

revistapodologia .com

Nº 1 - Abril 2005

**Primera
Revista Digital
de Podología
Gratuita**



Instrumentais podológicos finos e produtos inovadores para o ramo da saúde dos pés, para fazer intervenções mais simples e eficazes.

Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - São Paulo - Brasil



Inst. p/ Manicures



Tesouras, mathie, castroviejo, pinças, etc.



Dapen inox



Bandejas Inox

Cabos para lâminas descartáveis



Estamos cadastrando distribuidores. Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - thimon@uol.com.br

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 1
Abril 2005

Directora científica: Pdga. Márcia Nogueira

Director comercial: Alberto Grillo.

Colaboradores:

*Pdgo Armando Bega. **Brasil***

*Pdga. Miriam Mesa. **Cuba***

*Dr. Alberto Quirantes Hernández. **Cuba***

*Dr. Leonel López Granja. **Cuba***

*Dr. Vladimir Curbelo Serrano. **Cuba***

*Dr. José A. Montano Luna. **Cuba***

*Dr. Pedro Machado Leyva. **Cuba***

*Dr. Alberto Quirantes Moreno. **Cuba***

*Pdga. Márcia Nogueira. **Brasil***

Pdga. Susana Del Carmen y Alumnas:

Alessandra Lourenço Maluf, Dolores

Correia, Léia Mendonça, Rosana

*Prudente y Vânia Mendonça. **Brasil***

*Pdgo. Luíz López López. **España***

*Pdga. Miriam Barcia Seoane. **España***

*Pdga. Maria Eugenia Amado Vázquez. **España***

*Lic. Carlos Alberto Romero. **Argentina***

*Pdga. Jessica Palomino Regalado. **Perú***

*Dr. Abnel Alecrim Andrade. **Brasil***

Podologia Hoje Publicações Ltda.

Nicolau P M de Brum 17 - Rio Pardo

Rio Grande do Sul - Brasil

Cep: 96640-000 - Tel: #55 51 3731-3037

www.revistapodologia.com

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

Estimados Lectores

Sabiendo de la importancia de la globalización en el intercambio de informaciones y tomado como primordial el desenvolvimiento de la podología en el mundo, es que surge la RevistaPodologia.com, Primera Revista Digital Gratuita e Podologia, donde habrá acceso integral e irrestricto de los profesionales a las últimas novedades en el campo de la salud y la estética de los pies.

El profesional tendrá la oportunidad de interactuar con materias, productos, empresas, eventos y con otros profesionales, o sea que por medio de internet se estará actualizando permanentemente.

Modernización, practicidad, resultados y nuevos conocimientos son las palabras claves para los profesionales, nuestros internautas, que entiendan y apoyen esta propuesta.

Agradecemos una vez mas a todos los lectores, empresas y amigos que nos ayudaron a dar este importante paso.

Hasta nuestro segundo, entre otros, encuentros en la red !

La Dirección.

ÍNDICE

<i>La nueva podología</i>	6
<i>Abordaje podológico y fisioterápico de un hallux abducto valgus post quirúrgico</i>	10
<i>Lepra sin preconcepto</i>	14
<i>La calidad de vida del paciente diabético</i>	15
<i>Ortesis en la podologia</i>	25
<i>Principios físicos aplicado a la confección de ortesis plantares</i>	28
<i>Como vemos la podología</i>	29
<i>Introducción a la Reflexología</i>	30

Linha Ureadin de Hidratantes

Hidratação Efetiva

- Para peles que necessitam de maior hidratação.
- Ação descamativa, antipruriginosa e antiinflamatória.^{1,2}
- Aroma suave e agradável.
- Controle da pele seca nos pés diabéticos.³



Referências - 1. Raab W. Biological functions and therapeutic properties of urea. J. App. Cosmetol 15: 115-123 (Oct-Dec1997). 2. Swanbeck G. Urea in the treatment of dry skin. Acta Derm Venereol Suppl (stockh). 1992; 177:7-8. 3. Pham HT et al. A prospective, randomized, controlled double-blind study of a moisturizer for xerosis of the feet in patients with diabetes. Ostomy Wound Manage. 2002 May; 48(5):30-6.

Minibula

Ureadin uréia loção 10% 0,1g/mL; creme 20% 0,2g/g. **Indicações:** emoliente e hidratante tópico para o tratamento da pele seca e áspera, hiperqueratose, ictioses (palmar e plantar) e eczemas. Ureadin 20 tem ação queratolítica e pode ser usado em calosidades e áreas ruçosas de mãos, cotovelos, joelhos e pés. **Contra-indicações:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Reações adversas: pode ocorrer vermelhidão ou irritação local (caso ocorra, interromper o uso). Precauções: exclusivamente para uso externo; não permitir contato com os olhos ou utilizar nas áreas próximas a estes (caso isso ocorra, lavar com bastante água); evitar contato com mucosas; não aplicar sobre áreas com fissuras ou lesões, para evitar ardência (caso isso ocorra, interromper o uso). Interações medicamentosas: não há relatos, desde que utilizado de maneira tópica e adequada. Posologia: aplicar uniformemente sobre áreas ressecadas da pele, 2 a 3 vezes ao dia. USO PEDIÁTRICO OU ADULTO. Registro no MS.: 1.0181.0385 / 1.0181.0419. SIGA CORRETAMENTE O MODO DE USAR. NÃO DESAPARECENDO OS SINTOMAS, PROCURE ORIENTAÇÃO MÉDICA. Material destinado à profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

 ISDIN

 Medley.

 S.I.M.
0800 130666
www.medley.com.br

La Nueva Podología.

Profesora Pdga. Susana Del Carmen y Alumnas: Alessandra Lourenço Maluf, Dolores Correia, Léia Mendonça, Rosana Prudente y Vânia Mendonça. **Brasil.**

Ventajas de la utilización de la auriculoterapia en la podología para el tratamiento de algunos tipos de patologías.

La auriculoterapia puede complementar a la podología, principalmente acelerando el proceso de cura de los pacientes y actuando en la analgesia del local tratado, debido a los estímulos auriculares.

Según el médico francés Dr. Paul Nogier, a auriculoterapia actúa en el vaso dilatación en el área correspondiente al del estímulo, aumentando el aporte de sangre, consecuentemente una mejor oxigenación del tejido, facilitando la salida de residuos, proporcionando una mejora más rápida.

Sobre los tratamientos hechos por el equipo de podólogas con la utilización de auriculoterapia.

Objetivos:

1° - Promover analgesia en el local de la lesión (onicocriptosis con granuloma), para que el procedimiento de la espiculoectomía sea realizado sin provocar dolor en los pacientes.

2° - Mejorar la oxigenación en la lesión para que tenga una cicatrización más rápida y eficaz.

PRIMER CASO

Paciente de 21 años, de sexo masculino, presentó un caso de onicocriptosis en las caras M y L Del hallux D. **Foto 1**

Procedimientos:

Después de aplicada auriculoterapia, para analgesia del local, fue realizada la asepsia en el pie del paciente y espiculoectomía, en las dos caras del hallux D. **Foto 2**

Conclusión:

1°: Durante los procedimientos de asepsia y espiculoectomía el paciente comentó que el dolor en el local había disminuido considerablemente, lo que ayudo a facilitar la espiculoectomía.

2° Después de casi 2 semanas no había infección en el hallux, porque con la auriculoterapia fue observada una cicatrización mas rápida el tejido lesionado.

SEGUNDO CASO:

Paciente adolescente de 16 años, de sexo masculino, onicocriptosis con granuloma piógeno en las caras M y L del hallux E y en la cara L del hallux D, refiere algia intensa en los hallux, provocando claudicación en la de ambulación provocando alteraciones en la marcha. **Foto 3**

Procedimiento: 14/10/2004

Después de la aplicación de auriculoterapia, para analgesia del local, fue hecha una asepsia y espiculoectomía en las dos caras del hallux E y en la cara L del hallux D. **Foto 4**

Procedimiento: 17/10/2004

El paciente continuaba con los puntos de estímulo del tratamiento auriculoterapéutico para analgesia del local, fue hecha una asepsia en los pies, espiculoectomía total en la cara L del hallux D y fue colocado un CO (curativo oclusivo) con aplicación de cemento quirúrgico.

Fotos 5, 6, 7 e 8.

Procedimiento: 25/10/2004

Fue reaplicada la auriculoterapia para analgesia del local, la asepsia de los pies y colocación de CO con aplicación de cemento quirúrgico.

Obs: El paciente estaba haciendo un tratamiento con antibiótico prescrito por un medico.

Fotos 9 e 10.

Consideraciones hasta la fecha 25/10/2004

1° Durante los procedimientos de asepsia y espiculoectomía el paciente comentó que el dolor en el local durante los procedimientos había disminuido, lo que ayudo considerablemente en el tratamiento de la retirada de las espículas.

2° A partir del tercer día del tratamiento pudimos observar una mejor apariencia de los tejidos lesionados, disminución del edema y del eritema y un inicio del proceso de regresión del granuloma.

Observaciones:

1- El paciente presentó mejoras (según familiares) de comportamiento después del inicio del

tratamiento con auriculoterapia.

2- Desde el primer procedimiento, en el día 14/10 el paciente fue orientado a consultar un médico, para tratamiento sistémico ya que la lesión estaba muy infeccionada.

Tratamiento en curso.
14/10/2004 Foto 15
25/10/2004 Foto 16.



Foto 1 - 31/08/2004



Foto 3 - 14/10/2004



Antes - 31/08/2004



Despues - 3/09/2004



Foto 2 - 13/9/2004



Foto 4 - 14/10/2004

Espiculoectomia en la cara L del hallux D.



Foto 5 - 17/10/2004



Foto 6 - 17/10/2004



Foto 7 - 17/10/2004
Espiculotomía en la cara L del hálux D.



Foto 8 - 17/10/2004
Aplicación del cemento quirúrgico.



Fotos 9 e 10 - 25/10/2004



Foto 11 - 14/10/2004



Foto 12 - 25/10/2004

Primer grupo de podología formado en el Senac de Campinas de San Pablo, Brasil con especialización en Auriculoterapia.

Curso dado por el profesor Thiago Nishida, Fisioterapeuta, acupunturista, auriculoterapeuta y docente del SENAC de Campinas, Brasil.

Principal objetivo: Proporcionar analgesia en las áreas reflejas de los pies, para el tratamiento

de determinadas podopatias, haciendo así un tratamiento con una considerable disminución del dolor.

Duración del curso: 32 horas.

