

revistapodologia .com

Nº 32 - Junio 2010



Revista Digital de Podología

Gratuita - En Español



26 a 29
JUNHO
 2010
 CURITIBA
 PARANÁ

bsg world Festival

O maior evento de beleza profissional do planeta
 A B S O L U T O



- Negócios em Spa e Saúde
- Estética Avançada Aplicada
- Palestrantes Internacionais
- Tendências Mundiais do setor
- 2.800 profissionais esperados
- Expo de produtos e serviços
- 40 palestras indispensáveis



Aqui, nós não precisamos manter os pés no chão!
Congresso Multiprofissional para a saúde dos Pés

Temas abordados:

- Complicações ungueais e suas soluções
- Alterações da postura e suas consequências
- O papel da ética no futuro da Podologia
- Uma nova técnica de palmilhas
- Podologia portuguesa e a biomecânica

Realização



Atendimento Corporativo
 Fone: (11) 2098-0071
 comercial@bsgworldfestival.com

Atendimento a Profissionais
 Fone: (11) 2098-0071
 info@bsgworldfestival.com

www.bsgworldfestival.com

Apoio



BSG - Representante exclusiva na América do Sul

O **BSG World Festival**, em parceria com a **Revistapodologia.com**, antecipa tendências e traz o que há de melhor e mais moderno no setor para o aprimoramento dos profissionais brasileiros.

27/06 - domingo



**Interações Interdisciplinares
Com a Podologia**
Dr.^a Regina Rossetti (Brasil)



**O Papel da Ética no Futuro
da Podologia**
Marcio Yoshinaga (Brasil)



**Tratamento dos Papilomas
Mediante Bleomicina Intralesional**
Dr.^o Andre Ferreira (Portugal)



**A Importância do Pé Para a
Postura Corporal Humana**
Dr.^o Wilson Luiz Przysiezny (Brasil)



**Método Evolutivo de Tratamento
Através de Palmilhas**
Israel de Toledo (Brasil)

28/06 - segunda-feira



**O Tratamento do Podólogo nos
Pés Diabéticos**
Prof.^a Clarice Bramante (Brasil)



Técnicas Podológicas Atuais
Carlos Banegas (Argentina)



**Sistema Innopad Para a
Diminuição das Pressões Plantares**
Dr.^o Andre Ferreira (Portugal)



Podologia Geriátrica
Prof.^o Adécio Cordeiro (Brasil)

Coordenação científica:
revistapodologia
-com

LOCAL

Expo Unimed Curitiba

Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300
Campo Comprido - Curitiba (PR) - Brasil
www.expounimedcuritiba.com.br

INFORMAÇÕES:

#55 (41) 3229-2885

congressos@bsgworldfestival.com

REALIZAÇÃO



APOIO BSG WORLD FESTIVAL



BSG - Representante exclusiva
na América do Sul

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 32
Junio 2010

Director científico
Podólogo Israel de Toledo

Director comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores desta edición:

Dr. Podólogo Andre Ferreira. **Portugal.**
Podólogo Israel de Toledo. **Brasil.**
Podologa Miriam Mesa Rosales. **Cuba**
Dr. Alberto Quirantes Hernández. **Cuba**
Dr. Jorge Jiménez Armada. **Cuba**
Dr. Vladimir Curbelo Serrano. **Cuba**
Dr. Leonel López Granja. **Cuba**
Dr. Alberto Quirantes Moreno. **Cuba**

ÍNDICE

Pag.	
5	- Diabéticos Ciegos: Educación Diabetológica en Braille.
6	- Diabetes Mellitus. Folheto Educativo como Aporte para la Prevención.
12	- Diferencias entre Nevo y Melanoma. Método de diagnostico precoz mediante Dermatoscopia.
24	- Plantillas ortopédicas en el tratamiento de úlceras y pies diabéticos.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Novo tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - San Pablo - 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.

Diabéticos Ciegos: Educación Diabetológica en Braille.

Podologa Lic. Miriam Mesa Rosales. Cuba.

Concluido el pasado viernes 21 de mayo, ANGIOCARIBE 2010, celebrado en el Palacio de las Convenciones, incluyó el II Simposio Internacional de Angiopatia Diabética. En una de sus conferencias magistrales fue presentado el tema "Diabéticos Ciegos: Educación Diabetológica en Braille" por el profesor Alberto Quirantes Hernández, Profesor Consultante y Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Docente "Dr. Salvador Allende" del municipio Cerro de Ciudad de la Habana - Cuba.

Trabajo realizado con la colaboración de la Asociación Nacional de Ciegos de Cuba (ANCI) y el Proyecto Palomas, también participaron el Dr. Leonel López Granja, el Dr. Alberto Quirantes Moreno, la Lic. Miriam Mesa Rosales, la documentalista cubana Lizette Vila Espina y por la ANCI Raúl Martínez Correa.

Teniendo en cuenta que la diabetes mellitus es la enfermedad que más ciegos genera en el mundo, un equipo multidisciplinario de ese centro dirigido por el profesor Quirantes y en coordinación con la Asociación Nacional de Ciegos (ANCI) y el Proyecto Palomas llevaron al sistema Braille el contenido de un plegable educativo titulado "Las 7 Leyes del Éxito del paciente Diabético". De elevada calidad docente y derivado de una investigación realizada en el municipio Cerro por este grupo, fue avalada por un comité de expertos como una investigación ramal oficial del Ministerio de Salud pública donde se demuestran en los resultados su efectividad para disminuir la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad.

Por todo lo anterior, el Comité de Dirección de ANCI decidió la reproducción de este mensaje educativo para diabéticos al sistema Braille y ya se hizo realidad su distribución masiva en las 139 bibliotecas y áreas especiales para ciegos en todo el territorio nacional.

Al estimar el ahorro económico en relación a los costos directos a nivel de todo el país y teniendo en cuenta el bajo precio del libro diabetológico en Braille, se deduce que por cada mil ciegos diabéticos dejados de ingresar al seguir los consejos de mensaje educativo contenido en este libro, serían ahorrados \$309,220 pesos anuales.

Considerando la utilidad de este manual en relación a la educación diabetológica, primer material diabetológico educativo editado en Cuba para diabéticos ciegos, fue ofrecida su distribución gratuita a todos los países y asociaciones de ciegos a nivel mundial que lo soliciten.

Dr. Alberto Quirantes Hernández
Profesor de Medicina y Jefe del Servicio de Endocrinología
E.mail: alberto.quirantes@infomed.sld.cu

Lic. Miriam Mesa Rosales
Licenciada en Podología
Profesora de Área Práctica en el Servicio de Endocrinología
E.mail: miriam.mesa@infomed.sld.cu

HOSPITAL DOCENTE "DR. SALVADOR ALLENDE"
CIUDAD DE LA HABANA - CUBA



El Dr. Alberto Quirantes Hernández presentando el tema na ANGIOCAERIBE 2010.



Ciegos de la ANCI imprimiendo y estudiando el plegavel diabetológico educativo en Braille



Diabetes Mellitus.

Folleto Educativo como Aporte para la Prevención.

Autores:

*Dr. Alberto Quirantes Hernández ** - *Dr. Jorge Jiménez Armada ***

*Dr. Vladimir Curbelo Serrano *** - *Dr. Leonel López Granja ****

*Dr. Alberto Quirantes Moreno ***** - *Tec. Miriam Mesa Rosales ******

** Especialista de Segundo Grado en Endocrinología Jefe del Servicio de Endocrinología*

*** Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna*

**** Especialista de Primer Grado en Medicina Interna*

***** Residente de Segundo Año en Endocrinología - Hosp. "Hermanos. Amejeiras"*

****** ATD en Podología. Profesora de Área Práctica*

Hospital Docente Clínico-quirúrgico "Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro - Ciudad de la Habana - Cuba.

Resumen

Considerando que la educación diabetológica es la base fundamental para prevenir en los pacientes diabéticos las complicaciones, la mortalidad y los costos que pudieran derivarse de esta enfermedad, decidimos tomar de una investigación ramal oficial del Ministerio de Salud Pública el código de conducta para los pacientes diabéticos desarrollado por los autores de esta investigación e imprimirla en un folleto, vehículo idóneo por su bajo costo y la facilidad de su distribución, para que fuera distribuido de forma masiva entre los diabéticos de todos los niveles de salud como herramienta educativa.

Este código de conducta fue llamado "Las 7 Leyes del Éxito de Paciente Diabético" y constituye un mensaje compacto y sencillo que al repetirlo con frecuencia se convierte en el refuerzo constante de esta plataforma educativa que exhorta a los diabéticos, de forma razonable y bien argumentada, a que actúen de determinado modo para eliminar de la manera más completa posible los factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones, muchas de ellas graves y mortales, derivadas de su enfermedad, teniendo en cuenta, además, que apoya de forma importante la educación popular diabetológica de estos pacientes y de sus familiares. Otros países también se pueden beneficiar de este folleto ya que tiene la ventaja de su fácil distribución a través del formato digital.

Introducción

Al finalizar el año 2005, según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública, existían en Cuba 356.850 diabéticos. Si por cada diabético cono-

cido pudiera haber al menos dos personas vinculadas al paciente por razones de parentesco y convivencia, se puede inferir que en nuestro país hay más de un millón de personas relacionadas con la diabetes mellitus, directa o indirectamente, en una población de 11.257.105 habitantes.

La diabetes mellitus es en muchos países el principal problema de salud y está alcanzando proporciones epidémicas (1). La Organización Mundial de la Salud resalta la importancia de que estos enfermos logren un mayor grado de autocuidado y de calidad de vida (2).

El objetivo de este trabajo es diseñar un folleto educativo, sumamente sencillo y económico, con un contenido de elevado nivel científico y pedagógico, que permite la educación diabetológica integral del paciente, sus familiares y del personal de salud relacionado con la enfermedad, para disminuir la mortalidad, las complicaciones, muchas de ellas graves y mortales, y los costos en la diabetes mellitus.

Material y método

Se diseñó un folleto educativo con "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético", un completo código de conducta para lograr un óptimo control de estos enfermos, expuesto en un programa desarrollado y propuesto para su generalización por el Grupo de Expertos del Programa Ramal de Salud "Calidad de Vida" del Ministerio de Salud Pública en su Taller de Cierre de proyectos ramales. (3,4,5).

Para el diseño del folleto se utilizó una computadora Pentium IV con el programa Word XP, con página horizontal de 8 por 11 pulgadas y la herramienta columnas. *

Resultados

Se adjunta el folleto educativo para la diabetes mellitus con "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" y la forma en que se debe doblar para su entrega. **

Discusión

"Las 7 Leyes del Éxito del paciente Diabético" constituyen un mensaje compacto y sencillo que, al repetirlo con frecuencia, se convierte en el refuerzo constante de esta herramienta educativa que exhorta a los diabéticos, de forma razonable y bien argumentada, a que actúen de determinado modo para eliminar de la manera más completa posible los factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

Tal como se expresa en la Primera Ley, la educación diabetológica es de vital importancia para que el diabético pueda mantener un control adecuado de su enfermedad. Con esta educación, que se incrementa con la asistencia sistemática a la consulta médica, tal como lo dice la Segunda Ley, se consigue el cumplimiento de las restantes. (6,7).

