica de interés en cirugía del pie.*
- Otras evaluaciones: Ecografía, TAC, RNM.*

16:00 TERMINO DE ACTIVIDADES

DOMINGO 15 DE ENERO

TERCER PANEL

09:00 a 12:00 PROTOCOLOS ANESTÉSICOS EN CIRUGÍA PODOLÓGICA INFILTRACIONES ANESTÉSICAS Y TERAPÉUTICAS

Dr. Alfonso Martínez Nova

Dr. Rafael Rayo Rosado

Dr. Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Conferencias y talleres demostrativos

- a) *Principios básicos en anestesia local.*
- b) *Fármacos utilizados en anestesia local.*
- c) *Complicaciones en A/L del pie.*
- d) *Técnicas anestésicas.*
- e) *Principios básicos de la infiltroterapia en los procesos del pie y tobillo.*
- f) *Indicaciones y contraindicaciones.*
- g) *Fármacos utilizados en infiltraciones terapéuticas.*
- h) *Descripción de técnicas según patologías (intralesional, perilesional, intrarticular, etc.)*

12:00 a 13:00 RECESO

CUARTO PANEL

13:00 a 16:00 CIRUGÍA UNGUEAL TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Dr. Alfonso Martínez Nova

Dr. Rafael Rayo Rosado

Dr. Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Conferencias y talleres demostrativos

- a) *Principios básicos en cirugía ungueal*
- b) *Técnicas quirúrgicas en cirugía ungueal.*
- c) *Indicaciones y contraindicaciones.*
- d) *Manejo postoperatorios de la cirugía ungueal*

16:00 TERMINO DE ACTIVIDADES

LUNES 16 DE ENERO

QUINTO PANEL

09:00 a 12:00 CIRUGÍA BÁSICA DEL PIE

Dr. Alfonso Martínez Nova

Dr. Rafael Rayo Rosado

Dr. Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Conferencias y talleres prácticos

- # *Cirugía de las lesiones básicas en la piel (papilomas, fibromas, hemangiomas, pequeños tumores)*
Presentación de casos clínicos
- # *Cirugías de los helomas básicos (heloma interdigital, heloma en fondo de saco, etc.)*
Presentación de casos clínicos
- # *Cirugías de las deformidades digitales (dedo en garra, en mazo, clinodactilias, etc.)*
Presentación de casos clínicos
- # **CIRUGÍAS EN DIRECTO SOBRE CADÁVER.**

12:00 a 13:00 RECESO

SEXTO PANEL

13:00 a 16:00 CIRUGÍA BÁSICA DEL HALLUX VALGUS

Dr. Alfonso Martínez Nova

Dr. Rafael Rayo Rosado

Dr. Edgar Ricardo Alvarez Trejo

Conferencias y talleres prácticos

- # *Principios básicos en la cirugía osteoarticular del 1º radio.*
- # *Indicaciones/Contraindicaciones*
- # *Técnicas quirúrgicas para HAV y HL*
- # *Manejo postoperatorio*
- # *Complicaciones*
- # **CIRUGÍAS EN DIRECTO SOBRE CADÁVER**

16:00 a 16:30 CLAUSURA Y ENTREGA DE CONSTANCIAS

COSTOS DE INSCRIPCIÓN

COSTOS

\$2,500 GENERAL

\$2,300 SOCIOS FEPOAL Y ESTUDIANTES

INFORMES E INSCRIPCIONES

Pdga. Verónica M. Basurto Trejo

Tel. 01 (81) 1951-2265

WhatsApp 81 1951 2265

fepoal@hotmail.com

www.shop.mercobeauty.com
Shop de Revistapodologia.com

**Podologo
Ítalo Batista Ventura** 

CD Ítalo Ventura
3 Temas em/en Power Point

- ✓ Micología avanzada/avanzada
- ✓ Micología - Onicomicoses/Onicomicosis
- ✓ Fototerapia clínica para podología

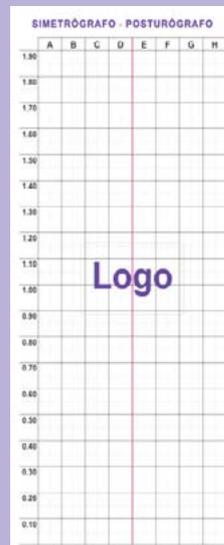
Para ver no/en el computador

✓ Idiomas português - español.
✓ CD y/e opção/opción download.



Simetrógrafo Posturógrafo

- ✓ Para fazer a avaliação postural em pacientes.
- ✓ Medida 2,10 x 1,0 m, de lona tipo banner.
- ✓ Para ser colocado na parede.



LIVRO Podología Esportiva

Libro Podología Deportiva



✓ **Idiomas español e português.**

Este libro disponibiliza informaciones sobre el paciente que ejerce alguna disciplina deportiva, y colabora estimulando al profesional a un mejor desempeño.

Este livro disponibiliza informações sobre o paciente que exerce alguma atividade esportiva, e colabora estimulando ao profissional para um melhor desempenho.

Envios de Brasil para todo el mundo



+55 19 98316-7176

Fuera de Brasil el pago es por **PayPal** en moneda/tarjeta de su país.