Contenido del curso: historia de la auriculoterapia, anatomía auricular, relación el pabellón auricular con el cuerpo, instrumentación, indicaciones e contra indicaciones y tratamientos de patologías y vicios. ▣



Rosana Prudente,
Alessandra Lourenço,
Prof. de podologia
Susana Del Carmen
Prof. de
auriculoterapia
Thiago Nishida,
Dolores Correia,
Vânia Mendonça
e Léia Mendonça.

**FISSURAS:
PORTA DE ENTRADA
PARA INFECCÕES!**

O tratamento com **HomeoPast** além de preventivo, elimina asperezas e fissuras já existentes.



RESULTADOS SURPREENDENTES!

HomeoPast

© LEGÍTIMO CREME PARA FISSURAS!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
Contém Extratos de Plantas Medicinais

MANTÉM OS PÉS SEMPRE LISINHOS

Ideal no tratamento de fissuras (principalmente calcanhar). Hidrata a pele de regiões ressecadas, como cotovelos, mãos e pés.



UM DESCANSO PARA OS PÉS

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.

Distribuídos por:



HomeoMag
PODOLOGIA ESTÉTICA

Telefax.: (0**11) **6163-5363-6215-0070**
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

TENHA TODOS OS NOSSOS PRODUTOS EM SUA CLÍNICA!



Loção Hidratante c/ Mentol
Hidratante c/ Cera de Abelha e Silicone
Gel Hidratante Calmante
Creme para Fissuras
Amolecedor de Cutículas
Loção Emoliente

Abordaje Podológico y Fisioterápico de un Hallux Abducto Valgus Postquirúrgico.

Luíz López López, Miriam Barcia Seoane y Maria Eugenia Amado Vázquez. España.

Introducción:

El Hallux Abducto Valgus (HAV) es, junto con el pie plano, la deformidad más frecuente del pie¹.

Existen muchas teorías acerca de su etiología, si bien la mayoría de los autores coinciden en la co-existencia de dos tipos de factores²:

- Intrínsecos o condicionantes: factores congénitos, combinación de antepié egipcio e index minus (Viladot y cols.)...
- Extrínsecos o desencadenantes: calzado^{3,4}

Esta compleja entidad se caracteriza por una abducción y rotación externa del primer dedo y una aducción y rotación interna del primer metatarsiano^{5,6} (tomando como referencia la línea media corporal).

Estas alteraciones generan un verdadero "caos biomecánico" a nivel del primer radio, que se acompaña de diversas manifestaciones clínicas entre las que se encuentra el dolor. Este síntoma, de difícil valoración, no es constante en todos los casos ni a lo largo de todo el proceso y se atribuye, en muchas ocasiones, al roce de la exostosis con el calzado. Su localización varía en función del grado de instauración del hallux valgus: en estadios iniciales suele aparecer en forma de metatarsalgia a nivel de los metatarsianos centrales y, a medida que se estructura la deformidad, se desplaza hacia la cara medial de la articulación metatarsofalángica del primer dedo.²

El dolor constituye el principal parámetro de indicación quirúrgica del cuadro. Se han descrito alrededor de 100 técnicas quirúrgicas para el HAV⁵, muchas ya en desuso. Una alternativa, que está comenzando a gozar de gran popularidad, es la utilización de implantes.

Su colocación persigue cuatro objetivos primordiales⁶:

- Disminución o desaparición del dolor.
- Conseguir una movilidad normal de la articulación.
- Mantener la estabilidad estructural de la articulación.
- Conseguir una buena apariencia estética

Los implantes utilizados a nivel de la primera articulación metatarsofalángica pueden ser de 3 tipos⁶:

- Hemi-implantes: suelen ser metálicos
- Implantes totales en bisagra: se confeccionan en materiales flexibles
- Implantes de dos componentes: son los más recientes, y el tipo utilizado en el caso clínico que describiremos a continuación.

Caso Clínico

Descripción del caso:

Paciente de 56 años, hostelera, intervenida quirúrgicamente para la corrección de un Hallux Valgus derecho en un Servicio de Traumatología; el principal parámetro de indicación quirúrgica fue el elevado grado de dolor, que le impedía la realización de sus actividades cotidianas. La paciente relata un empeoramiento del cuadro tras la intervención quirúrgica (aumento del dolor, disminución de la movilidad de la articulación metatarsofalángica del primer dedo); acude nuevamente a consulta médica y se le efectúa una nueva intervención colocándosele, en esta ocasión, una prótesis de dos componentes. **Fig. 1 y 2.**

Tras esta segunda intervención quirúrgica comienza nuestra actuación en el caso.

Valoración Funcional:

De la valoración funcional efectuada, conviene destacar los siguientes hallazgos:

A. Valoración estática en carga:

- a.1. Plano frontal: retropié neutro bilateral.
- a.2. Plano transversal - visión plantar: valoración de la huella plantar.

Presenta las siguientes alteraciones:

- Ausencia de apoyo del primer dedo del pie derecho.
- Insuficiencia de apoyo del istmo del pie derecho.

- Insuficiência de apoio de los dedos menores del pie derecho.
- Sobrecarga metatarsal (II, III, IV metatarsianos) del pie izquierdo. **Fig. 3.**

B. Valoración en descarga:

b.1. Valoración de la piel: presenta una cicatriz queoide de 5 cm. situada en el dorso del primer segmento dígito-metatarsiano; las propiedades mecánicas de la piel de la zona cicatricial se hallan afectadas (disminución de la elasticidad y extensibilidad; presencia de adherencias). **Fig. 4.**

Edema que abarca toda la extensión del primer dedo.

b.2. Valoración articular:

- Hiper movilidad de la primera articulación metatarsofalángica del pie derecho
- Disminución del recorrido articular de la interfalángica del mismo dedo

b.3. Valoración muscular:

- Atrofia y disminución de fuerza de los flexores y extensores del hallux. La fuerza de los mismos será valorada mediante las pruebas descritas por Kendall⁷ y objetivada según la escala de Daniels⁸:

- Flexor corto: 4
- Extensor corto: 3 +
- Flexor largo: 4

- Extensor largo: 4 -
- Ausencia de función del abductor y del aductor del primer dedo

C. Valoración dinámica:

Las alteraciones que a continuación se enumeran vienen determinadas por la presencia de un dolor lacerante en el primer dedo al realizar la propulsión desde el suelo:

- Disminución del tamaño del paso
- Disminución de grado de pronación dinámica del pie derecho, para evitar el contacto del primer dedo con el suelo

Tratamiento podológico

En este paciente para su tratamiento ortopodológico de Hallux Abductus Valgus postquirúrgico nos planteamos 4 objetivos básicos:

1. Control de la pronación a nivel de antepié.
2. Devolver la funcionalidad mecánica alterada en dicho segmento digitometatarsal.
3. Restaurar el correcto apoyo plantar, descargando aquellos puntos críticos de la huella.
4. Facilitar la propulsión .

Para ello, optamos por la confección de un soporte plantar con prolongación tipo Morton confeccionado en resinas termoplásticas de poliéster.

CURSOS PODOLOGIA nível Básico

Mag Estética
Beleza feita com Arte

CONTEÚDO PRÁTICO E ATUAL

- Biologia Geral
- Patologia dos pés
- Biossegurança
- Organização e Gestão
- Ética e relações profissionais
- Primeiros Socorros
- Anamnese
- Órteses - correção da curvatura da unha (fibra e botton)
- Onicomicoses
- Calos e calosidades
- Verrugas
- Tratamento dos pés (hidratação e nutrição)
- Polimento
- Afição de instrumentos
- Noções de reflexologia
- Micro-motor (brocas)

Aulas práticas com modelos

Valor do Curso: R\$ 1.200,00 (8 parcelas de R\$ 150,00)



Modelo Podhol
O novo companheiro do podólogo

Aparelho de corrente alternada, de frequência elevadíssima.

Composto de cinco eletrodos que através de processo de faiscamento produzem ozônio que tem as funções: bactericida, bacteriostática, fungicida, estimulante, hemostática e destrutiva.

Carga Horária: 320 horas (8 meses)

Próxima Turma: consultar data

Inscrições grátis
Inscreeva-se Já!

Tratamento Pés e Mãos

Kit Keramotil

Sistema desenvolvido com a finalidade de minimizar contaminações durante o procedimento e agilizar em 50% o trabalho dos profissionais das áreas de podologia e estética/beleza.



Phitocreme
(Creme Hidratante/Cicatrizante)
Rende até 100 aplicações mãos e pés.



Keramotil
(Concentrado)
Rende 720 ml



Higienize
(C.concentrado)
Rende 1440 ml

O Kit completo contém:
1 higienize concentrado,
1 higienize pronto para uso spray,
1 Keramotil concentrado,
1 Keramotil pronto para uso spray e
1 Phitocreme.

Novo endereço: Av. Paes de Barros, 3237 - Mooca - SP - Fone:(11) 6161-7763

E-mail: magestetica@magestetica.com.br www.magestetica.com.br

El elemento anterior del soporte deberá reunir una característica de flexibilidad que permitan en todo momento la movilidad en ese segmento, de ese modo se verá potenciada la dinámica.

Será de vital importancia, tener presente que en aquellos casos donde no podamos devolverle la movilidad al segmento metatarsal, el tratamiento ortopodológico deberá ferulizar la articulación para limitar el movimiento, disminuyendo así la sintomatología. **Figs. 5, 6, 7 y 8.**

Tratamiento fisioterápico

A la vista de los datos obtenidos en la valoración funcional del caso, los objetivos del tratamiento de Fisioterapia serán los siguientes:

1. Resolución de la inflamación y del edema.
2. Liberación de las adherencias cicatriciales y recuperación de las propiedades mecánicas de la piel.
3. Recuperar recorrido articular en la articulación interfalángica del primer dedo.
4. Reeduación y potenciación de la musculatura del primer dedo.

Bibliografía

1. Viladot, A Y Cols.: "Quince Lecciones Sobre Patología Del Pie". Ed. Toray; Barcelona, 2000.
2. Barcia Seoane, M; Raposo Vidal, I: "Fisioterapia En Las Afecciones Podológicas: El Hallux Valgus" (.....).
3. Resch, S: "Hallux Valgus. How I Do It". Acta Orthop Scand 1996; 67 (1): 84 - 90.
4. Roper, Ba: "Flat Foot". British Journal Of Hospital Medicine, 1979: 4(22): 355 - 357.

5. Reeduación de la propiocepción y de la marcha.

Cabe destacar, en esta fase, la importancia del tratamiento de la cicatriz; las adherencias a nivel de la cicatriz quirúrgica limitan la movilidad del segmento y ocasionan dolor. Aplicaremos fricciones transversales y aprovecharemos el efecto mecánico de la ultrasonoterapia para liberar dichas adherencias. **Fig. 9 y 10.**

Conclusiones

Los resultados de la combinación de los tratamientos fisioterápico y podológico han sido altamente satisfactorios, al lograrse la desaparición del dolor que presentaba la paciente a su llegada al centro y la normalización de la fase de despegue de la marcha.