En relación a la Tercera Ley que orienta sobre la necesidad de la asistencia mensual a la consulta de podología con el fin de prevenir el llamado "pie diabético" y a subsiguientes amputaciones, aquí se pueden tomar medidas oportunas en la prevención de esta complicación y reforzar la educación diabetológica del paciente.(8)

El diabético es más susceptible de padecer lesiones gengivales y dentarias y en la Cuarta Ley se enfatiza la necesidad de la visita mensual al estomatólogo con la explicación correspondiente.(9).

La Quinta y Sexta Leyes señalan la importancia de mantener un peso adecuado y de evitar el sedentarismo. Con el cumplimiento de estas leyes se controla y se previene la diabetes y sus complicaciones.(10,11,12,13).

La Séptima Ley prohíbe en los diabéticos el alcoholismo, el tabaquismo y la drogadicción pues tales adiciones se presentan con un riesgo incrementado en los pacientes diabéticos y con facilidad provocan estados de conciencia alterados y graves deficiencias económicas que impiden prestar la atención necesaria al control de la enfermedad, favoreciendo la aparición de complicaciones vasculares al facilitar la vasoconstricción y la aparición de severas y a veces fatales hipoglicemias alcohólicas. (14,15,16,17).

Este folleto educativo es una forma económica, sencilla, de fácil divulgación nacional e interna-

cional que imparte orientación diabetológica masiva al contener un material educativo de elevado valor científico y pedagógico validado en la investigación sobre como elevar la calidad de la vida del diabético que se realizó durante cuatro años en una comunidad de más de 130,000 habitantes y cuya base fundamental consistió en instruir a los diabéticos estudiados en el cumplimiento de "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" (3,4,5).

Con una sólida base científica este folleto, devenido en código unificador de acciones de prevención en la población diabética, es una valiosa herramienta que también sirve de orientación al personal de salud tanto en contactos individuales como para guiar reuniones de entrenamiento de pacientes diabéticos y de sus familiares y se convierte a su vez en una guía de auto-control de estos enfermos que les permite empeñarse en alcanzar el cumplimiento de las útiles orientaciones propuestas, que de forma notable elevaría la calidad de la vida del paciente diabético.

Conclusiones

La educación diabetológica del paciente diabético es el arma fundamental para aumentar la calidad de la vida de estos enfermos. Con esto en mente decidimos confeccionar un material educativo proveniente de una investigación científica ya validada y de comprobada efectividad, "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético", código unificador de acciones de prevención en la diabetes mellitus, e imprimirlo en formato folleto, plataforma de fácil distribución y muy bajo costo que contribuiría a mejorar la calidad de la vida de estos enfermos y disminuir la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad en cualquier país del mundo.

Impresión y doblado del folleto

* Para el armado de la revista hubo que hacer modificaciones del trabajo original y el formato de impresión de las páginas 10 y 11 es A4.

** Explicación de como doblar el folleto.

Imprimir las páginas 10 y 11 en A4 frente y verso.

Detrás de la Sexta ley deberá quedar impresa la Quinta ley.

Luego de imprimir las dos caras de la hoja, con la parte de la Segunda a la Quinta ley de frente, doblar la parte de Segunda y Quinta ley hacia adentro, quedando a nuestra vista la Primera y la Sexta ley, doblar nuevamente al medio, así quedara como primera página la parte donde esta el texto Folleto Educativo.

Sexta ley

**PRACTICAR
SISTEMÁTICAMENTE
ACTIVIDADES FÍSICAS
ACORDES CON LA
EDAD Y CON
EL ESTADO
DE SALUD**

La actividad física es una forma de mantener bajo control las cifras de la glicemia al aumentar el consumo de azúcar por los músculos.

La actividad física, cualquiera que sea su intensidad, facilita el gasto de energía y, por tanto, ayuda a la dieta en la reducción de peso. El ejercicio físico también estimula la formación e inhibe la pérdida de hueso. El ejercicio físico realizado regularmente también produce una mayor sensación de bienestar general.

Séptima ley

**LA LEY DEL NO:
- NO TABAQUISMO
- NO ALCOHOLISMO
- NO DROGADICCIÓN**

En la diabetes mellitus la práctica de cualquiera de estos estados adictivos adquiere una dimensión nociva agigantada ya que se produce un abandono en el cuidado de esta enfermedad al provocarse estados de conciencia alterados así como una afectación en la economía personal y familiar. Se afecta notablemente la circulación sanguínea con el uso del tabaco o de la cocaína y sus derivados, Se favorecen las infecciones inoculadas con el uso frecuente e inapropiado de inyecciones endovenosas como es el caso de la heroína que también traumatizarían repetidamente las valiosas venas del diabético y se provocarían, a veces con resultados fatales, las hipoglicemias alcohólicas.

CENDA Reg.No. 2201-2007

FOLLETO EDUCATIVO

LAS 7 LEYES DEL ÉXITO

**DEL PACIENTE
DIABÉTICO**

Por:

Dr. Alberto Quirantes Hernández

Dr. Leonel López Granja

Dr. Vladimir Curbelo Serrano

Dr. Jorge Jiménez Armada

Dr. Alberto Quirantes Moreno

Pdga. Miriam Mesa Rosales

Hospital docente

"Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro

Ciudad de la Habana - Cuba

Es un mensaje compacto y sencillo que, al repetirlo con frecuencia, se convertirá en el refuerzo constante de esta herramienta educativa que exhorta a los diabéticos, de forma razonable y bien argumentada, a que actúen de determinado modo para eliminar, de la manera más completa posible, los factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones, muchas de ellas graves y mortales, derivadas de esta enfermedad.

Primera ley

**EDUCACIÓN
DIABETOLÓGICA
PARA EL PACIENTE
Y SUS FAMILIARES**

La educación diabetológica es un arma preciosa en el arsenal terapéutico del paciente diabético y por eso la colocamos en primer lugar.

El paciente educado en lo que significa su enfermedad brindará a los distintos niveles de salud en que será atendido una valiosísima cooperación que se revertirá en que su salud se mantenga en condiciones óptimas. Además de que conocerá de manera perfecta como afrontar las distintas contingencias que se le puedan presentar en el curso de su vida aun cuando no tenga un médico a su lado. Una familia conocedora de lo que es la diabetes será manantial inagotable de comprensión en la vida de estos enfermos.

Segunda ley

ASISTENCIA TRIMESTRAL A LA CONSULTA MÉDICA DE CONTROL

Aquí se identifica precozmente cualquier problema de salud que pueda presentar el diabético, a que el paciente tenga acceso oportuno a cualquier otra especialidad en que necesite ser atendido, a la realización de las investigaciones complementarias que se precisen, a la verificación del control metabólico del propio enfermo y a determinadas y repetidas acciones educativas por parte del médico y del personal de enfermería ayudante.

Tercera ley

ASISTENCIA MENSUAL A LA CONSULTA DE PODOLOGÍA

La principal causa de ingreso hospitalario del paciente diabético en muchos países son las lesiones ulceradas de los pies. El llamado pie diabético es la primera causa de amputaciones no traumáticas en el mundo. Es crucial para los diabéticos la visita sistemática a la consulta de podología pues en esta especialidad se realiza un examen directo y minucioso de los pies y en etapas tempranas se pueden tomar medidas oportunas sobre las mas sencillas alteraciones que puedan aparecer en los miembros inferiores sumado a la labor educativa constante del podólogo en las repetidas visitas del paciente diabético.

Cuarta ley

ASISTENCIA SEMESTRAL A LA CONSULTA DE ESTOMATOLOGÍA

La visita al estomatólogo de forma preventiva puede evitar o detectar a tiempo lesiones sépticas bucales de diferentes causas, caries dentales, enfermedad periodontal, etc., que de existir de forma mas o menos inadvertida establecería una negativa relación con niveles elevados de la glicemia, lo que a su vez permitiría la aparición o agravamiento de las complicaciones derivadas de las hiperglicemias mantenidas.

Quinta ley

ALCANZAR Y/O MANTENER EL PESO IDEAL SIGUIENDO LA DIETA INDICADA

Pregúntele a su médico cual es su peso ideal.

El paciente debe mantener una alimentación saludable que le ayude a alcanzar el peso ideal que se le ha calculado.

El exceso de peso corporal contribuye a que se mantengan glicemias elevadas y a la aparición de nuevas enfermedades asociadas con la obesidad tales como la hipertensión arterial, el aumento de las grasas de la sangre, lesiones en las articulaciones que soportan el peso, trastornos circulatorios, etc.

Bibliografia

- 1- Ahman,A.J.: Guidelines and performance measures for diabetes. Am J Manag Care 2007; 13(2 suppl):41-6.
- 2- Alleyne,G.: La diabetes: una declaración para las Américas. Bol Of Sanit Panam 1996; 12(5):461-6.
- 3- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano,V., Montano Luna,A., Machado Leyva,P., Quirantes Moreno,A.: La calidad de la vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(1):50-6.
- 4- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano, V., Jiménez Armada,J., Tubau Campos,F., Quirantes Moreno,A.: Resultados sobre mortalidad, complicaciones y costos en la diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):227-32.
- 5- Quirantes Hernández,A., López Granja,L., Curbelo Serrano,L., Jiménez Armada,J., Quirantes Moreno,A., Mesa Rosales,M.: Programa "Mejorar la calidad de la vida del paciente diabético". Resultados finales sobre mortalidad. Rev Cubana med Gen Integr 2005;21:1-10.
- 6- Menard,J., Peyette,H., Dubuc,N., Baillargeon,J.P., Maheux,P., Ardilouze,J.L.: Quality of life in type 2 diabetes patients under intensive multitherapy. Diabetes Metab 2007;33(1):54-60.
- 7- Thomas, P.D., Miceli,R.: Evaluation of the "Know Your Health" program for type 2 diabetes mellitus and hypertension in a large employer group. Am J Manag Care 2006;12:SP 33-9.
- 8- Anichini,R., Zecchini,F., Cerretini,I., Meucci,G., Fusilli,D., Alviggi,L., Seghieri,G., DeBellis,A.: Improvement of diabetic foot care after implementation of the international Consensus on the Diabetic Foot (ICDF): results of a 5-year prospective study. Diabetes ResClin Pract 2007;75(2):153-8.
- 9- Mattout,C., Bourgeois,D., Bouchard, P.: Type 2 diabetes and periodontal indicators: epidemiology in France 2002-2003. J Periodontal Res 2006;41(4):253-8.
- 10- Rizvi,A.A.: Management of diabetes in older adults. Am J Med Sci 2007;333(1):35-47.
- 11- Boer,I.H., Sibley,S.D., Kealenbaun,B., Sampon,J.N., Young,B et al.: Central obesity, incident microalbuminuria and change in creatinine clearance in the epidemiology of diabetes intervention and complications study. J Am Soc Nephrology 2007;18:235-43.
- 12- Edelstein,S.R., Lachen,S.M., Bray,G.A. Delahanty,L., Hoskin,M. et al.: Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. Diabetes Care 2006;2102-07.
- 13- Smith,T.C., Wingard,D.L., Smith,B., Kritz-Silverstein,D., Barrett-Connor,E.: Walking decreased risk of cardiovascular disease mortality in older adults with diabetes. J Clin Epidemiol 2007;60(3):309-17.
- 14- Meisinger,C., Doring,A., Thorand,B., Lowel,H.: Association of cigarette smoking and tar and nicotine intake with development of type 2 diabetes mellitus in men and women from the general population: the MONICA/KORA Augsburg Cohort Study. Diabetologia 2006;49(8):1770-6.
- 15- Mukamal,K.J.: Hazardous drinking among adults with diabetes and related eye disease or visual problems: a population-based cross-sectional survey. Ophthalmic Epidemiol 2007;14(1):45-9.
- 16- Nyenwe,E.A., Loganathan,R.S., Blum,S., Ezuteh,D.O., Erani,D.M., et al.: Active use of cocaine: an independent risk factor for recurrent diabetic ketoacidosis in a city hospital. Endocr Pract 2007;13(1):22-9.
- 17- Ng,R.S., Darko,D.A., Hillson,R.M.: Street drug use among young patients with type 1 diabetes in the UK. Diabet Med 2004;21(3):295-6. □

DR. ALBERTO QUIRANTES HERNÁNDEZ
Email: alberto.quirantes@infomed.sld.cu

AMPUTAR? NÃO!!!

Ozonomatic® ajuda salvar!

Registro Anvisa: 803827300001



Pé Diabético
Úlcera do Decúbito
Vasculopatias Periféricas
Má Circulação
Drenagem Linfática
Fisioterapia

Hidro-Ozonoterapia: A Renovação Diária da Sua Saúde.



Spa do Noivos



Spa do Pé



Spa do Pé Inalando Essências



Pé Diabético

- Único Gerador Portátil para Hidro-Ozonoterapia
- 380 a 600 jatos de massagem
- 72 jatos Acessório Spa do Pé
- Controle Remoto
- 7 Programas de Ozonomassagem
- Massagem corporal difusaa
- Drenagem linfática
- Peeling natural
- Baixo consumo de energia
- Ligação simples
- Uso imediato

- Fácil utilização / instalação em:
 - Banheiras convencionais
 - Banheiras de hidromassagem
 - Ofurôs até 300 litros / Home care

Consulte-nos sobre:
Ofurôs, Banheiras,
Iluminação e Cromoterapia.

Angevan Ozonomatic®
www.angevan.com.br
21 2522-1885 8151-4807



Spa Zen

Cadeira Master
Cód. 13945

Cadeira com controle de elevação hidráulica, giratória, com freio, montada em estrutura de aço maciço e base com 10 mm de espessura, acabamento em pintura eletrostática. Encosto com regulagem hidráulica a gás e reclinção máxima de 135°. Braços que acompanham o movimento de reclinção e escamoteáveis em ambos os lados. Apóia pernas bipartido com prolongadores, comandados através de pistões hidráulicos.

Cadeira Master
Cód. 13945 M2

Idem cód. 13945, porém, com controles motorizados para ajuste de altura e reclinção do encosto em até 180°.



Cadeira Master
Cód. 13945 M1

Idem cód. 13945, porém, com controle de altura motorizado.

Opcionais:

- Bandeja para instrumentos em aço inoxidável montada em dispositivo com regulagem em profundidade e na posição radial.
- Bandeja para resíduos em aço inoxidável montada em dispositivo com regulagem de profundidade.
- Suporte para a luminária.

Mocho
Cód. 15200

Regulagem hidráulica de altura do assento. Encosto com regulagem de altura e profundidade. Giratório.



Linha Master



Luminária
Cód. 17201

Luminária com exaustor 110 ou 220 V.



Estufa
Cód. 17600

- Estrutura em aço anti corrosível
- Prateleiras removíveis para 4 estojos
- Isolamento térmico em lã extra fina
- Estufa a seco, 50 a 250 °C
- Potência 400 W

Armário
Cód. 15401

Revestimento externo e interno em MDF. Gavetas em trilhos deslizantes.

Cores de Estofamento



Para maiores informações consulte nosso site.

Reservada a direção de alterações para melhorias nos produtos sem aviso prévio.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.

Vendas: R. Independência, 661 • CEP 01524 - 001 • Cambuci • S. Paulo • SP
Grande São Paulo: (11) 2063 7815 • Demais localidades: DDG 0800 11 7815
Fax: (11) 2063 8580 • www.ferrante.com.br • vendas@ferrante.com.br



Diferencias entre Nevo y Melanoma

Método de diagnóstico precoz mediante Dermatoscopia

Dr. Podologo André Ferreira. **Portugal.**

Pós-graduado em Cirurgia Podológica de Mínima incisão pela Univ. Autónoma de Barcelona, Espanha. Licenciado em Podologia pela Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário – Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Porto Portugal. Responsável pela consulta de Podologia e Biomecânica no Centro de Dermatologia Epidermis – Instituto CUF Porto. Responsável pelo grupo Britânico Langer Orthotics em Portugal. Coordenador do I Curso de Biomecânica e Ortopedia da Associação Portuguesa de Podologia. email: andre_filipe_ferreira@hotmail.com

El melanoma es el más común tumor cutáneo primario maligno en el pie. Donde las mejorías en el pronóstico han sido observadas en comparación con pacientes con melanoma en otras partes del cuerpo, pero todavía son frecuentes atrasos en su identificación por negligencia o equivoco del diagnóstico. La detección del melanoma del pie depende de la habilidad del profesional de salud y de sus observaciones en el reconocimiento de alteraciones precoces.

Publicaciones recientes tiene documentado el uso de un dermatoscopio como una herramienta para mejorar el reconocimiento de tales lesiones sospechosas. Este artículo revisa la literatura actual, con énfasis especial en sus potenciales aplicaciones en el melanoma plantar y melanoma de la unidad ungueal. Los datos de estos estudios sugieren que esta técnica es un complemento útil e importante para el examen clínico, que en última instancia puede llevar al reconocimiento de este tumor agresivo.

Los chancros cutáneos corresponden a un tercio de todos los chancros humanos. Segun la Organización Mundial de Salud, el melanoma maligno (MM) es responsable por cerca de 132.000 nuevos casos por año y cerca de 66.000 muertes. Globalmente, la incidencia de la enfermedad continúa a aumentar, sobretodo en poblaciones caucásicas [1]. Como no existe tratamiento eficaz para la enfermedad, el objetivo es mejorar la sobrevivencia al redor de estas lesiones malignas gracias a una detección precoz.

EL MELANOMA Y EL PIE

Como ya fue referido el melanoma es el tumor cutáneo primario maligno del pie más frecuente [7] representa entre 3-15% del total de melanomas cutáneos [8]. Considerando que las mejorías han sido vistas en el pronóstico para algunos pacientes con melanoma, estas lesiones a nivel de los pies todavía son una gran preocupación. Los tres tipos más comunes que ocurren en el pie son la propagación superficial (figura 1), nodular y el melanoma acral lentiginoso (MAL – figura 2).



Fig. 1 - Melanoma expansivo



Fig. 2 - Melanoma acrolentiginoso

El MAL es particularmente frecuente en el pie, una vez que tiene una predilección para la planta del pie y unidad ungueal [9]. Además, es un subtipo de melanoma que afecta todos los tipos de piel [10]. Day [11] identificó MM en el pie como un factor de riesgo independiente para reaparición de la enfermedad. Esto fue analizado por Hsueh y colaboradores [12], que analizo 652 casos de melanoma cutáneo y los datos analizados comparando localización anatómica para las tasas de sobrevivencia.

El control de variables, incluyendo la espesura del tumor, los resultados confirmaran que el melanoma primario en el pie tenía una tasa de sobrevivencia de cinco años o sea de 77% en comparación con 94% y 95% para las lesiones

en el tobillo y muslo, respectivamente. Ellos concluyeron que el pronóstico se deterioró todavía más si la lesión se encuentra en el tronco.

A partir de los datos disponibles, la razón para eso no es clara, pero probablemente esta menos relacionada con la naturaleza física del tumor y más a ver con los atrasos en la presentación y diagnóstico. El pronóstico, en parte, es agravado en el pie con melanoma pues las lesiones frecuentemente presentan más tarde y son por lo tanto más espesas en el momento del diagnóstico [13]. Las razones para los atrasos han sido bien estudiadas [5,14-17].

Richard et al observó 590 pacientes con melanoma y relató una serie de factores, que previo lesiones más espesas, incluyendo los melanomas que se encontraban fuera de la visión de los pacientes (como la superficie plantar del pie). Del punto de vista médico los retrasos en los diagnósticos clínicos también fue observado en las lesiones acrales [18].

El diagnóstico incorrecto también podrá explicar un pronóstico reduciendo en pacientes con melanoma acral. Bristow e Acland [19], analizaron 27 casos de melanoma acrolentiginoso en el pie y sugieren una tasa de errores de diagnóstico

de 33%, en cuanto los otros investigadores relataron tasas muy mayores de hasta 60% de los melanomas del pie [20].

Metzger y colaboradores [21]. En una revisión del diagnóstico tardío del melanoma acral destacaron que muchos melanomas acrales no son considerados relevantes por ciertos clínicos en la consulta inicial, pues estos no sospechan que el problema pueda ser un melanoma.

Como ciertos clínicos son menos conscientes sobre esta patología; el diagnóstico equivocado constituye más un problema. Ilustrando esto, muchos trabajos fueron publicados destacando que el equívoco en el diagnóstico de los melanomas en el pie y debe a este muchas veces ser confundido con otras patologías como siendo infección por hongos, onicomiosis, úlceras, hematoma y otras patologías del pie más común [20,22-27]

IDENTIFICACIÓN DEL MELANOMA

La importancia de educar los pacientes y profesionales a través de campañas de sensibilización sobre el melanoma es de extremo interés diversas iniciativas han intentado aumentar la conciencia pública para la vigilancia de la piel.

SISTEMA PODOLÓGICO

O Sistema Podológico fornece uma solução prática e eficaz para escolas, clínicas e consultórios de podologia que buscam informatizar a sua clínica, escola ou consultório. Algumas características do sistema:

- Acompanhamento de Fichas de Anamnese;
- Anotações dos Atendimentos;
- Agendamento de Consultas;
- Controle de Contas de Entrada e Saída;
- Acompanhamento Fotográfico;
- Controle de Acesso personalizado por usuário;
- Controle e Acompanhamento de Estoque;
- Facilidade na busca pelas informações cadastradas;
- Completa lista de relatórios;
- Entre outras...

Acesse nosso site e faça o download gratuito da versão DEMONSTRAÇÃO do sistema e conheça todas as funcionalidades.

 Telefone : (19) 3534.2181
Site : www.afa.inf.br
Email : podologico@afa.inf.br

Soluções em equipamentos de informática e rede,
Sistemas Comerciais, ERPs e Nota Fiscal Eletrônica.
Acesse nosso site e comece todos os nossos produtos e serviços.



O que seus olhos não vêem a Cristófoli esteriliza.