En este sentido, nos gustaría destacar la importancia del trabajo en equipo del podólogo y el fisioterapeuta; es el primero el que efectúa un seguimiento de los pies del sujeto y, por lo tanto, el profesional más adecuado para requerir la participación del fisioterapeuta en el abordaje de la lesión.

Toda colaboración entre ambas profesiones redundará en una mejora de la calidad asistencial que ofrecemos a los pacientes. ▣

5. Birrer, Rb; Dellacorte, Mp; Grifasi, Pj: "Common Foot Problems In Primary Care". Hauley And Belfus, Inc.; Philadelphia, 1998.
6. Gerbert, J: "Textbook Of Buion Surgery". Saunders Company; Philadelphia, 2001.
7. Kendall, Fp; McCreary, E: "Músculos: Pruebas Y Funciones". Ed. Jims; Barcelona, 1985.
8. Hislop, Hj; Montgomery, J; Conolly, B: "Daniels - Worthinham's Pruebas Funcionales Musculares". Marbán; Madrid, 1996.

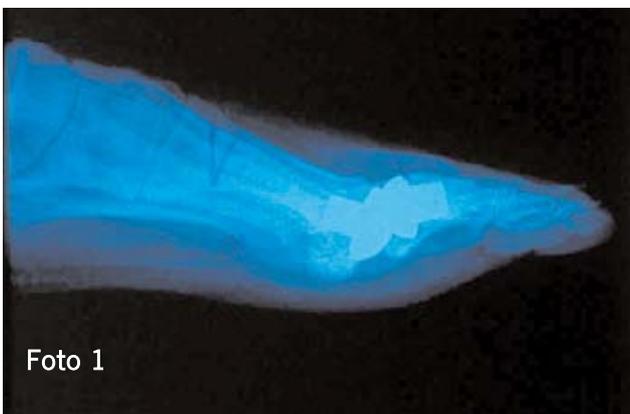


Foto 1

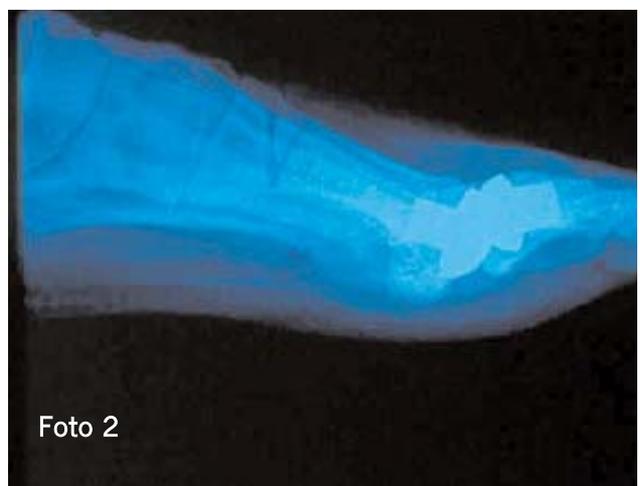


Foto 2

Fotos 1, 2 - Visión del implante en pruebas radiológicas

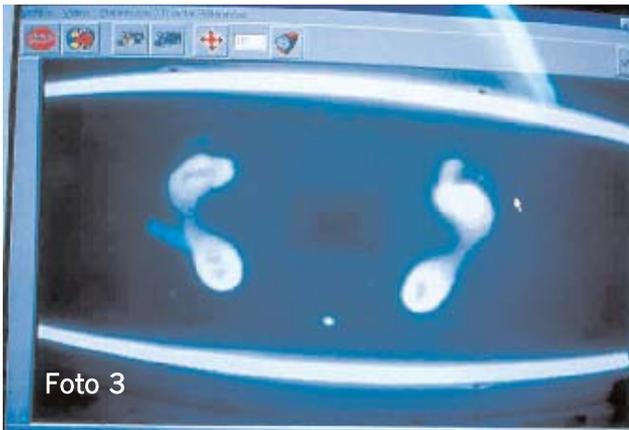


Foto 3

Hiperapoyo metatarsal en baropodometría óptica



Foto 4 - cicatriz queiloide



Foto 5 - soporte plantar con alargo tipo morton.



Foto 6 - marcaciones para ubicación de elementos



Foto 7 - molde de escayola a medida



Foto 8 - tratamiento ortésico



Foto 9

aplicación de electroterapia de baja frecuencia



Foto 10

equipo de electroterapia de baja frecuencia

Lepra sin Preconcepto.

Podóloga Marcia Nogueira. Brasil.

La Lepra o Hanseníase es una enfermedad que siempre enfrento el preconcepto acompañada de informaciones errónea sobre ella. Las personas que portaban esta patología eran discriminadas y consideradas de exclusión social.

Esta patología es una infección lentamente progresiva, causada por la bacteria *Mycobacterium Leprae*, que afecta a la piel y a los nervios periféricos, resultando en deformidades incapacitantes. Esta bacteria se disemina a través de la sangre, pero solo crece en tejidos relativamente fríos y en la extremidad de la piel. Es transmitida, probablemente, por goticuelas salivares contagiosas, al igual que la tuberculosis (*Micobacterium Tuberculosis*). Como es una enfermedad infecciosa, puede ser tratada con antibióticos. Se sabe que en la mayoría de las personas no se manifiesta enseguida del contacto con la bacteria y que no todas las que tienen el contacto con la bacteria se enferman.

Esta patología comienza, generalmente, con una mancha en la piel, pero también puede afectar y dañar los nervios. Si no es tratada, los daños en los nervios pueden causar problemas en el rostro, los pies y las manos.

Cuando es detectada, la Hanseníase puede ser tratada y a partir de ese momento no es más transmitida, aunque este en estado adelantado.

El primer síntoma, generalmente, es una mancha en la piel de color más clara de la piel que la rodea y no tiene sensibilidad. Sensaciones extrañas como somnolencia e cosquilleo o sensación de quemadura, también son señales de esta enfermedad.

Si son detectados por lo menos una o más de estas señales, se puede decir que es Hanseníase:

- Manchas más claras que la piel alrededor o enrojecida con pérdida de sensibilidad.
- Nervios engrosados y pérdida de sensibilidad en las manos y pies.
- Bacilos detectados a través de una baciloscopia.

Debemos tener cuidado porque hay varias patologías que pueden ser confundida con la Hanseníase.

Si el portador no tuviera los pies debidamente protegidos, con la pérdida de sensibilidad, pueden resultar ulceraciones y otras complicaciones. La prevención y la actuación del podólogo, una

vez más, son de suma importancia.

El tratamiento es simple y gratuito, generalmente ofrecido en los Puestos de Salud.

Los medicamentos vienen en embalajes con dosis para 4 semanas y deberán ser suministrados con regularidad.

Existen 2 tipos de Hanseníase: la PB, que es una infección leve y puede ser curada en 6 meses con 2 tipos de medicamentos y la MB, que es una infección más grave, multibacilar, que puede ser tratada con 3 medicamentos en un año.

El tipo de Hanseníase puede ser identificado de acuerdo con el número de manchas: hasta 5 manchas la clasificación es de Lepra PB, y más de 5 manchas la clasificación es de Lepra MB.

Hace 20 años que al Hanseníase: perdió la imagen de enfermedad marginalizante, considerada maldita y hasta símbolo de pecado. Hoy ya no carga con los estigmas del pasado.

El término de Lepra fue abolido actualmente y es usada la terminología oficial: "Hanseníase Lepra", entre otros y no se usa más el término leproso, se usa "Enfermo de Lepra" o enfermo de "Hanseníase Leproso". El paciente deformado por esta enfermedad es llamado ahora de "Deficiente físico".

La India es la región con más alto índice de Hanseníase, debido a la gran distancia entre los puestos de salud y la casa de los pacientes y las dificultades para llegar a estos. Realidad que debe ser mudada urgentemente.

O Brasil está en 2º lugar, 1 habitante cada 10.000 tienen esta enfermedad. La Hanseníase tiene cura y su eliminación está prevista para 2005, previsión hecha en el 2001. ❏



Consejo Diabetológico del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende". Cuba.

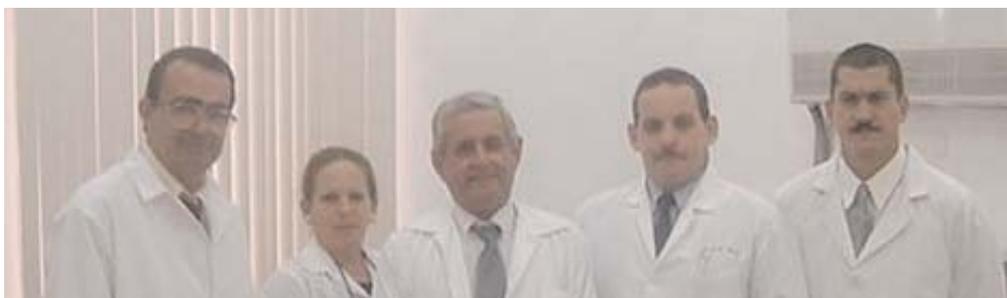
El Consejo Diabetológico del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende" es un grupo multidisciplinario creado con el fin de desarrollar un protocolo de trabajo cuyo objetivo fuera disminuir la mortalidad, las complicaciones y los costos de la diabetes mellitus, tanto en el hospital como en el área territorial atendida por el centro hospitalario.

Esta área se corresponde con el municipio Cerro, uno de los quince en que se encuentra dividida la Ciudad de la Habana. EL Cerro se encuentra en el centro geográfico de la capital y tiene una población de 140 000 habitantes y una superficie de 10.2 Km².

Con esto en mente el Consejo desarrolló un programa de salud que fue llamado "Mejorar la Calidad de Vida del Diabético" y diseñó un código de conducta para el paciente diabético titulado "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético".

El Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende" es un gran centro hospitalario constituido por 43 pabellones independientes en una superficie de veinticuatro hectáreas de terreno, cuenta con todas las especialidades clínicas y quirúrgicas, imparte docencia médica de pre y post- grado y posee una Facultad de Medicina y un Politécnico de la Salud del mismo nombre y adjuntos al Hospital. ▣

Directiva del Consejo Diabetológico: Profesores Leonel López, Miriam Mesa, Alberto Quirantes, Jorge Jiménez y Vladimir Curbelo



Cód. 17600

Cód. 17201

Cód. 15200

Cód. 15401

Cód. 13932

FERRANTE

CADEIRAS GENNARO FERRANTE Ltda.
Independencia 661 - Cep: 01524-001 - Cambuci - São Paulo - SP
Grande São Paulo Tel: 6163-7815 / Demais Regiões DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

A Calidad de Vida del Paciente Diabético.