Autoclave
Vitale Plus
12 e 21 Litros
Esterilizador a vapor



Embalagem
Tubular
7,5, 10, 15cm x 100m



Seladora 30 cm
Cristófoli



Higipratic I



Cuba Plástica



Maleta Cristófoli



Lupa com
Iluminação
Cristófoli



Lixeira Automática
Cristófoli



Tudo o que você precisa
em biossegurança.


CRISTÓFOLI
BIOSSEGURANÇA

Consultoria gratuita em biossegurança:
cristofoli@cristofoli.com - www.cristofoli.com
Central de Atendimento ao Cliente:
Fone: (44) 3518-3433 - Fax: (44) 3518-3438

Igualmente importante es el papel del médico en la triagen de pacientes – los médicos que detectan melanomas fue mostrado ser significativamente más bajo en el diagnóstico de que los detectados por los pacientes [6].

La regla del ABCD, concebida en 1985 por Friedman [28], fue bien usada como un mnemónico de evaluación de la piel para el reconocimiento de cambios de nevos melanocíticos.

Su valor en el melanoma del pie fue cuestionado visto que las lesiones acraís no presentan las características típicas del melanoma maligno en otra parte de la piel [19,21]. Por lo tanto, el nivel clínico, la decisión de monitorizar, intervenir o remitir una lesión sospecha puede ser una tarea difícil.

DERMATOSCOPIA

El examen visual de una lesión cutánea sospechosa, como un melanoma puede ser significativamente mejorado por la adición de microscopia de superficie. Esto fue inicialmente reconocido por una Dermatologista Escocesa Rona MacKie que en 1971 publicó un artículo que demostró en el pre-operatorio, el alto valor predictivo de un examen profundado de melanoma [29].

La dificultad surge sin embargo, en que la evaluación de la piel en condiciones normales, con una lupa padrón, es limitado debido a superficie de reflexión y refracción. Para superar eso se desarrolló el dermatoscopio que es un simple y relativamente barato, dispositivo de ampliación manual (normalmente 10x), que usa un medio de oleo o luz polarizada permitiendo al clínico observar estructuras más profundas de la piel que no se pueden mirar a ojo (Figura 3).

Desde la década de 1980 la idea de “dermatoscopia” empezó a ganar impulso y su popularidad como una herramienta auxiliar en la toma de decisiones clínicas aumento especialmente en la Europa donde su evidencia de pesquisas fueron publicadas. En 1990, cerca de 13 trabajos fueron publicados, en 2007, subió para más de 500.

Se debe resaltar que el dermatoscopio en si no es una herramienta de diagnóstico, pero permite auxiliar la toma de decisión cuando confrontados con una lesión sospechosa, lo que permite al clínico mayor confianza en la hora de decir como proseguir delante de una lesión cutánea.

El uso del dermatoscopio fue inicialmente de dominio exclusivo del dermatologista, el trabajo experimental dio lugar a largas descripciones de padrones y características visualizado en nevos



Fig. 3 - Dermatoscopio

melanocíticos, melanoma y otros tumores de piel. Eso permitió la formalización de la técnica en diversos algoritmos, como análisis de padrones [30], la técnica de 7 puntos [31], la técnica modificada ABCD [32] es el método Menzies [33].

Dos análisis iniciales de la técnica de dermatoscopia fueron publicados y concluyeron que aumenta la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico del melanoma, cuando comparado a ojo, en las manos de un medico experiente [34,35].

En 2004, fue reconocido que, a fin de obtener una disminución de la morbilidad y mortalidad, la dermatoscopia debe ser el teste de selección para todos los profesionales envueltos en el examen de piel, siendo un examen de fácil aplicación y bajo costo. Tal examen tiene como objetivo realzar las lesiones sospechosas y permitir al profesional de la salud encaminar los pacientes para un especialista [36].

Usando una metodología de ensayo randomizada Westerhoff y amigos [37] demuestran que era posible formar un grupo de profesionales no-especialistas en dermatología general y mejorar significativamente sus capacidades de reconocimiento clínico comparado con un grupo de control. Argenziano et al [38] relataron resultados semejantes, con un grupo de 73 médicos de cuidados primarios.

En el Reino Unido, existe un cierto número de



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

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



Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

Gommage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.

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

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE



Tudo para Podologia em um só local!

Artigos Nacionais e Importados

LINHA COMPLETA DE PRODUTOS:

- Autoclave / Cuba Ultrassônica / Estufa
- Móveis em geral (poltronas e armários)
- Micromotores / Silicone para Órtese
- Instrumentais em aço inox / Alicates
- Tudo para órtese metálica e acrílica
- Brocas e Fresas / Materiais de EPI

CENTRO
TÉCNICO
DE
APERFEIÇOAMENTO
Podoplus

Cursos de:
Atualização / Reciclagem / Treinamento



Podocauter

A única do mercado com
Registro M.S. Anvisa
Bivolt
Potência Elevada

Promoção
Autoclave Bioflex



Laser Vermelho DMC

Laser InfraVermelho DMC

100 MW de Potência
Registro: M.S. ANVISA
Bivolt

* O mais sofisticado da categoria



Micromotor Beltec LB-100

30.000 RPM / Bivolt
Caixa Branca: exclusivo
Registro: M.S. ANVISA



Autoclave BIOFLEX 12 Litros

Tanque em Aço Inox

Digital / Bivolt

Registro: M.S. / ANVISA

*** Despachamos para todo território nacional ***

WebSite: www.podoplus.COM

* Aceitamos todos os cartões de crédito

São Paulo

Rua Natal, 623 - Vila Pires

Santo André / SP

Cep. 09195-310

Tel/Fax (11) 4972-3857 / 4972-4369

e.mail: podoplus@podoplus.COM

Rio de Janeiro

Rua Conde de Bonfim, 346 subsolo 108

Praça Saens Peña - Tijuca / Rio de Janeiro / RJ

Cep. 20520-054

Tel/Fax (21) 2254-1394 / 8875-8255

e.mail: podoplusrj@podoplus.COM

cursos todos los años que incluyen una variedad de profesionales de la salud muy grande a fin de ensayar esta técnica.

La meta-análisis más reciente de la dermatoscopia [36] cubrió una revisión de la literatura, incluyendo los estudios realizados por profesionales con formación mínima en esta técnica y comparando a porcentaje de diagnósticos relativo entre la dermatoscopia como el examen de ojo a 15,6 (IC 95 %, 2,9-83,7, $p = 0,01$).

Parece, entonces, pertinente explorar esta técnica como una extensión en la consulta de Podología. Hasta el momento los autores no tienen conocimiento de cualquier literatura publicada documentada su aplicación dentro de esta profesión.

TÉCNICA DE LOS 7 PUNTOS DE GLASGOW

Esta técnica reconoce que la dermatoscopia puede ser una herramienta de rastreo de todos los envueltos en el cuidado de la piel.

Como resultado, es una técnica simplificada para la detección de lesiones sospechas y es particularmente útil para que se inicia en su aplicación. A través del dermatoscopio, evaluase las lesiones individuales en 7 criterios:

Criterios mayores:

1 - Alteración del tamaño



Fig. 4 - Nevo benigno - Melanoma

2 - Alteración de la forma

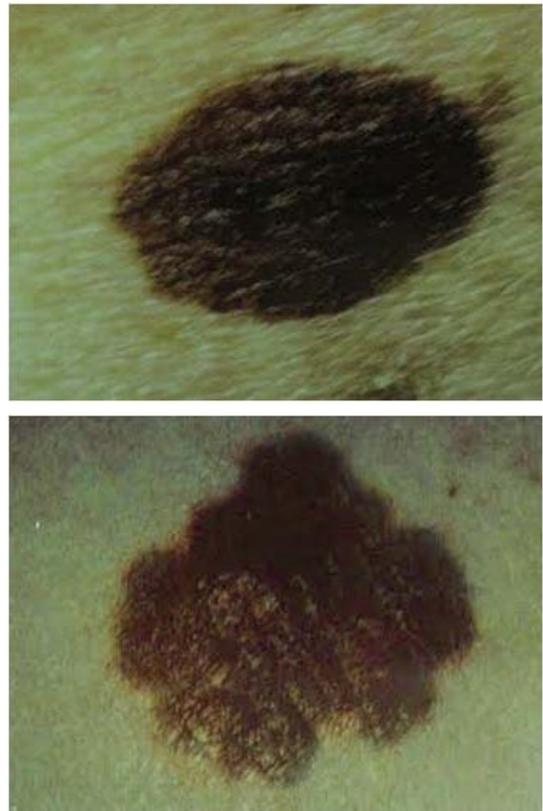


Fig. 5 - Nevo benigno - Melanoma

3 - Alteración del color



Fig. 6 - Nevo benigno - Melanoma

Criterios Menores:

4 – Diámetro superior o igual a 7 mm



Fig. 7 - Nevo benigno - Melanoma

5 - Inflamación

6 - Sangramiento

7 - Alteración de la sensibilidad

A cada uno de los criterios mayores son atribuidos dos puntos, y a cada uno de los criterios menores es atribuido un punto.

Considerase que una lesión es sospechosa de melanoma, cuando se obtiene un resultado 3 puntos o más y deben ser considerados para biopsia y excisión luego que posible.

DERMATOSCOPIA Y EL PIE

El dermatoscopio fue considerado útil para el examen de piel, pero el pie ofreció un desafío particular para esta técnica, en primer lugar, debido a su superficie plantar acral gruesa que da una presentación de pigmentación alterada [40] y por otro lado la unidad ungueal que frecuentemente se presenta con una pigmentación debido a una serie de causas, incluyendo hematoma y melanoma. En la planta (y palma) la piel de velo azul y blanco es raramente observada,

siendo que la asimetría del color y de forma aun debe ser considerada.

Además de esto, otras observaciones dermatoscópicas de la piel acral y volar han sido relatados. Saida, Myazaki y sus colegas identificaron tres padrones de pigmento específico determinado como normal en nevos melanocíticos benignos del surco paralelo, reticulado y fibrilar de la piel plantar [41-44]. En cada uno de estos el pigmento es localizado en los surcos de los dermatoglifos plantar. Los padrones surgen como un reflejo de las columnas de melanina normal no estrato córneo o en un surco (vertical paralelo) o oblicuo [40].

El melanoma maligno fue mostrado y exhibe diferentes padrones en la superficie palmar y plantar. Saida [42] y sus colaboradores relataron, en concordancia con la asimetría del algoritmo de tres puntos y irregularidades donde verificaron que el color era una característica común.

Además, la pigmentación del melanoma maligno es frecuentemente más acentuada en las cristas de los dermatoglifos y no en los surcos como en lesiones benignas [45] (Figura 8)

Para testar la hipótesis de Saida y colegas [46] se estudio 712 lesiones melanocíticas en áreas acrais, para determinar la sensibilidad y especificidad de estos padrones para determinar la presencia de melanoma maligno.

El padrón de crista paralela mostro un valor predictivo positivo de 93,7% (la proporción de pacientes con melanoma probado que presentaron un padrón de cristales paralelos) y en lesiones melanocíticas benignas el valor predictivo positivo del padrón de surcos paralelos y malla como padrón fueron muy elevados en 93,2% y 98,3%, respectivamente (la proporción de

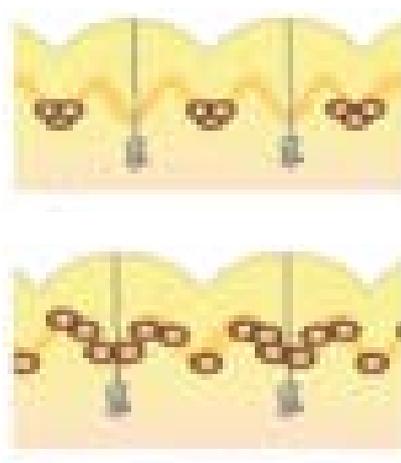


Fig. 8 - Padrones de distribución de melanina en la piel acral.

pacientes con diagnóstico de un nevo melanocítico benigno que presentaron el patrón de surcos paralelos). El estudio fue realizado en un grupo de japoneses, aunque algunos estudios más tarde confirmaron las conclusiones en poblaciones caucásicas [47,48].

Dermatoscopia y su potencial en la evaluación de la pigmentación de la uña

Además de la aplicación del dermatoscopio para evaluar lesiones pigmentadas plantares, su utilidad en la evaluación de la pigmentación de la uña fue discutida [49]. Un paciente que presenta con una melanoniquia longitudinal constituye siempre un desafío de diagnóstico para los Podólogos debido a sus varias causas, como por ejemplo la etnicidad, drogas, trauma, hematoma y ocasionalmente melanoma. La biopsia de esas lesiones tiene un potencial de causar cicatrices permanentes para la unidad ungueal. Ronger et al [50] discutió el papel del dermatoscopio en la pigmentación de la uña y nos sugirió su uso como una herramienta para decidir si una biopsia de la uña debe o no ser realizada. Publicaciones subsecuentes han explorado ese concepto. Braun y colaboradores [51] describieron las características de las diferentes causas de melanoniquia y propusieron un algoritmo. Del

mismo modo Jellinek [52] sugiere que el dermatoscopio tenga un papel importante en la evaluación de las uñas antes de la biopsia y nuevamente propone un algoritmo. Aunque ninguno de estos tengan sido formalmente testados para identificar su validez, con el tiempo tendría de esperar un mayor desenvolvimiento en esta área con el aumento de la experiencia.

Conclusión

Las evidencias actuales todavía demuestran un aumento en la incidencia de melanoma, la forma más letal de chancro de piel. Un tratamiento eficaz, la detección precoz y la excisión de estas lesiones son vitales para mejorar el pronóstico y la tasa de sobrevivencia. Lesiones localizadas en el pie tiene mostrándose propensas a atrasos de diagnósticos y equívocos en comparación con los tumores en otra parte del cuerpo, resultante en peores pronósticos.

La dermatoscopia es un medio simple y barato de visualizar lesiones pigmentadas y demostró ser la mejor forma de obtener un diagnóstico más preciso. Aunque originalmente considerada una técnica para la especialidad de Dermatología, desenvolvimientos posteriores tiene sugerido que la dermatoscopia puede ser una herramienta útil para profesionales de salud

APARELHO MASTER FOTON PODOLOGIA

IDEAL PARA O TRATAMENTO DE:

- ONICOMICOSE
- MICOSES DE PELE
- GRANULOMAS
- FERIDAS DIABÉTICAS

É FUNGICIDA,
BACTERICIDA E
FOTOPOLIMERIZADOR !!!



Contatos: # 55 (011) 2693.3723
site: www.edensvida.com
email: vidaeeden@yahoo.com.br

GRATIS BOLSA PARA TRANSPORTE !!!!

envueltos en el cuidado de la piel. En esta base, la dermatoscopia es, potencialmente, una nueva extensión para el ámbito de la consulta en Podología. En teoría, sería de extrema importancia la realización en la consulta de Podología rastreos de modo a descartar lesiones cutáneas graves que aparezcan en la piel del pie. Muchos pacientes son visitantes de rutina de nuestra consulta, en especial los ancianos (rangos de edad donde son observados la mayoría de los melanomas) La suma de la dermatoscopia en la evaluación inicial del paciente puede aumentar no solo la consciencia profesional, pero también tornarse en una excelente oportunidad para discutir el auto-examen con el paciente y reforzar el mensaje de salud pública. En su pequeña historia la dermatoscopia demostró ser eficaz en la reducción, destacando en cuanto melanoma escisiones de lesiones benignas, pero la capacidad real todavía está siendo descubierta.

La investigación continua, con el tiempo, se debe descubrir su verdadero potencial.

Bibliografía

1. Lens MB, Dawes M: Global perspectives of contemporary epidemiological trends of cutaneous malignant melanoma. *British Journal of Dermatology* 2004, 150:179-185.
2. Roberts D, Anstey A, Barlow R, Cox N: UK guidelines on the management of cutaneous melanoma. *British Journal of Dermatology* 2002, 146:7-17.
3. Buettner P, Leiter U, Eigentler T, Garbe C: Development of prognostic factors and survival in cutaneous melanoma over 25 years. *Cancer* 2005, 103:616-624.
4. Baumert J, Plewig G, Volkenandt M, Schmid-Wendtner MH: Factors associated with a high tumour thickness in patients with melanoma. *British Journal of Dermatology* 2007, 156:938-944.
5. Schmid-Wendtner MH, Baumert J, Stange J, Volkenandt M: Delay in the diagnosis of cutaneous melanoma: an analysis of 233 patients. *Melanoma Res* 2002, 12:389-394.
6. Schwartz JL, Wang TS, Hamilton TA, Lowe L, Sondak VK, Johnson TM: Thin primary cutaneous melanomas: associated detection patterns, lesion characteristics, and patient characteristics. *Cancer* 2002, 95:1562-1568.
7. Barnes B, Seigler H, Saxby T, Kocher M, Harrelson J: Melanoma of the foot. *J Bone Joint Surg Am* 1994, 76:892-898.
8. Soong SJ, Shaw HM, Balch CM, McCarthy WH, Urist MM, Lee JY: Predicting survival and recurrence in localized melanoma: a multivariate approach. *World J Surg* 1992, 16:191-195.
9. Reed R: Acral lentiginous melanoma. In *New concepts in surgical pathology of the skin*. Edited by: Hartmann W, Reed R. New York: Wiley; 1976:89-90.
10. Cress R, Holly E: Incidence of cutaneous melanoma among non-hispanic whites, hispanics, asians and blacks: an analysis of California Cancer Registry data, 1988-1993. *Cancer Causes Control* 1997, 8:246-252.
11. Day CL Jr, Sober AJ, Kopf AW, Lew RA, Mihm MC Jr, Golomb FM, Hennessey P, Harris MN, Gumport SL, Raker JW, et al.: A prognostic model for clinical stage I melanoma of the lower extremity. Location on foot as independent risk factor for recurrent disease. *Surgery* 1981, 89:599-603.
12. Hsueh E, Lucci A, Qi K, Morton D: Survival of patients with melanoma of the lower extremity decreases with distance from the trunk. *Cancer* 1999, 85(2):383-388.
13. Kuchelmeister C, Schaumburg-Lever G, Garbe C: Acral cutaneous melanoma in caucasians: clinical features, histopathology and prognosis in 112 patients. 2000, 143:275-280.
14. Blum A, Brand CU, Ellwanger U, Schlagenhaupt B, Stroebel W, Rassner G, Garbe C: Awareness and early detection of cutaneous melanoma: an analysis of factors related to delay in treatment. *Br J Dermatol* 1999, 141:783-787.
15. Demierre MF: Epidemiology and prevention of cutaneous melanoma. *Curr Treat Options Oncol* 2006, 7:181-186.
16. Krige JE, Isaacs S, Hudson DA, King HS, Strover RM, Johnson CA: Delay in the diagnosis of cutaneous malignant melanoma. A prospective study in 250 patients. *Cancer* 1991, 68:2064-2068.
17. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, Souteyrand P, Dreno B, Bonerandi JJ, Dalac S, et al.: Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients. *Int J Cancer* 2000, 89:271-279.
18. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, Souteyrand P, Dreno B, Bonerandi JJ, Dalac S, et al.: Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors. *Int J Cancer* 2000, 89:280-285.
19. Bristow I, Acland K: Acral lentiginous melanoma of the foot: a review of 27 cases. *J Foot Ankle Res* 2008, 1(1):11.
20. Fortin PT, Freiberg AA, Rees R, Sondak VK, Johnson TM: Malignant melanoma of the foot and ankle. *J Bone Joint Surg Am* 1995, 77:1396-1403.
21. Metzger S, Ellwanger U, Stroebel W, Schiebel U, Rassner G, Fierlbeck G: Extent and consequences of physician delay in the diagnosis of acral melanoma. *Melanoma Res* 1998, 8:181-186.
22. Dalmau J, Abellaneda C, Puig S, Zaballos P, Malvey J: Acral Melanoma Simulating Warts: Dermoscopic Clues to Prevent Missing a Melanoma. *Dermatologic Surgery* 2006, 32:1072-1078.
23. Gregson CL, Allain TJ: Amelanotic malignant melanoma disguised as a diabetic foot ulcer. *Diabetic Medicine* 2004, 21:924-927.
24. Kong MF, Jogia R, Jackson S, Quinn M, McNally P, Davies M: Malignant melanoma presenting as a



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA

DeBRITO



3º Simpósio Latino-Americano de Podologia

30 de agosto de 2010

Expo Center Norte - São Paulo - SP

A cada edição do Simpósio Latino-Americano de Podologia, são apresentados novos procedimentos e técnicas para que os profissionais realizem um grande intercâmbio de informações e de experiências.

Assim, a área de podologia ganha ainda mais visibilidade, ficando cada vez maior.

Antecipe sua inscrição: 11 3373-4633
E-mail: congressos@beautyfair.com.br
Mais informações: www.beautyfair.com.br



— BEAUTY FAIR —
Feira Internacional de Cosméticos e Beleza



foot ulcer. *Lancet* 2005, 366:1750.

25. Serarslan G, Akcaly C, Atik E: Acral lentiginous melanoma misdiagnosed as tinea pedis: a case report. *Int J Dermatol* 2004, 43:37-38.

26. Soon SL, Solomon AR Jr, Papadopoulos D, Murray DR, McAlpine B, Washington CV: Acral lentiginous melanoma mimicking benign disease: the Emory experience. *J Am Acad Dermatol* 2003, 48:183-188.

27. Valdes A, Kulekowskis A, Curtis L: Case Report: Amelanotic Melanoma Located on the Lower Extremity (letter).

Am Fam Physician 2007, 76:1614.

28. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW: Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin.

CA Cancer J Clin 1985, 35:130-151.

29. Mackie RM: An aid to perioperative assessment of pigmented skin lesions.

British Journal of Dermatology 1971, 85:232-238.

30. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K: In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 1987, 17:571-583.

31. Bahmer FA, Fritsch P, Kreuzsch J, Pehamberger H, Rohrer C, Schindera I, Smolle J, Soyer HP, Stolz W: [Diagnostic criteria in epiluminescence microscopy. Consensus meeting of the professional committee of analytic morphology of the Society of Dermatologic Research, 17 November 1989 in Hamburg]. *Hautarzt* 1990, 41:513-514.