Dres. Alberto Quirantes Hernández,¹ Leonel López Granja,² Vladimir Curbelo Serrano,² José A. Montano Luna,³ Pedro Machado Leyva³ y Alberto Quirantes Moreno⁴. Cuba.

1-Especialista de II Grau em Endocrinologia. 2-Especialista de I Grau em Medicina Interna.
3-Especialista de I Grau em Medicina General Integral. 4-Médico General.

Resumen:

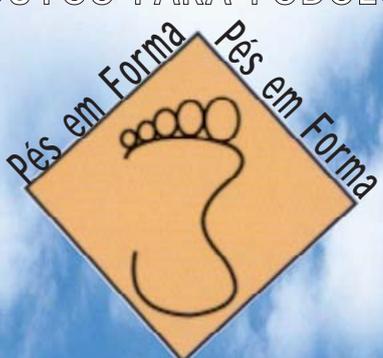
Se investigó la totalidad de los diabéticos pertenecientes al Policlínico Docente "Cerro" que cuenta con una población de 35 157 habitantes, encontrándose una tasa de 39,5 x 1,000 habitantes para esta enfermedad. Se analizaron las características, complicaciones, mortalidad y estilo de vida de estos enfermos. Proponemos el programa "Mejorar la Calidad de la Vida del Diabético" y se expone su estructura y su dinámica. La primera está basada en la interrelación entre el nivel primario de salud y el secundario constituido por los hospitales clínico-quirúrgicos, pediátricos y ginecoobstétricos; la dinámica del programa se basa en la aplicación de lo que hemos llamado "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético", aspirando a disminuir la mortalidad, las complicaciones y los costos de la diabetes mellitus a razón de un 10 % anual.

La diabetes mellitus es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial. En la Declaración de las Américas sobre la Diabetes se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, y que dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud, pero que es posible promover la salud y prevenir

las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia, y modificando los factores de riesgo cardiovascular¹.

En esta investigación se muestran los datos de prevalencia y caracterización de todos los pacientes diabéticos de la población total del Policlínico Docente "Cerro" y tomando en consideración la importancia de esta institución, puede considerarse representativa de lo que sucede en

PRODUTOS PARA PODOLOGIA



Poltronas - Mochos - Refletores Instrumental - Bisturís - Motores Micromotores - Cremes - Estufas Autoclaves - Produtos ortopédicos Palmilhas - Material siliconizado

Visite o nosso Show Room !!!

DEUS É FIEL!

Gavião Peixoto 182 - Sobreloja 204 - Center IV Icarai - Niteroi - Rio de Janeiro
Telfax: (21) 2710-5091 - Cel.: (21) 9643-3824
Email: pesemforma@pesemforma.com
www.pesemforma.com



INSTITUTO BRASILEIRO DE PODOLOGIA

Trav. Santa Martinha 103 - Abolição
Rio de Janeiro - CEP: 20.751-020

CURSO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL PLENA DE TÉCNICO EM PODOLOGIA

Autorizado pelo C.E.E. e Sec. de Saúde

Pioneiro no Rio de Janeiro

Cursos Intensivos (Aproveitamento de Estudos) Sem sair de seu estado.

(21) 3276-0570 ou 2596-5442
Email: podologos@bol.com.br

el resto del municipio. También se presenta la estructura del programa "Mejorar la Calidad de la Vida del Diabético" y el ahorro esperado con su aplicación, programa que tiene como fin disminuir la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad y que ya se comenzó a aplicar a la población diabética del municipio Cerro.

Métodos

A través de la sección de estadísticas de la Dirección Municipal de Salud del Cerro y de los 60 consultorios de atención primaria de salud del Policlínico Docente "Cerro", se obtuvieron los datos poblacionales y de todos los diabéticos existentes en este territorio al finalizar el año 1996 y que, dadas sus características, fue considerado como representativo de lo que sucede en todo este municipio.

Con una población total de 35.157 habitantes se encontraron 1.390 diabéticos: 542 hombres y 848 mujeres para una tasa por 1.000 habitantes de 33,4 para el sexo masculino, y 44,8 para el femenino, siendo la general de 39,5.

La población fue dividida en 4 grupos etáreos: 0-19, 20-39, 40-59 y mayores de 60 años, y que llamamos grupos etáreos biofuncionales (GEBF). En ese orden las tasas de prevalencia fueron: 1,3 - 14,2 - 53,4 - 118,3.

Según GEBF y sexo, tanto en el masculino como en el femenino, se presentó un comportamiento coincidente con las tasas generales de prevalencia por GEBF; pero, en cuanto al tipo de diabetes, existían 154 (11,1 %) del tipo 1 y 1.236 (88,9 %) del tipo 2. Según los GEBF y los tipos de diabetes, éstos se comportaron de la siguiente forma: tipo 1 - 81,8 %, 25,0 %, 9,5 % y 7,9 %; tipo 2 - 18,2 %, 75,0 %, 90,5 % y 92,1 %.

En la población diabética se investigaron algunos aspectos de su salud relacionados con la diabetes mellitus: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, infarto cardíaco, accidentes cerebrovasculares, mal perforante plantar, amputados y ciegos secundarios a la diabetes, insuficiencia renal crónica y sobrepeso corporal. También se investigó el número de diabéticos con ingresos hospitalarios y fallecidos por esta enfermedad durante todo el año que consideramos en este trabajo.

Se cuantificaron varios parámetros del estilo de vida de la población diabética siguiendo criterios uniformes en los 60 consultorios de atención primaria de salud donde se realizó la encuesta y que fueron: asistencia sistemática a consultas médicas, podológicas y estomatológicas, pacientes sin educación diabetológica alguna, los que llevan vida sedentaria y los fumadores habituales.

Sistema Podológico Versão 4.0.5

- Programa Cliente-Servidor para clínicas de Podologia
- Cadastro de clientes com fotos
- Busca Avançada
- Cadastro de produtos e serviços
- Agenda de atendimentos diários
- Controle Financeiro

Para maiores informações, consulte-nos ou visite nosso site: www.afa.inf.br.

AFA - Assessoria e Informática
 Rua 8, 951 - Rio Claro/SP
 Tel: (19) 3534-2181

Nutri Derm

Hidratação Intensa

Creme Altamente Hidratante e Cicatrizante

→ Uréia 15%, Óleo de Semente de Uva, Cera de Abelha, Óleo de Silicone ←

Fissuras calcâneas e ressecamento extremo da pele, Mãos, Pés, Joelhos, Cotovelos, Áreas ásperas.

Antes

Depois

- Não gorduroso
- Rápida absorção
- Fragrância agradável
- Antiinflamatória e Antipruriginosa
- Hidratação Prolongada

Comprove agora mesmo, **LIGUE!**

80 gramas

Despachamos para todo Brasil

Fone: (11) 6695 31 88
WWW.RHRCOSMETICOS.COM.BR

Con ellos se expone y discute el programa "Mejorar la Calidad de la Vida del Diabético", que de manera sencilla, efectiva, económica y verificable, reduciría la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad.

Tomando como base el presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para todo el país, para la Ciudad de La Habana y para el Hospital Docente "Dr. Salvador Allende" y deduciendo el costo de la diabetes mellitus para cada uno de estos 3 niveles, se calcula el ahorro que pudiera lograrse para cada uno de ellos en los 3 primeros años de la aplicación del programa, si consideramos que con él se ahorraría un 10 % anual de los gastos derivados de la enfermedad.

Resultados

En la tabla 1 se presentan los problemas de salud asociados con la diabetes mellitus que se encontraron en la población diabética estudiada, así como los ingresos hospitalarios y los fallecimientos. En primer lugar se encontró la hipertensión arterial (35,2 %) seguido del sobrepeso corporal (31,1 %), la cardiopatía isquémica (19,4 %), el infarto cardíaco (4,3 %), los accidentes cerebro-vasculares (3,2 %), el mal perforante plantar (3,2 %) y las amputaciones (2,1 %), los ciegos (1,6 %) y la insuficiencia renal crónica secundaria a la diabetes mellitus (1,5 %). Los diabéticos ingresados (4,1 %) y los fallecidos (3,2 %) durante el año analizado fueron considerados cuando la diabetes estuvo presente como causa directa o básica de ambos acontecimientos.

TABELA 1.

Mortalidad de diabéticos. Policlínica Cerro

	% do total de diabéticos
Hipertensión arterial	35,2
Sobrepeso corporal	31,1
Cardiopatía isquémica	19,4
Infarto cardíaco	4,3
Ingresados	4,1
Accidente cardiovascular	3,2
Mal perforante plantar	3,2
Amputados	2,1
Ciegos	1,6
Insuficiencia renal crónica	1,5
Fallecidos	3,2

En la tabla 2 puede observarse que la elevada inasistencia a consultas esenciales para el diabético, la

falta de educación diabetológica, el tabaquismo y la vida sedentaria en una cuantía considerable de estos enfermos, nos dice que esto es debido a una baja percepción del riesgo que entraña esta conducta por parte de los pacientes y sus familiares, por una falta de información y control.

TABLA 2.

Estilo de vida de los diabéticos. Policlínica Cerro.

	% do total de diabéticos
Sin asistencia podológica	35,2
Sin asistencia endocrinológica	31,1
Vida sedentaria	19,4
Sin educación diabetológica	4,3
Fumantes	4,1
Sin asistencia médica	3,2

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública para todo el país, para la Ciudad de La Habana y para el Hospital Docente "Dr. Salvador Allende", es de \$ 1.187.166.400, \$ 153.025.000 y \$ 8.656.500 respectivamente.

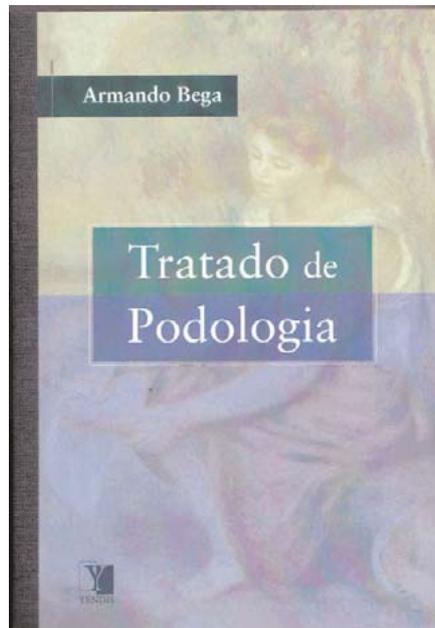
El costo de la diabetes mellitus para cada uno de estos 3 niveles es de \$ 118.716.640 (10 % del presupuesto nacional), \$ 15.302.500 (10 % del presupuesto provincial) y \$ 913.395 (10,5 % del presupuesto del hospital).