32. Stolz W, Riemann A, Cagnetta A: ABCD rule of dermatoscopy: a new practical method for early recognition of malignant melanoma.

Eur J Dermatol 1994, 4:521-527.

33. Menzies SW, Ingvar C, Crotty KA, McCarthy WH: Frequency and morphologic characteristics of invasive melanomas lacking specific surface microscopic features. *Arch Dermatol* 1996, 132:1178-1182.

34. Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P: Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests.

Arch Dermatol 2001, 137:1343-1350.

35. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M: Diagnostic accuracy of dermoscopy.

Lancet Oncol 2002, 3:159-165.

36. Soyer HP, Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Talamini R, Barbato F, Baroni A, Cicale L, Di Stefani A, et al.: Three-point checklist of dermoscopy. A new screening method for early detection of melanoma. *Dermatology* 2004, 208:27-31.

37. Westerhoff K, McCarthy WH, Menzies SW: Increase in the sensitivity for melanoma diagnosis by primary care physicians using skin surface microscopy. *Br J Dermatol* 2000, 143:1016-1020.

38. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, Sera F, Corona R, Alsina M, Barbato F, Carrera C, Ferrara G, Guilabert A, et al.: Dermoscopy Improves Accuracy of Primary Care Physicians to Triage Lesions Suggestive

of Skin Cancer. *J Clin Oncol* 2006, 24:1877-1882.

Johr R, Soyer HP, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Scalvenzi M: *Dermoscopy. The essentials*. London: Elsevier; 2004.

39. Kimoto M, Sakamoto M, Iyatomi H, Tanaka M: Three-Dimensional Melanin Distribution of Acral Melanocytic Nevi Is Reflected in Dermoscopy Features: Analysis of the Parallel Pattern.

Dermatology 2008, 216(3):205-212.

40. Saida T: Malignant melanoma in situ on the sole of the foot. Its clinical and histopathologic characteristics. *Am J Dermatopathol* 1989, 11:124-130.

41. Saida T, Oguchi S, Ishihara Y: In vivo observation of magnified features of pigmented lesions on volar skin using video macrocope. Usefulness of epiluminescence techniques in clinical diagnosis.

Arch Dermatol 1995, 131:298-304.

42. Saida T, Yoshida N, Ikegawa S, Ishihara K, Nakajima T: Clinical guidelines for the early detection of plantar malignant melanoma.

J Am Acad Dermatol 1990, 23:37-40.

43. Miyazaki A, Saida T, Koga H, Oguchi S, Suzuki T, T T: Anatomical and histopathological correlates of the dermoscopic patterns seen in melanocytic nevi on the sole: a retrospective study.

J Am Acad Dermatol 2005, 53:230-236.

44. Oguchi S, Saida T, Koganehira Y, Ohkubo S, Ishihara Y, Kawachi S: Characteristic epiluminescent microscopic features of early malignant melanoma on glabrous skin. A videomicroscopic analysis. *Arch Dermatol* 1998, 134:563-568.

45. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, Yamazaki Y, Murase S, Yoshikawa S, Tsuchida T, Kawabata Y, Tamaki K: Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of a multicenter study in Japan.

Arch Dermatol 2004, 140:1233-1238.

46. Altamura D, Altobelli E, Micantonio T, Piccolo D, Fagnoli MC, Peris K: Dermoscopic patterns of acral melanocytic nevi and melanomas in a white population in central Italy. *Arch Dermatol* 2006, 142:1123-1128.

47. Malvehy J, Puig S: Dermoscopic patterns of benign volar melanocytic lesions in patients with atypical mole syndrome. *Arch Dermatol* 2004, 140:538-544.

48. Tosti A, Argenziano G: Dermoscopy allows better management of nail pigmentation.

Arch Dermatol 2002, 138:1369-1370.

49. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viillard AM, Barrut D, Colin C, Thomas L: Dermoscopic examination of nail pigmentation.

Arch Dermatol 2002, 138:1327-1333

50. Braun RP, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R, Gaide O, French LE, Laugier P, Saurat JH, et al.: Diagnosis and management of nail pigmentations. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007, 56:835-847.

51. Jellinek N: Nail matrix biopsy of longitudinal melanonychia: Diagnostic algorithm including the matrix shave biopsy. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2007, 56:803-810.



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Não tenha medo de mostrar seus pés

Mag Pé

Aparelho para Podologia, Manicure e Pedicure

- Motor ultra-potente até 21.100 rpm: com regulagem para mãos e pés;
- Fonte bivolt com ajuste para rotações nos sentidos horário e anti-horário (facilita a retirada de cutículas);
- Acompanha brocas diamantadas e lixas;
- Aparelho anatômico do tipo caneta.



Tel.: (11) 2061-7763



Av. Paes de Barros, 3237 • Mooca • São Paulo • SP

www.magestetica.com.br

Plantillas ortopédicas en el tratamiento de úlceras y pies diabéticos

Podologo Israel de Toledo. *Brasil.*

Resumen

El artículo tiene por finalidad explorar y evidenciar el uso de palmillas ortopédicas en el tratamiento de úlceras de presión en pies diabéticos, con base en experiencias obtenidas en clínicas de tratamiento de heridas en pies diabéticos y ambulatorio de hospital; viendo que la mala aplicación del uso de palmillas y de la poca comprensión de la técnica aplicada, traen un mal resultado y consecuentemente el abandono del método.

Por medio de pesquisa de campo, mostraremos la técnica de TOLEDO®, su aplicación y los resultados altamente positivos, lo que indicara este método conservador, como un alto costo-beneficio en el tratamiento de los pies diabéticos.

Palabras-Clave: palmilla ortopédica, ulcera plantar, pie diabético, técnica de Toledo®.

Abstract

The present article has a purpose to evident and exploit the treatment with orthopedic insole in penetrating ulcer of foot in diabetics patients, based on the study obtained in the specific practice for this ulcer and hospital. Analyzed the bad application about insole and the little knowledge in the technique used for these disease, the result was bad and there was abandonment of method.

Specific research shows that the TOLEDO® technique, application and positive conclude, to indicate that this conservative method, like high benefic reasons in the therapy in diabetic's feet.

Keywords: orthopedic insole, plantar ulcer, diabetic foot, Toledo® technique.

Introducción

Es de conocimiento de todo profesional de la área de salud los males ocasionados por la diabetes, teniendo en

vista las patologías que acometen los miembros inferiores, priorizando aquí los pies diabéticos y sus complicaciones. Sabemos que la

prevención es el mejor tratamiento para los portadores de esta patología, pero una vez instalada una úlcera plantar, los esfuerzos de todo el equipo médico y multidisciplinar es arduo y demorado sin dejar de citar los altos costos del tratamiento como también el factor psicológico del paciente y familiares.

Quiero resaltar como forma de tratamiento el uso de palmillas ortopédicas en el tratamiento de úlcera plantar en los pies Diabéticos. Es cierto que en su mayoría, surgen en conjunto con neuropatía y angiopatía y también en su mayoría están asociados a alteraciones biomecánicas. Por esta razón las úlceras plantares cuando tratadas mediante los protocolos de heridas comunes, muchas veces, no consiguen el resultado esperado, al contrario de eso, en pocos casos, los tratamientos aplicados pueden tardar meses o hasta mismo años sin resultados o hasta tornar crónico algo relativamente simples.

Datos y Método

Este artículo es de carácter empírico y de observación y como base para este estudio fueron acompañados 15 pacientes, siendo 11 del sexo masculino (media de edad 60,9 años) y 4 sexo femenino (media de edad 59,7 años), por un periodo de un año.

Todos presentaban úlceras y/o amputación en el pie. Algunos pacientes presentaban recidivas lo que siguiendo las estadísticas, después de una amputación, pasado algunos años (media de 3 años) hubo nueva formación de úlcera. Para análisis de las úlceras, fue adoptado el mismo sistema de clasificación de riesgo, usado por el Consenso Internacional del Pie Diabético: tabla 01.

Estos datos son mejores visualizados en la tabla 02.

Tabela 1

Categoría	Riesgo	Frecuencia de Evaluación
0	Neuropatía ausente	Una vez por año
1	Neuropatía presente	Una vez a cada seis meses
2	Neuropatía presente, señales de enfermedad vascular periférica y/o deformidad en los pies	Una vez a cada tres meses
3	Amputación/ulcera previa	Una vez entre 1 a 3 meses

Tabela 2

Sexo	Edad	Paciente	Tiempo de tratamiento	Grado de la ulcera	Evolución en %	Historico
M	68	O.R	8 semanas	2	100%	tratado
M	67	L.M	24 semanas	3	60%	en tratamiento
M	58	J.R	26 semanas	3	95%	en tratamiento
M	49	P.P	8 semanas	2	100%	tratado
M	45	A.S	6 semanas	1	100%	tratado
M	78	J.R	12 semanas	2	100%	tratado
M	43	A.S	6 semanas	2	100%	tratado
M	59	P.R	12 semanas	3	60%	en tratamiento
M	64	R.	12 semanas	2	85%	en tratamiento
M	77	L.R	15 semanas	3	100%	tratado
M	62	S.G	6 semanas	2	100%	tratado
F	54	M.L	6 semanas	3	100%	tratado
F	73	A.G	5 semanas	2	95%	en tratamiento
F	63	C.C	15 semanas	3	70%	en tratamiento
F	49	M	13 semanas	2	100%	tratado

Segun la estadística presentada en esta pesquisa de campo, se observo que en media, tanto para hombres cuanto mujeres, el resultado obtenido fue de 91% de éxito, en el periodo 12 meses, para úlceras del grado I, II y III.

Teniendo como base estos casos directamente acompañados y por histórico de otros, acompañados indirectamente (se comprende por indirectamente, pacientes acompañados, pero no tratados por nosotros dentro del ambulatorio del Hospital Brigadeiro (AHB)) donde fueron tratados por técnicas tradicionales (palmillas ortopédicas comunes y protocolo de heridas) que mismo asistido, el paciente era sometido a muchos años de tratamiento, con pocos resultados y recurrencias posteriores.

De la misma forma pacientes de la Unidad Especifica de Salud de San José de los Campos (UES_SJC), fueron tratados pacientes encaminados después de muchos intentos de tratamiento convencionales, sin resultados satisfactorios, con recurrencia y alto costo al Poder Publico, basado en estos datos es que se desenvuelve este artículo.

Tratando y observando otros tratamientos y sus resultados, se constata que no es por falta de conocimiento sobre diabetes o de técnicas de curativos adoptados que no se obtiene resultados tan satisfactorios, como se podría esperar; y si por el fato de no tenerse un amplio conocimiento biomecánico, sumado a una mala compren-

sión de la técnica de palmilla usada o mismo el uso de una técnica inapropiada; por eso la necesidad de una buen y completo equipo multidisciplinar.

Se nota la preocupación de los órganos públicos con relación al costo de un equipo más amplio. Normalmente el se resume en un Medico Endocrino, un Medico Vascular y equipo de Enfermeras. Se hace necesario destacar la importancia de un Podólogo con especialidad en pies diabéticos (que pueda evaluar y tratar de forma propedéutica los pies), como también un buen Ortesista junto al paciente, evaluando las deformidades y alteraciones biomecánicas, junto al Medico Ortopedista.

Los costos de un equipo calificado son mayores, pero los beneficios obtenidos traen una gran economía y resultados no apenas compensatorios como necesarios. "El Pie Diabético es una de las complicaciones mas graves y dispendiosas de la Diabetes Mellitus, siendo el principal motivo de ocupación de las camas hospitalares por los diabéticos y el responsable por 40 a 60% de todas las amputaciones efectuadas por causas no traumáticas" (Dirección General de la Salud de Portugal circular N° 8/06). Con base en datos reales es que se debe intensificar la prevención como el mayor y mejor tratamiento de patologías para los pies diabéticos.

Las úlceras y heridas son las grandes villanas,

responsables por internaciones y amputaciones. Según CALDEIRA In DUARTE (1997:327)"(...) estimase que úlceras ocurran en cerca de 15% de todos los diabéticos siendo responsable por 6 a 20% de las internaciones hospitalares por diabetes (...) algunos estudios epidemiológicos muestran que la úlcera del pie precede 85% de las amputaciones en los diabéticos".

Ya el Consenso Internacional sobre Pies Diabéticos relata: "En un estudio, los pacientes diabéticos con lesiones en los pies y enfermedades vascular permanecen hospitalizados por un periodo dos veces mayor que individuos no diabéticos con úlcera y DVP. Estimase que el costo para cicatrización primaria, sin amputación, sea en torno de 7.000 a 10.000 dólares. El costo corresponde a largo plazo, o sea, nueva ulceración, nueva amputación, asistencia social, cuidados domiciliarios después la cicatrización con o sin isquemia, fue estimado en torno de 16.000 a 26.000 dólares."

Teniendo en vista tales factores incidentes, hay que pensar o reevaluar que tipo de tratamiento conservador fue aplicado en los centros de tratamiento tanto público cuanto privado. Un buen y completo equipo multidisciplinar va no solamente tratar de forma más amplia y completa sus pacientes, como también ira reducir en mucho los costos posteriores, por la reducción significativa del gasto con curativos y tiempo de internación.

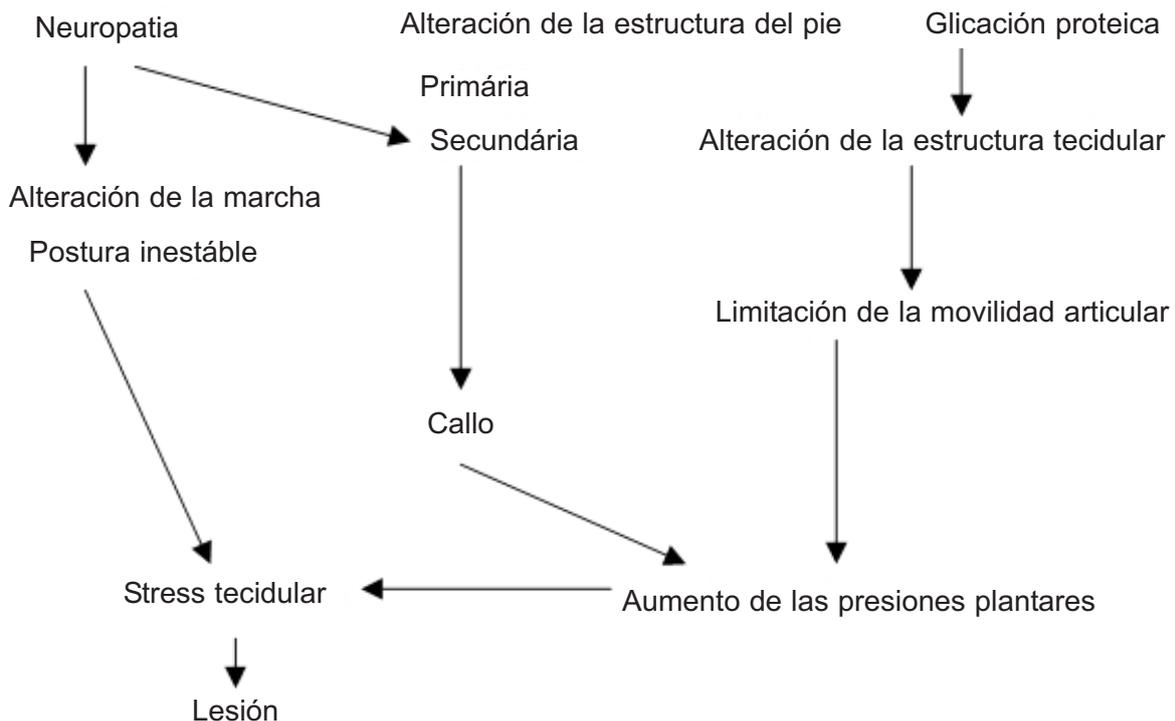
Pero es en la cuestión Biomecánica que existe el mayor y más significativo problema. Para

entenderse mejor, vamos analizar el sistema sensitivo-motor y sus alteraciones en la caminada y postura del individuo; segundo BARROSO C. (art./7) "La polineuropatía sensitiva y sensitiva-motora –está si más relacionada con la patología del pie– se manifiesta con el enfermo a referir sensaciones de parestesias de los pies, pudiendo haber dificultades en la caminada."

Al examinar directamente los pies, se ve una disminución de la sensibilidad superficial y profunda como también deformidades adquiridas como dedos en garra o la neuroartropatia de Charcot.² Pero, la misma atrofia muscular puede traer otras deformidades como colapso del arco transversal, del arco medial y como consecuencia todo el sistema postural.

Otro punto para considerar es que cualquier individuo no diabético, puede presentar algún tipo de deformidad biomecánica, segundo BRICOT B. (84/01) "Desde que tenga una perturbación, mismo que mínima, en el pie sea cuanto a la movilidad o cuanto al apoyo, tendrá obligatoriamente arriba un desequilibrio postural". Esas deformidades pueden ser congénita, adquirida o iatrogenita.

En este caso, vamos detenernos en las deformidades adquiridas pues están directamente ligadas a la diabetes y sus consecuencias, y continua BRICOT B. (84/01) sobre el origen adquirido "esta ocurre por diferentes traumatismos, por mala programación primaria de la caminada, zapatos inapropiados y entorses pueden también desestabilizar los pies y provocar diferentes perturbaciones que se fijaran en seguida, y mismo



pequeñas lesiones y restricciones de movilidad”.

Siendo así los factores biomecánicos siendo congénitos o adquiridos, crean deformidades y consecuentemente puntos de presión, generadores de callosidades y lesiones que van en determinado tiempo acometer el pie diabético.

Segundo ASTUR FILHO, NELSON (18/05) “una presión ejercida por mucho tiempo en una superficie disminuida, como por ejemplo, en la sobrecarga de las cabezas metatarsiales, provocara una isquemia, primero funcional y (...) induciendo a una hipoxia local, que como respuesta, podrá resultar en la formación de callosidades”.

²Por la pérdida sensitiva, el paciente no tiene referencia alguna cuanto a la formación de bolls o mismo lesión. Veremos en la figura esquemática de CALDEIRA (329/98) (cuadro 1 – pag 28), que muestra la evolución secuencial de una ulcera.

Podemos percibir que en la base del esquema aparecen las palabras: Postura inestable, Callo, Stress tecidual, aumento de las presiones plantar y por último la Lesión; donde todas son consecuencias de una alteración biomecánica.

El Consenso internacional sobre pies diabéticos de 2001, afirma que “Varios otros problemas envolviendo la biomecánica son considerados relevantes para el pie diabético. La neuropatía periférica causa aumento del desequilibrio postural ortostático, más caídas y heridas durante las caminadas, traumas en los pies (fracturas en metatarsos, por ejemplo, son comunes) y puede alterar el modo de caminar.”

Se puede afirmar que, a pesar de tantas literaturas indican los calzados como uno de los principales factores causadores de lesiones por trauma mecánicos (y en partes lo es), afirmo que las alteraciones biomecánicas sumadas a deformidades adquiridas es que si, son las principales causas de lesiones, ya que una vez instaladas, los pies presentaran traumas mecánicos con o sin calzados.

Es de gran importancia la comprensión de estos factores, pues esto determinara cual método tiene que ser aplicado y de qué manera él será hecho; es cierto que, me refiero al tratamiento conservador y como fundamento de este artículo, el uso de palmillas ortopédicas. Siendo así, los calzados pasan a ser no el problema y si una extensión de ellos.

¹Se observa que pacientes con lesiones por trauma mecánico, que son sometidos a reposo absoluto, tiene sus heridas cicatrizadas, pero una vez teniendo alta médica, al empezar el caminar, se empieza el trauma mecánico y por esfuerzo repetitivo, se instala nuevamente la lesión.

Una vez analizada y mirada las alteraciones

biomecánicas, considerando el fato de que ellas no son agentes causadoras (sea de forma primaria o secundaria) de lesiones por trauma mecánico, advierto que se debe atender para cual el tipo de tratamiento tiene que ser aplicado para corregir tales deformidades.

Las palmillas ortopédicas tienen por finalidad redistribuir las cargas biomecánicas de los pies, aliviando puntos de presión tanto en la forma estática cuanto dinámica. Tales palmillas no pueden ser de material rígido a punto de criar trauma mecánico, lesionando las partes blandas y el plexo venoso y ni muy blandas a punto de no sustentar las cargas de los arcos y las elevaciones necesarias. Deben ser anatómicas, lo que particularmente, defino por ser anatómicas individualmente y no apenas de persona a persona, pero si, diferenciando el pie derecho del izquierdo. Deben ser precisas, todavía que ajustadas muchas veces hasta llegar a ser eficiente.

Tenemos que conocer los pies, entender su estructura y biomecánica para entonces prescribir o mismo, confeccionar una buena palmilla. Segundo ASTUR FILHO, NELSON (18/05) “Respétalos (los pies) consiste en, al recetar un par de palmillas, elegir con precaución los materiales, la forma, la consistencia y la altura de las estructuras de las palmillas que van estar en contacto con el”

Existen muchas técnicas de palmillas que podrían ser aplicadas, pero cual realmente alcanzaría el objetivo esperado? Esta cuestión es totalmente relevante, ya que, una vez aplicada una técnica equivocada, el tratamiento será totalmente ineficaz; entonces la controversia entre los datos mostrados y confirmados en este artículo, con relación a experiencias negativas obtenidas por otros profesionales.

He observado dentro de hospitales, UBS's y tantas otras clínicas, métodos de palmillas totalmente inadecuados, pero muy usados, lo que torna decepcionante sus resultados; y peor, tales métodos acaban por generar una mala comprensión y consecuentemente la aceptación de este tratamiento conservador.

Quiero presentar el método usado, que ha proporcionado resultados muy satisfactorios en el tratamiento de úlceras en pies diabéticos – la técnica de TOLEDO®. Pero antes quiero destacar los puntos que diferencian esta técnica y las demás existentes hoy en el mercado, al empezar por el molde.