Discusión

Los grupos etáreos decidimos dividirlos en 4 categorías que llamamos grupos etáreos biofuncionales (GEBF), ya que cada una de ellas refleja claramente cada segmento del desarrollo de la vida: 0-19 años - grupo de desarrollo físico, síquico y educacional; 20-39 - grupo que define su proyección desde el punto de vista laboral, educacional y familiar; 40-59 - grupo de productividad laboral e intelectual de máximo rendimiento, etapa de madurez en el entorno familiar y social; 60 años en adelante - grupo en que comienza la declinación de la vida, jubilación laboral, aparición o acentuación de enfermedades crónicas, depresión en muchos casos.

En nuestros resultados, el comportamiento de la diabetes como enfermedad no difiere sustancialmente de lo que clásicamente se conoce y que consiste en una mayor prevalencia en el sexo femenino, en las personas mayores de 40 años de edad, y el claro predominio de la diabetes tipo II sobre la tipo I con una tasa municipal total de 39,5 por 1000 habitantes.

NOVO LIVRO do Autor **Podólogo Armando Bega** **TRATADO DE PODOLOGIA**



Uma obra destinada a estudantes da área de saúde, especializados ou que pretendem especializar-se em Podologia, ramo auxiliar da Medicina responsável pela assistência e pelos cuidados com os pés.

Tratado de Podologia traz um vasto material científico para estudo e pesquisa, possibilitando ao leitor aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto e oferecer à população um serviço de melhor qualidade no tocante ao cuidado com os pés.

A obra, repleta de fotos, esquemas e ilustrações, trata de vários temas, com especial atenção às feridas que acometem os pés, seus respectivos medicamentos e curativos. O livro conta também com diversas fotos, esquemas e ilustrações coloridas. Enfim, mais uma obra que pretende contribuir para o desenvolvimento da arte de cuidar da saúde e a estética dos pés..

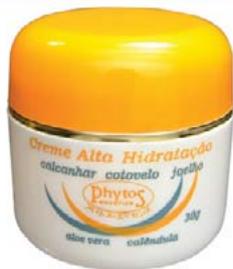
416 páginas divididas em 21 capítulos abarcando os mais importantes temas podológicos.

Em português.

Vendas: Podologia Hoje Publicações Ltda. Tel: (#55-51) 3731-3037
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com



FITOCOSMÉTICOS PARA SAÚDE E BELEZA



Creme Alta Hidratação

Calêndula e Aloe Vera

Para fissuras do calcanhar,
asperezas e ressecamentos
da pele.

Gel Relaxante Corporal e Gel Pernas e Pés

Arnica, Hamamelis e Castanha da Índia

Para relaxamento da tensão
no pescoço, ombros,
costas e cansaço das pernas
e pés. Associado à
massagem, auxilia na
ativação da circulação.



Aloe Vera:

umectante, regenerador
de tecidos e antiinflamatório



Calêndula:

emoliente,
restaurador,
cicatrizante e
anti-séptico



Arnica:

estimulante, antiinflamatório,
para contusão e hematomas.



Hamamelis:

ativa a
circulação,
adstringente
e cicatrizante.



Castanha da Índia:

aumenta a resistência e tônus das
veias, vasoconstritor e anti edematosa.

Tel. (+55-11) 6605-0567 - Telfax. 6605-2777 - www.phytosessence.com.br

CADASTRE-SE COMO PROFISSIONAL, REVENDEDOR OU REPRESENTANTE ATRAVÉS DO NOSSO SITE

Las complicaciones encontradas, los ingresos hospitalarios y los fallecimientos en una proporción con certeza importante, evidentemente son el reflejo del estilo de vida de esta población diabética. Incuestionablemente que un estilo de vida inadecuado conduce a un mal control metabólico, lo que es conocido como un factor de primer orden en la aparición de las complicaciones secundarias a esta enfermedad.²³ Hay que agregar además que casi la tercera parte de los diabéticos analizados presentaron sobrepeso corporal, lo que constituye un elemento de gran importancia en el descontrol de estos enfermos.⁴⁻⁶

La cuarta parte de los enfermos estuvo compuesta por fumadores, adición extremadamente nociva, y que entre los daños que produce se ha demostrado que favorece la progresión de las lesiones vasculares de la insuficiencia renal crónica.⁷ Las complicaciones macroangiopáticas del sistema nervioso y cardiovascular, así como de miembros inferiores, se asocian muy estrechamente al mal control del paciente diabético.⁸⁻¹⁰ Puede afirmarse que este descontrol es consecuencia directa de una deficiente o ausente educación diabetológica del paciente con diabetes y de sus familiares, derivándose una baja percepción de riesgo, y la no observancia de medidas elementales de prevención.

En la tabla 2 puede apreciarse la deficiente utilización de diversos servicios médicos que se ofertan a toda la población, y que resultan esenciales en la prevención de muchas, y a veces muy graves, complicaciones del diabético.

Sobre la base nuestros resultados podemos darnos clara cuenta de que podemos hacer mucho en cuanto a cambiar inadecuados estilos de vida de la población diabética que conllevarían a mejorar su calidad de vida. Estamos percatados, en efecto, de que hay que cambiar la forma de vivir de muchos diabéticos y de qué cosas hay que cambiar; lo que aún no parece estar muy claro en nuestros programas es "cómo hacerlo".

Basados en las consideraciones anteriores, cuando diseñamos este programa tan humano, consideramos que para su correcta y eficiente aplicación debía de estar sustentado en 4 bases fundamentales:

- Que fuera sumamente efectivo para la inmensa mayoría de los pacientes diabéticos.
- Con resultados objetivamente verificables.
- Excepcionalmente económico.
- De fácil comprensión y aplicabilidad por parte de cualquier médico o enfermera, sobre todo para los que se dedican a la atención primaria de salud.

Según lo concebimos, este programa debe jerar-

quizarse por grupos direccionales a nivel de cada municipio, emanados de los niveles de atención de salud primario (consultorios del Médico de la Familia) y secundario (hospitales clínicocirúrgicos, pediátricos y ginecoobstétricos). Estas direcciones municipales mancomunadas serían ejemplo de interrelación entre los niveles de salud primario y secundario, y responderían a estructuras similares creadas a nivel provincial y nacional.

Se debe aprovechar que los niveles de salud primario y secundario son los que mejor conocen y aportan la mayor experiencia en el manejo del paciente diabético, pues son los niveles que absorben a través de su atención la inmensa mayoría de los diabéticos del país: el nivel primario en relación con la atención ambulatoria y por ende educacional del paciente diabético, y el nivel secundario por ser quien presta atención al diabético ingresado en las instituciones hospitalarias por las complicaciones agudas o crónicas que pueden presentar. Además, entre ambos niveles se encuentran comprendidas prácticamente todas las especialidades que puede necesitar un diabético para su cuidado y control, y otra ventaja adicional, es que abarcan todos los rincones de la nación.

Por parte del sistema de atención primaria se deben conceptualizar a los consultorios del Médico de la Familia como Centros de Atención e Instrucción Diabetológicas (CAID), considerando que ellos ya cuentan con los integrantes fundamentales del equipo de atención al diabético que son el médico generalista y la enfermera.

Estos centros CAID juegan un papel crucial en el cuidado de estos enfermos, así como para la educación diabetológica de pacientes y familiares, permitiendo una continuidad en la atención por parte del mismo equipo de salud, lo que es preferido por el diabético.¹¹⁻¹³ El nivel de salud secundario ofrecería a todos los médicos del nivel primario cursos de actualización en diabetes mellitus, donde se incluiría una detallada explicación de cómo aplicar el programa en cada consultorio. Su otra función consistiría en realizar controles periódicos sobre su correcta puesta en marcha tomando oportunamente las medidas adecuadas para la consecución de este fin.

En relación con la dinámica del programa, éste consiste en compendiar conceptos a veces un tanto dispersos entre diferentes especialidades, y muchas veces no aplicados de forma sistemática sobre todos y cada uno de los pacientes diabéticos, en un compacto que decidimos llamar "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" y otorgarle al diabético que las cumpliera, como forma de estimulación y de ejemplo digno de imitar por los demás diabéticos, la condición de "Diabético 7 Estrellas", y considerar como un demérito el no cumplimiento de alguna de ellas.

Lo anterior sería controlado muy estrechamente por el médico y la enfermera de atención primaria una vez al mes en lo que decidimos llamar "Las Plenarias de Instrucción Diabetológica", y que también se utilizarían como plataformas educativas de diabetes mellitus, convirtiéndose en grupos de apoyo de pacientes diabéticos y de sus familiares.

De este modo, y a través de métodos de sugestión de autoridad, la que emana del médico y la enfermera que dirigen las plenarias; de sugestión de repetición, pues las plenarias se realizarían mensualmente; y de sugestión de imitación al querer igualar la superior calidad de vida del paciente disciplinado, se crearía poco a poco en el subconsciente del diabético un nuevo estilo de vida que redundaría positivamente en sus niveles de salud y bienestar.

.Las "7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" son:

- 1- Educación diabetológica para los diabéticos y sus familiares.
- 2- Asistencia trimestral a la consulta médica de control.
- 3- Asistencia mensual al podólogo.
- 4- Asistencia semestral al endocrinólogo.
- 5- Alcanzar y/o mantener el peso ideal siguiendo la dieta indicada.

6- Practicar sistemáticamente ejercicios físicos de acuerdo con la edad y el estado e salud.

7- La ley del NO:

- No fumar
- No alcohol
- No drogas.

Como puede apreciarse, para aplicar todo lo anteriormente citado no se requieren técnicas costosas o sofisticadas, ni siquiera la dedicación a tiempo completo para este tipo de labor, que bien puede insertarse en el horario normal de trabajo de todos los participantes en el programa.

Sólo es necesario una jerarquización adecuada, una integración armónica entre los niveles de atención de salud primario y secundario, y que el equipo de atención primaria (médico y enfermera) desarrolle una voluntad de acción permanente sobre la población diabética que recibe sus servicios; teniendo como pivote central las Plenarias de Instrucción Diabetológica pues la política grupal es la que va a permitir el exitoso cumplimiento de las 6 leyes restantes.

"Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" inducen al enfermo a realizar acciones netamente preventivas, que son mundialmente aceptadas como las más efectivas para mantenerlo controlado y para prevenir complicaciones.¹⁴⁻¹⁸

EQUIPAMENTOS PARA PODOLOGIA
Visite nosso site: www.podontolider.com.br



Podonto Líder

Rua da Chácara, 111 - VI. Nova Mazzei - SP - CEP 02312-120 Fone/Fax: 6953-5671 / 6203-7107
e-mail: comercial@podontolider.com.br / podontolider@podontolider.com.br

BELLEZA

Cosmopolita



Feria Internacional
de la Belleza

9-12 Septiembre 2005

Anhembi - São Paulo - Brasil

www.cosmoprofcosmetica.com.br

**ALCANTARA
MACHADO**
Tel.: (5511) 3291-9111 / 9118
Fax: (5511) 3291-9176
international@alcantara.com.br

Representante en América Latina:
 ED & EVENTS S.A.
Tel./Fax: (5411) 4313-6100
marketing@ed-events.com.ar

Apoyo Institucional:
 ABIHPEC
sipatesp

Apoyo:
 VARIG
Linha Especial

Lugar:
 anhembi
Tênis e Cavalos
Lugar de São Paulo

Afiliada a:
 UBRAFE
União Brasileira dos Promotores de Feiras



Los costos directos e indirectos de la diabetes mellitus son enormes, hecho que se demuestra en los países donde han sido calculados.^{19,20} El tiempo y los recursos que se empleen en este programa permitirán al país un ahorro considerable de dinero.

Con el desarrollo de nuestro programa que sería aplicado en un plazo de 3 años, y logrando sólo reducir un 10 % anual el costo de esta enfermedad, se pudiera conseguir un considerable ahorro monetario en cualquier nivel en que se aplique, tanto en el hospital, en la provincia o en toda la nación. Respectivamente se reducirían hasta \$ 247.529; \$ 4.146.977 y \$ 47.486.656, cifras que se deducen de los cálculos efectuados sobre el costo actual de la diabetes, y del presupuesto asignado a cada uno de estos 3 niveles.

Referências bibliográficas:

1. Alleyne G. La diabetes: una declaración para las Américas. *Bol Of sanit Panam* 1996;121(5):461-6.
2. Hadden DR, Patterson CC, Atkinson AB. Macrovascular disease and hyperglucaemia. 10- year survival analysis in type 2 diabetes mellitus: the Belfast diet study. *Diabetes Med* 1997;14(8):663-72.
3. Lloyd CE, Becker D, Ellis D, Orchard TJ. Incidence of complications in insulin-dependent diabetes mellitus: a survival analysis. *Am J Epidemiol* 1996;143(5):431-41.
4. Ludvik B, Nolan JJ, Baloga J. Effect of obesity on insulin resistance in normal subjects and patients with NIDM. *Diabetes* 1995;44(2):1121-5.
5. Yamashita S, Nakamura T, Shimomura I. Insulin resistance and body fat distribution: contribution of visceral fat accumulation to the development of insulin resistance and atherosclerosis. *Diabetes Care* 1996;19(3):287-91.
6. Wing RR. Use of very-low-caloric diets in the treatment of obese persons with non-insulindependent diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc* 1995;95(5):569-72.
7. Wasada T, Kawahara R, Katsumori K. Plasma concentration of immunoreactive vascular endothelial growth factor and its relation to smoking. *Metabolism* 1998;47(1):27-30.
8. Moss SE, Klein R, Klein BEK. Long-term incidence of lower extremity amputations in a diabetic population. *Arch Fam Med* 1996;5(3):391-8.
9. Töyry JP, Niskanen LK, Mäntysoari MJ. Occurrence, predictors and clinical significance of autonomic neuropathy in NIDDM. Ten-years follow-up from the diagnosis. *Diabetes* 1996;45(2):308-15.
10. Lehto S, Ronnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Risk factors predicting lower extremity amputations in patients with NIDDM. *Diabetes Care* 1996;19(6):607-12.

Conclusiones

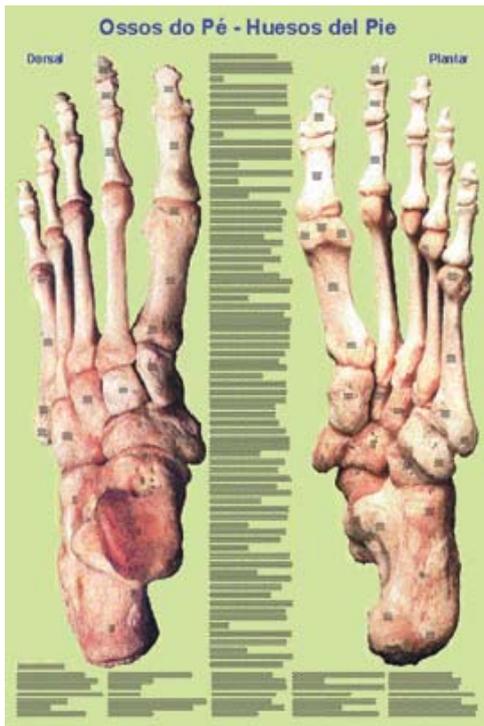
Después del análisis de la prevalencia, el comportamiento, así como la mortalidad y las complicaciones de la diabetes mellitus en un sector de población importante del municipio Cerro, se concluye que el estilo de vida de la población diabética puede ser modificado favorablemente, aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y enfermeras de la atención de salud primaria con la asesoría y el apoyo del nivel de atención secundario. Ello conllevaría a una razonable disminución de la mortalidad, las complicaciones y los costos que se derivan de esta enfermedad, aspirando a que la experiencia positiva que pueda derivarse de la aplicación de este programa piloto a nivel municipal, pueda ser generalizada a los diabéticos de todo el país. ▣

11. Verlato G, Muggeo M, Bonora E. Attending the diabetes center is associated with increased 5- year survival probability of diabetes patients: the Verona diabetes study. *Diabetes Care* 1996; 19(3):211-30.
12. Hanson CL, Schinkel AM, de Guire MJ, Ketterman OO. Empirical validation for a family-centered model of care. *Diabetes Care* 1995;18(10):1347-56.
13. Casparec AF, Waal MA van der. Differences in preferences between diabetic patients and diabetologists regarding quality of care: a matter of continuity and efficiency of care? *Diabetic Med* 1995;12(9):828-32.
14. Ito H, Harano Y, Suzuki M. Risk factor analyses for macrovascular complications in nonobese NIDDM patients. Multiclinical study for diabetic macroangiopathy (MSDM). *Diabetes* 1996 ; 45 (Suppl3):19-23.
15. Peters AL, Lagorretta AP, Ossorio RC, Davidson MB. Quality of outpatient care provided to diabetic patients: a health maintenance organization experience. *Diabetes Care* 1996;19(6):601-6.
16. Harris MI. Medical care for patients with diabetes. Epidemiologic aspects. *Ann Intern Med* 1996;124(1):117-22.
17. Savage PJ. Cardiovascular complications of diabetes mellitus: what we know and what we need to know about their prevention. *Ann Intern Med* 1996;124(1):123-6.
18. Gaster B, Hirsch IB. The effects of improved glycemic control on complications in type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 1998;158(2):134-40.
19. Kahn R. Economic consequences of diabetes mellitus in the U.S. in 1997. *Diabetes Care* 1998;21(2):296-309.
20. Rosenthal MJ, Fajardo M, Gilmore S. Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a 3-year prospective study. *Diabetes Care* 1998;21(2):231-5.

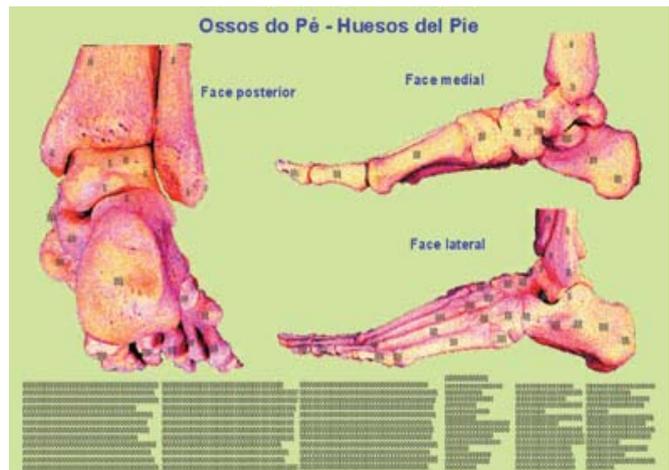
POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁCTICOS

En portugués y español.
 Todos los ítems numerados.
 Para facilitar la búsqueda, índice por número y por orden alfabético.
 Ideal para adornar el gabinete.
 Muy útil como auxiliar, para mostrarle al paciente donde esta la patología tratada.
 Medida 30 x 43 cm.

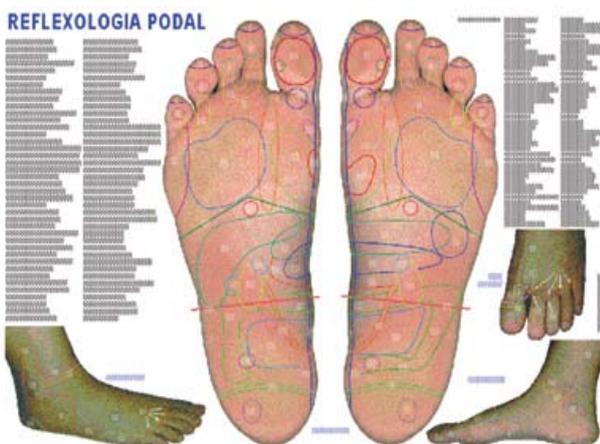
Em português e espanhol.
 Todos os itens numerados.
 Para facilitar a busca, índice por número e por ordem alfabética.
 Ótimo para enfeitar o gabinete.
 Muito útil como auxiliar, para mostrar lê ao paciente onde tem a patologia tratada.
 Medida 30 x 43 cm.



**Esqueleto del pie 1 -
 Esqueleto do pé 1**
 Todos los huesos del pie en las vistas plantar y dorsal.
 Todos os ossos do pé nas vistas plantar e dorsal.



Esqueleto del pie 2 - Esqueleto do pé 2
 Todos los huesos del pie en las vistas posterior, media y lateral.
 Todos os ossos do pé nas vistas posterior, medial e lateral.



Reflexologia podal
 Las zonas y puntos reflejos de los pies.
 As zonas e pontos reflexos dos pés.



Sistema músculo vascular.
 Venas, arteria, nervios, músculos, tendones y bainhas tendinosas.
 Veias, artérias, nervos, músculos, tendões e bainhas tendinosas.

Podologia Hoje Publicações Ltda.

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

Tel.: #55 51 3731-3037 - Rio Pardo - Rio Grande do Sul - Brasil

Órtesis en la Podología.