Todas las palmillas existentes, se basan en moldes pre-establecidos para su confección, o sea, los arcos (medial y transverso); éstos son padrón, no respetando la anatomía de los pies (normal, cavo I, II, III y plano I, II, III), las cuñas usadas como las pronadoras, supinadoras, val-

guizantes o varizantes también, nunca llevando en consideración peso o mismo la anatomía del pie.

En otros tipos como las de silicona y EVA (o mismo de otro material) en molde de espuma fenólica (EF), una de las más usadas, son imprecisas, pues al apoyar el pie sobre el EF, obtenemos un molde preciso (la anatomía de los pies). Pero cualquier alteración estática, por mínima que sea, genera una asimetría y una falsa distribución de cargas en la base plantar lo que es captada en el EF, consecuentemente, esta falsa presión es transmitida de forma posterior para los moldes decurrentes, lo que implica en la propia palmilla y su función.

Al apoyar los pies sobre el EF, ocurre naturalmente una oscilación en la postura estática. Los factores pueden ser desde el esfuerzo obtenido de la propia gravedad como alteraciones posturales, dolores, deficiencia articularia y tantos otros pueden obligar al individuo a oscilar la distribución de cargas en los pies, alterando también los puntos de presión que muchas veces es el objeto por el cual la palmilla está siendo hecha.

Segundo BRICOT B. (84/01) "el pie es el trazo de unión entre el equilibrio y el suelo... Para poder conseguir este efecto él es obligado a torcerse y a deformarse con frecuencia, de forma asimétrica y a veces desarmónica".

Escucho decir que no es arriba de un molde hecho con precisión que la palmilla es hecha y si en un molde hecho sobre oscilaciones. Tales datos son claramente mirados en la baropodometria.

Otro factor negativo es que el profesional que confecciona la palmilla en la mayoría de las veces no mira el pie del individuo, o mismo saca un molde en el EF. El facto del molde pasar por muchos profesionales (ni siempre cualificados), crea una sumatoria de posibilidades que genera imprecisión, mala interpretación y mismo el equívoco.

Entonces la pregunta, porque será que en este método tradicional es tan usado, los pacientes diabéticos (por ejemplo), usan tales palmillas muchas veces por años, sin resultados y/o resultados satisfactorios?

La técnica de TOLEDO® tiene sus diferenciales entre otras cosas en la precisión, lo que se inicia en la evaluación hecha en los pacientes antes del molde. Esta se refiere a la evaluación hecha en el podoscopio o baropodómetro (para este artículo las evaluaciones fueron hechas en el podoscopio, pues el mismo puede tenerse presente en todos los campos de recogimiento de datos). La evaluación consiste en observar los puntos de presión de forma bípede y estática.

Estas imágenes son digitalizadas y analizadas,

**Curso Técnico em
PODOLOGIA**

**A Saúde dos pés
em suas mãos!**

INA
INSTITUTO BRASILEIRO DE
NATUROPATIA APLICADA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTÉTICA E SAÚDE COMPLEMENTAR
ABRAESCO

(47) 3222-3068

www.inainstituto.com.br

R: Hermann Hering, 573 Bom Retiro-Blumenau/SC

posterior a esto, se empieza el uso del pedígrafo donde el fotopodograma nos dará con cierta precisión la longitud, largura y posición de los huesos. Los datos son anotados en el propio fotopodograma, anexado al pedido medico, entonces es hecho el molde.

El molde por su vez es hecho con el paciente acostado en una maca o silla podologica, sin cargas y sin oscilación (por estar acostado). Este método puede generar controversias, como: que pasa cuando el paciente esta en pie y lanza cargas sobre él, creara un trauma mecánico? La respuesta es no, lo que veremos a seguir.

Calentamos una placa termomoldável específica que va a ser moldada en los pies del paciente, obteniendo con 100% de precisión, cuanto al formato de su arco plantar. Así como en el exacto momento del moldaje podemos mirar y analizar la úlcera y el mejor punto de apoyo para distribución de carga. La placa es fina, resistente (de acuerdo con la necesidad) y con memoria, su depreciabilidad puede llegar a 100% lo que exige cualquier posibilidad de trauma mecánico, esto se debe al fato del arco no ser macizo, pero anatómico.

En el momento de la fabricación, el Ortesista tendrá en sus manos una serie de informaciones importantes que serán imprescindibles para la fabricación de una buena y funcional palmilla. Informaciones como la imagen (foto) de los pies en el podoscopio (plantar), vista posterior y otros si necesario; fotopodograma para saber la posición de los huesos y de la úlcera, largura y longitud de los pies, donde están anotados también las informaciones obtenidas con la análisis clínico de los pies; anexado al pedido medico, y por último la placa moldada en el pie del individuo, que será la plataforma para la confección de la palmilla (ya que la placa se torna parte de la misma). Los materiales usados en la confección de las palmillas son diversos, desde el EPDM al EVA pudiendo llegar hasta 5 tipos de materiales diferentes en una misma palmilla, éstos son decididos con base en las informaciones obtenidas. Lo que no se usa es la silicona o similares.

Tamaño precisión e información lleva a los resultados extremadamente positivos, obtenidos por la técnica de TOLEDO®. Son las centenas de casos tratados y acompañados en pesquisas de campo, abrigando todos los tipos de patologías que acometen a los pies, que confirman la técnica de TOLEDO® como una de las mas nuevas y eficientes palmillas existente hoy en el mercado.

Conclusión

La técnica de TOLEDO® es hoy una moderna y eficiente palmilla, que de forma artesanal y altamente técnica, trae resultados importantes es un



Podoscópio vista plantar



Podoscópio vista posterior

excelente costo beneficio al usuario. Tales afirmaciones no son infundadas, pero si, analizadas y técnicamente comprobadas, por medio de pesquisas de campo y apoyadas en literaturas científicas como las mencionadas, donde por ellas la técnica fue desarrollada, siempre buscando la eficiencia de su funcionalidad en patologías diversas. Pero como base para este articulo, enfocando los pies diabéticos, afirmamos su eficiencia en el tratamiento de úlceras de presión, atingiendo resultados diferenciados como nunca observados en las técnicas actuales

¹Israel de toledo - Podólogo, Ortesista especializado en pies diabéticos por el Hospital Brigadeiro – São Paulo – Brasil, especializado en Palmillas Ortopédicas (ABOTEC), creador de la técnica TOLEDO® de palmillas ortopédicas, con años de experiencia en equipo interdisciplinar, en el tratamiento de heridas en pies diabéticos por medio de palmillas ortopédicas.

email: israeldetoledo@yahoo.com.br

Referências

- BRICOT, Bernard. *Posturologia*. 2 ed. São Paulo.2001
- ASTUR Filho, Nelson. *Manual de Palmilhas Ortopédicas e Calçados Ortopédicos*.1ed.São Paulo.2005
- Consenso Internacional sobre o Pé Diabético*. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.2001
- CALDEIRA,J.O *Pé Diabético*, in Duarte ET AL - *Diabetologia*. Clínica Ed.Lidel.1997
- BARROSO, Carlos Manuel.Artigo – *O Pé Diabético:Uma Revisão*. Escola Superior de Saúde Jean Piaget.Portugal.2006
- (2) JORGE, SILVA ANGÉLICA – *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. Editora Atheneu.São Paulo.2003
- (1)HOPPENFEELD.S- *Propedêutica da Coluna e Extremidades*.Editora Atheneu.São Paulo.2001



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Pioneira em Micropigmentação no Brasil



Cursos de maquiagem definitiva

Torne-se um micropigmentador de sucesso com a Mag Estética

Curso Básico

Único no país que inclui o ensino de laserterapia, que acelera os processos de cicatrização e fixação de pigmentos.

Curso de aperfeiçoamento - 1

Aprenda técnicas especiais de pigmentação de sobrancelhas, olhos, lábios e conheça modernas técnicas de camuflagem e correção de assimetrias.

Curso de aperfeiçoamento - 2

Nessa etapa, aprenda a camuflar diferentes tipos de cicatrizes, manchas de vitiligo e a reconstruir o complexo aréolo-mamilar pós-cirurgias.

Os melhores cursos de estética e beleza estão aqui

Cursos Livres



- Estética Facial (Básico);
- Estética Corporal (Básico);
- Reflexologia Podal;
- Manicure e Pedicure;
- Unhas de Porcelana;
- Pedicuro Calista;
- Aperfeiçoamento em Pedicuro Calista.

**Inscrições
Abertas**

Cursos Técnicos 2009



Esteticista 1.200 Horas

Podologia 1.200 Horas

Os cursos técnicos são uma ótima opção para quem deseja adquirir conhecimento do básico ao avançado com um único curso.



Av. Paes de Barros, 3237 • Mooca • São Paulo • SP

Tel.: (11) 2061-7763

www.magestetica.com.br

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



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

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

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

Autor dos livros:

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

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

Índice

Introdução - Lesões do pé

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

Capítulo 1

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

Capítulo 2

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

Capítulo 3

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

Capítulo 4

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

Capítulo 5

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

Capítulo 6

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

Capítulo 7

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

Capítulo 8

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

Capítulo 9

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

Capítulo 10

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

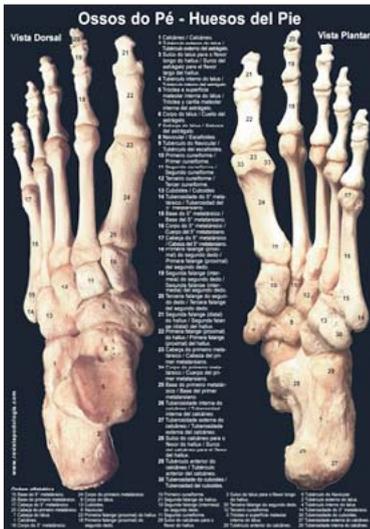
Vendas: Mercobeauty Imp. e Exp. Ltda. Tel: (#55-19) 3365-1586

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

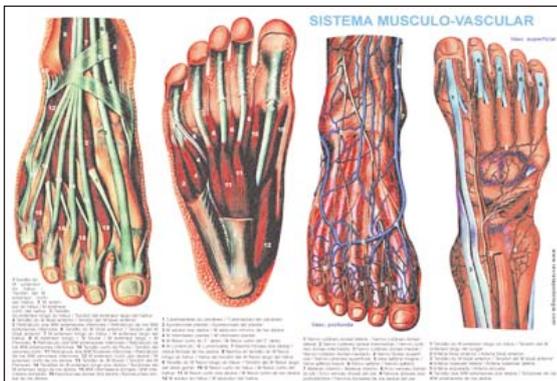
40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



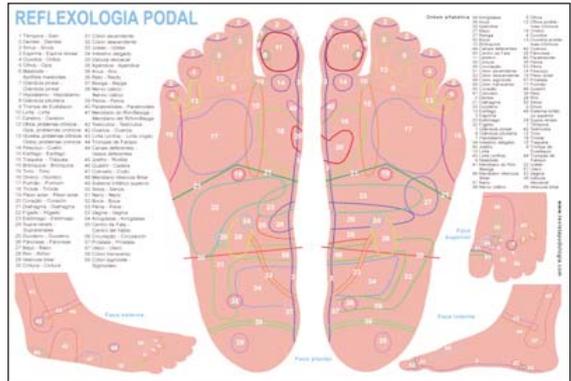
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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