Podólogo Armando Bega. Acadêmico de Enfermagem. Diretor do ICP Instituto Científico de Podologia. Brasil.

El término ortesis viene del griego orthos, que significa recto o correcto. Aunque no encontremos este término en nuestros diccionarios como el Aurelio o el Houaiss, no significa que no existan en la lengua portuguesa. Es que los diccionarios aquí citados contienen apenas una parte de los términos técnicos utilizados en el área de la salud. Es importante resaltar que este término es ampliamente utilizado en la Medicina, sacado de la nomenclatura médica francesa y usada en la legislación e la Providencia Social Brasileira.

En la podología brasileira el concepto de ortesis fue ampliado durante la década de 1990, pues hasta esa época lo que existía en Brasil era el uso de protectores hechos con esparadrado de doble cara, tejido de franela y placas de espuma de goma. No se conocían todavía las ortesis de silicona.

Algunos protectores comunes eran: bananitas (hechas de espuma de goma, esparadrado de doble cara y palito de diente), servía para proteger y tratar de realiñar dedos en martillo; protector calado para callo interdigital (hecho con espuma y esparadrado de doble cara); separador para hallux valgus (hecho con espuma y esparadrado de doble cara); protector para callo dorsal o plantar (hecho con espuma y esparadrado doble cara)

En el campo de las ortesis ungueales, hasta fines de la década del 80, el Brasil dominaba solamente la ortoniquea (denominación usada para las ortesis de uñas o ungueales, como quieren los mas puristas) acrílica. Las ortesis acrílicas para la corrección de la curvatura del arco de las láminas ungueales, pretendían hacer la corrección a través del punto de presión hecha por el calzado o por el dedo vecino sobre la uña tratada. La verdad es que esta técnica tuvo efecto hasta la llegada, en la década de 1990 de las ortesis metálicas y de la fibra de memoria molecular. No es que las ortesis acrílicas dejaron de tener su efecto benéfico.

La verdad es que el modismo de las novedades fue el responsable por el olvido de las ortesis acrílicas. Pero en este sentido no todo está perdido, porque las ortesis acrílicas sirven para muchos casos en que no se consiguen buenos resultados con las otras técnicas reeducadoras de la curvatura de las uñas.

Podemos decir que, también, podólogos serios han invertido en el estudio de estas ortesis, abandonadas por muchos, conforme pudimos verifi-

car en el trabajo presentado en la IX Jornada Internacional de Podología, en San Pablo, Diciembre de 2004, con el título de Revolución y Novedades en Ortesis Acrílica.

Una vez hecha esta introducción, vamos a hablar sobre las ortesis de silicona en la Podología: fue el podólogo Carlos Alberto Rodrigues (Argentino), a través del curso dado en el año 1995, en el Senac de San Pablo, difundir el uso de silicona en pasta para la confección de ortesis específicas para el ante pie.

Todavía el alto costo de la silicona, aliado a la inexperiencia y a la inseguridad de los podólogos brasileiros, hicieron que estas ortesis no sean ampliamente usadas en todo el territorio nacional. Hasta estos días son muchos podólogos los que insisten en llamar a los antiguos protectores de ortesis. Otros procuran aprender a confeccionar y hacer ortesis de silicona a través de videos o demostraciones rápidas. Es preciso tener en mente que confeccionar ortesis de silicona es un arte que requiere conocimiento técnico y científico, bien como destreza y habilidad manual.



Comfort'Pé®
Conforto para seus pés

Empresa nova no ramo de produtos semi-ortopédicos. Linha dirigida ao setor da podologia.

Protetores de joanete, calos, sobre dedos, calos entre dedos, calosidades, adesivo para os pés, palmilhas e afins.

Consulte-nos nos endereços abaixo e solicite catalogo de nossos produtos.

Tel: (11) 6557-9662 - Fax.: (11) 6523-1623
Email: comfortpe@terra.com.br
www.comfortpe.hpgvip.com.br

Resumiendo, no se aprende de un día para otro.

El conocimiento de anatomía, fisiología, biomecánica y patología son requisitos básicos para el profesional que trabaja trabajar con ortesis plantares.

En este artículo no es nuestra idea la de tratar tipos de silicona, historia de la silicona o la química de la silicona. Nuestro objetivo es mostrar algunos resultados posibles con las ortesis de silicona. Para mas que esto, o sea enseñar a trabajar con silicona, es preciso buscar un buen curso, teórico y práctico y no olvidar que es preciso entrar en ese curso con un buen conocimiento científico de podología; estudien antes, sino van a gastar dinero y no van a tener retorno.

Debemos recordar que para confeccionar estas ortesis es imprescindible considerar el trinomio ortesis, calzado y pie, trinomio este conocido como biocompatibilidad tegumentaria.

Hoy disponemos de tecnología al vacío para darle el acabamiento y tener una buena biocompatibilidad tegumentaria.

Algunos resultados de ortesis de silicona pueden ser encontrados en dos obras: *Podología Básica* y *Heridas y curativos en podología*.

Es necesario poner fin a la falsa idea de que todas las ortesis plantares resuelven todos los disturbios orto-podológicos. Estas son hechas apenas para el ante pie, mas específicamente para los dedos.

Algunas fotos ejemplifican el uso de ortesis de silicona en la podología.

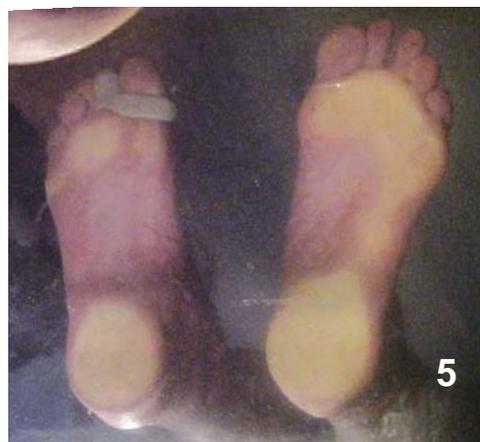
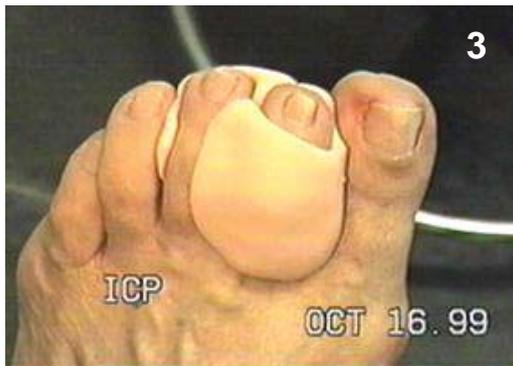
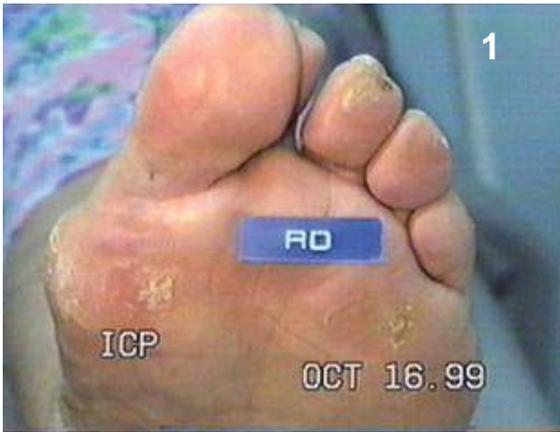
Es bueno resaltar que no podemos hablar de corrección cuando usamos ortesis de silicona, puesto que ellas sirven para realinear dedos en martillo o hallux valgus, cuando estos todavía presentan movilidad articular, pero el resultado no es 100% efectivo y tampoco irreversible, ya que dejar de usar la ortesis significa regresión del tratamiento.

Sirven también para proteger callos interdigitales, callos dorsales y exostosis sub-hallux. Una otra aplicación de la silicona en pasta en la podología es como prótesis removible para los casos de amputación del hallux o de otros dedos de los pies, evitando el desvío de los dedos que quedaron y proteger de la formación de heridas. ▣

Bibliografía

- MORENO, C. *Pergunte ao Doutor. SUA LÍNGUA*. Disponível em (http://www.educate-rra.com.br/sualingua/01/01_ortese.htm). Site visitado em 09 nov. 2004
- LIMA, M.A.; OKUMURA, M. *Revolução e Novidade em Órtese Acrílica*. IX Jornada Internacional de Podologia. São Paulo: 04 e 05 dez. 2004.
- BEGA, A. *Podologia Básica*. São Paulo: ICP, 2. ed. 2001.
- BEGA, A. *Feridas e Curativos em Podologia*. São Paulo: Scortecci, 2004





Principios Físicos Aplicados a la Confección de Ortesis Plantares.

Lic. Carlos Alberto Romero - Ortesista - Protésista - Argentina.

Los aparatos ortésicos, resultan de la aplicación de sistemas de fuerza, con el objetivo terapéutico deseado.

De aquí surge la necesidad de estudiar los principios físicos más elementales relacionados con el movimiento, complejo de acción y reacción, presión, trabajo, palanca y su aplicación al movimiento humano, entre algunas de las magnitudes físicas a tener en cuenta.

Con las ortesis plantares se añaden nuevas superficies al complejo acción - reacción y se disipan parte de las fuerzas nocivas para conseguir atenuar la sintomatología y mejorar el patrón de movimientos anormales compensatorios.

Entendiendo la presión como magnitud física, se obtiene el principio del almohadillado y el soporte de los arcos plantares.

Éste es uno de los fundamentos de la ortesis plantar que pretende conseguir una disminución de la presión aumentando la superficie de apoyo en las zonas más afectadas o doloridas.

En el lenguaje ordinario al emplear el término trabajo nos referimos a toda aquella acción que supone un esfuerzo. (gasto energético)

Traducido al movimiento humano consideramos que nuestro desplazamiento responde al concepto de trabajo.

La energía no sólo es el combustible del trabajo articular, sino también es un residuo que se desprende a modo de calor (energía Térmica).

El empleo de plantillas eleva la temperatura local provocando un aumento en la sudoración y maceración de la piel, factores éstos que aumentan la vulnerabilidad a infecciones fúngicas, aparición de ampollas, roces y demás alteraciones dérmicas.

El aparato locomotor actúa mediante un complejo sistema palancas, para optimizar al máximo el gasto energético.

En ortopedia se traduce:

1. Palanca: un cuerpo sólido que bascula sobre un punto fijo se desplaza por la acción de dos fuerzas (potencia y resistencia)

2. Momento estático (momento de giro). Producto de potencia y brazo de palanca. La palanca se encuentra en equilibrio cuando el momento levó-giro es igual al momento dextrógiro.

3. Para que la palanca sea eficaz es imprescindible que el punto de apoyo sea estable al máximo.

Estos son algunos factores físicos a tener en cuenta en la confección de una ortesis plantar, sin dejar de lado los sistemas coplanares de fuerzas, la reología, los comportamientos anisótropo de los sólidos biológicos, etc.

Realmente resulta útil reflexionar sobre todos estos estudios para fundamentar el uso de ortesis plantares, como agentes capaces de disminuir la sollicitación mecánica de las estructuras de pie, tobillo, rodilla, cadera y raquis. ▣

Como vemos la Podología.

Podóloga Jessica Palomino Regalado - Perú.

Me gustaría empezar haciendo un breve paso por la historia de la podología, donde hemos podido comprobar que la practica de curar los pies no es nueva, desde Egipto, el Rey Amenofis contaba en su palacio con miembros servidores: perfumistas, médicos, peinadores, y quienes se dedicaban a la atención de los pies.

Es así, que con el transcurrir del tiempo y a medida que la ciencia va progresando, se ha ido considerando a la Podología como una rama anexa a la medicina en muchos países, pero lamentablemente existen aun muchos vacíos en cuanto a política podológica se refiere, no permitiendo en muchos casos reconocer la verdadera labor del podólogo, en muchos casos provocado por la proliferación del empirismo, donde podemos encontrar aquellas personas que habiendo llevado cursillos estéticos, se inician en la profesión motivados en la mayoría de los casos por una visión comercial, y sin tomar en cuenta las bases de toda metodología como lo son primero el aprender y luego poner en practica lo aprendido, para así contribuir a una mejor calidad de vida de nuestros pacientes, sobre todo si tomamos en cuenta que se trata de la salud del pie. También debemos tomar en cuenta, que gracias al intrusismo justificado o no, hoy tenemos como grandes detractores al profesional medico, quienes muchas veces nos ven como una competencia desleal o peor aun nos consideran incapaces de poder atender y solucionar las diversas patologías o afecciones del pie.

Cuando me inicie en la Podología, por cierto en contra de mi voluntad, pensaba que esta se basaba tan solo en cortar uñas y callos, pero al iniciar mis estudios y con una base transmitida por la experiencia, fui encontrándole esa satisfacción que se siente cuando llega un paciente a la consulta confundido por los diversos tratamientos sin resultados o peor aun cojeando por una negligencia, y poder ayudarlo en su dolencia.

Si algo he aprendido con los años, después de recordar mi paso por la escuela de Podología en Santiago de Chile y agradecer a mis maestros que me exigían el doble por ser la única extranjera de la clase; es que el Podólogo cumple una función muy importante, la cual, no se limita al simple corte de uñas y callos, sino que vas mas allá, para ello es importante tener siempre presente que el estudio permanente y tener una amplia visión de nuestra labor nos permitirá aceptar los errores y los aciertos, siendo esta nuestra motivación para seguir investigando.

La participación del podólogo no termina en la consulta ni en la solución del problema para el paciente, y esto es una política personal que aplico diariamente, nuestra misión es, también, la de promover la educación y el auto cuidado del pie, enseñándoles desde el aseo hasta la revisión del calzado, que es causante de muchas patologías. También es fundamental, por sobretodo, la sinceridad con el paciente.

Tampoco debemos olvidar que somos miembros del equipo multidisciplinario de la salud y quiero compartir con mis colegas: el evitar el intrusismo y fortalecer el trabajo en equipo con los diversos especialistas de la salud.

Es por ello, que los invito a luchar, no con agresividad, sino demostrando nuestra capacidad y promover la elevación del nivel profesional y velar por la dignidad de la misma.

Estas líneas son una breve contribución a la Podología, si así Uds. lo consideran. Y le agradezco a mis padres por obligarme a ser que lo que hoy soy, con mucho orgullo "PODOLOGA". ▣

Introducción a la Reflexología.

Dr. Abnel Alecrim Andrade - Fisioterapeuta - Especialista en Reflexoterapia - Brasil

QUE ES LA REFLEXOLOGIA ?

Reflexología es la ciencia que estudia los efectos reflejos en el cuerpo humano. "Un reflejo puede definirse como una respuesta rápida de estructuras biológicas a un estímulo determinado, específico y localizado con precisión, fuera del control voluntario". Estudios demuestran que hay regiones del cuerpo (plexos nerviosos) que tienen ligaciones claramente determinadas a los órganos, sistemas y estados emocionales. Cuando estimulados correctamente, envían y reciben informaciones de los órganos a los que están ligados, restableciendo su funcionamiento ideal y, en consecuencia, la salud del organismo.

QUE ES LA REFLEXOTERAPIA ?

Reflexoterapia es la utilización de la reflexología como tratamiento. Es una terapia complementaria con fundamentos de anatomía y fisiología humana que previene y trata los disturbios orgánicos y los desequilibrios emocionales a través de estímulos por presiones en determinadas terminaciones nerviosas en puntos específicos de los pies. La Reflexoterapia también es denominada "masaje podal", "reflexología podal", "masaje zonal", "terapia de zonas reflejas de los pies" o simplemente reflejoterapia.

HISTORIA DE LA REFLEXOLOGIA

Os beneficios terapéuticos de los masajes en los pies y manos, ya eran conocidos hace más de 4000 años, como muestra una ilustración en la tumba de un médico encontrada en Saqqara-Egipto. Se sabe que los chinos también usaban la reflexología aliada a la acupuntura. El Dr. Wang Wei, médico chino del siglo IV dc, colocaba agujas en los cuerpos de los pacientes y aplicaba presión firme con los pulgares en la punta de los pies.

Otra teoría dice que una forma de reflexoterapia fue transmitida a los indios de América del Norte por los Incas Peruanos (12.000 años AC). Hace siglos los Indios Cherokees, de Carolina del Norte, reconocieron la importancia e los pies para mantener el equilibrio físico, mental y espiritual.

El conocimiento de la reflexología aplicada a los pies fue rescatada en el siglo XIX e inicio del siglo XX por pesquisas del área médica. Las curiosidades existentes en la época por la acción

de los reflejos, estimularon el resurgimiento de nuevos estudios de la reflexología.

El estudio y el desenvolvimiento de la reflexoterapia por los europeos e americanos determinaron nuevos rumbos de la reflexoterapia.

Las pesquisas rusas sobre reflejos comenzaron a partir de una perspectiva psicológica en 1870. Hoy los rusos siguen sus estudios sobre reflexología, tanto de un punto de vista fisiológico, como psicológico. La base científica de los estudios de los reflejos tiene su origen en los estudios neurológicos realizados en la década de 1890 por Sir Henry Head, de Londres. En 1898 el descubrió la existencia de zonas de la piel que se volvían hipersensibles a la presión cuando un órgano ligado por nervios a esa región de la piel, presentaba alguna enfermedad. Al final de la década de 1890 e inicio de 1900, las técnicas de masajes desarrolladas en Alemania se conocieron como "masajes reflejos".

Esta fue la primera vez que los beneficios de las técnicas de masajes fueron atribuidas a las acciones reflejas.

El médico Americano Dr. Fitzgerald, Otorrinolaringólogo, fue el pionero de las técnicas científicas modernas de la reflexología podal. Fitzgerald descubrió que, aplicando presiones sobre los dedos del pie, se creaba un efecto anestésico local en la mano, brazo, hombro, mandíbula, cara, oreja y nariz. En 1917 el trabajo hecho por el Dr. Fitzgerald y el Dr. Bowers fue publicado en el libro "Zone Therapy".

Eunice Ingham (1879-1974) es considerada la madre de la moderna reflexología. Ella usó la terapia por zonas (desenvuelta por Fitzgerald) en su trabajo, pero sintió que los pies deberían ser los albos específicos de la terapia, debido a la naturaleza altamente sensible. Ella mapeó los pies en relación a las zonas y sus efectos sobre el resto de la anatomía hasta llegar a producir en los propios pies un mapa de todo el cuerpo. Su trabajo fue tan bueno que su fama fue extendiéndose y ella ahora es reconocida como la fundadora de la reflexología de los pies.

Eunice Ingham llevo su obra al público y a personas ajenas a la comunidad médica porque percibió que cualquiera podría aprender las técnicas de reflexología apropiadas y así ayudar a si misma, a sus familias y amigos.

La Zonoterapia (Terapias de las Zonas), es considerada la base de la moderna Reflexología de los Pies y muchos reflexólogos hacen uso de ella como complementar a su trabajo.

En América del Sur, la Zonoterapia y en seguida la Reflexoterapia, fueron traídas al principio al Paraguay por la misionera Margarida Gootah, que después de tratar a la esposa del Presidente Stroessner, paso a enseñarla en el instituto

Conaras, dirigido por la primera dama. Varios brasileros se formaron en este instituto e introdujeron la Reflexología en el Brasil.

Hoy la reflexología es desarrollada en mas de 20 países, y gracias a esos pioneros que estudiaron y desarrollaron este conocimiento, esta técnica se volvió mas accesible y conocida en el mundo. ▣

Bibliografías:

- Dougans, Inge y Ellis, Suzanne. Um Guia Passo a Passo para aplicação da REFLEXOLOGIA. Ed. Cultrix, São Paulo-SP, 1992.
- Bossy, J. - Bases Neurobiológicas de las Reflexoterapias. Masson, Barcelona, 1985.
- Freire, Marcos. Auto Massagem e Medicina Chinesa. Ed. Do Autor, Brasília, 1996.
- Gallego, Dr. Jesús Vázquez. El Masaje Terapéutico y Deportivo. Mandala Ediciones, Madrid, 2000.

- Ingham, Eunice D. - Stories The Feet Can Tell Thru Reflexology. Ingham Publishing, St Petersburg, Flórida, 1951.
- Norman, Laura. Feet First. Simon & Schuster Inc, Nova York, 1988.
- Wagner, Franz, Ph.D.. Reflex Zone Massage. Thorsons, Wellingborough, 1987.
- Wills, Pauline. Manual de Reflexología. Editorial Estampa, Lisboa, 1997.

www.revistapodologia.com

G h v g h # 4 < < : h q # l q w h u q h w
l q i r u p d q g r # d # o r v # # s u r i h v l r q d o h v

Usted encontrará:

Productos: libros, videos, posters, etc.

Guia de Empresas: todos los datos de las empresas mas importantes del mercado.

Guia de Profesionales: de todo el mundo ... complete el formulario e ingrese a la guia gratis.

Guia de Eventos: congresos, jornadas, cursos, todas las informaciones de horarios, programas, etc.

Guia de Instituciones: asociaciones del mundo.

Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!