

revistapodologia .com

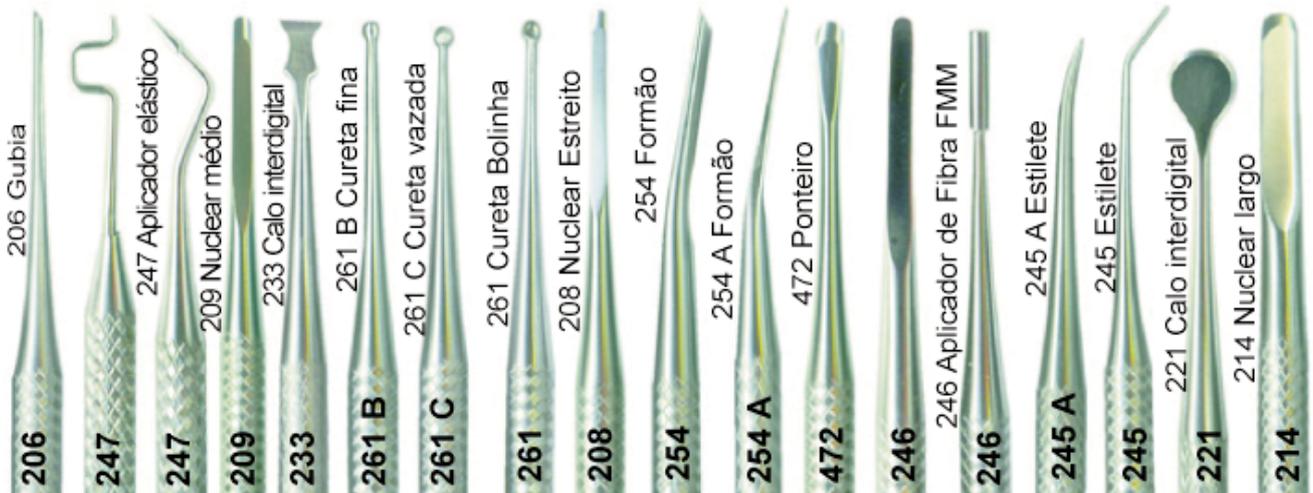
Nº 6 - Febrero 2006

Revista Digital de Podología
Gratuita - En idioma español.





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° 6
Febrero 2006

Directora científica: Podóloga Márcia Nogueira

Director comercial: Sr. Alberto Grillo.

Colaboradores:

Podólogo Armando Bega. **Brasil**

Podólogo Carlos Alberto Banegas. **Argentina**

Sr. Alan Luis Vieira Valério. **Brasil**

Prof. Fabián Darío Piatti. **Argentina**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 33

ÍNDICE

Pag.

- 4** - Tratamiento podológico no invasivo y su elevada eficacia.
- 24** - Protocolo para la atención de hipertensos y cardiopatas.
- 28** Podología y la promoción de la salud.
- 30** - El calzado deportivo.

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 con contenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.

Tratamiento podológico no invasivo de la onicocriptosis y su elevada eficacia.

Podólogo Carlos Alberto Banegas. **Argentina.**

Trabajo publicado en la Revista Podologia Argentina entre los años 1997 y 1999.

El objetivo de este trabajo es ofrecer al podólogo y al estudiante un balance de mi experiencia profesional sobre una de las alteraciones más conocidas de las uñas: la onicocriptosis.

En los últimos tiempos, la terapéutica médico-podológica se adecua mucho más a obtener resultados rápidos y prácticos, no invasivos, que a los quirúrgicos.

Las nuevas técnicas son de una elevada eficacia hasta en los casos más extremos, capaces de corregir y controlar la morfología ungueal, evitando cualquier recidiva del proceso, sin complicar la actividad laboral del paciente.

Está demostrado que el tratamiento podológico es sólo un aspecto de la terapia.

Los otros pilares son las medidas preventivas en las que el profesional orientará a sus pacientes era la eliminación de los factores predisponentes, recordándole que la onicocriptosis es de etiología traumática y que no existe ningún tratamiento preventivo de orden farmacológico.

DEFINICIÓN

La onicocriptosis es una dolorosa y molesta afección que aparece frecuentemente a la altura de la última falange del primer dedo.

Se la denomina comúnmente "uña encarnada" porque, alrededor de la misma, se produce un tejido granulomatoso.

Queda definida cuando los bordes laterales o punta del limbo (lámina ungueal), por acción traumática comprime exageradamente el reborde cutáneo adyacente, produciendo una solución de continuidad (separación de partes continuas, herida del tegumento).

CAUSAS QUE LA ORIGINAN

Es elemental preguntarse cómo y por qué aparece la uña encarnada.

La responsabilidad corresponde a dos grandes factores:

Causas mecánicas.

Causas malformativas.

El uso de cualquier tipo de calzado estrecho (causa mecánica) es una circunstancia predisponente a la formación de la uña patológica.

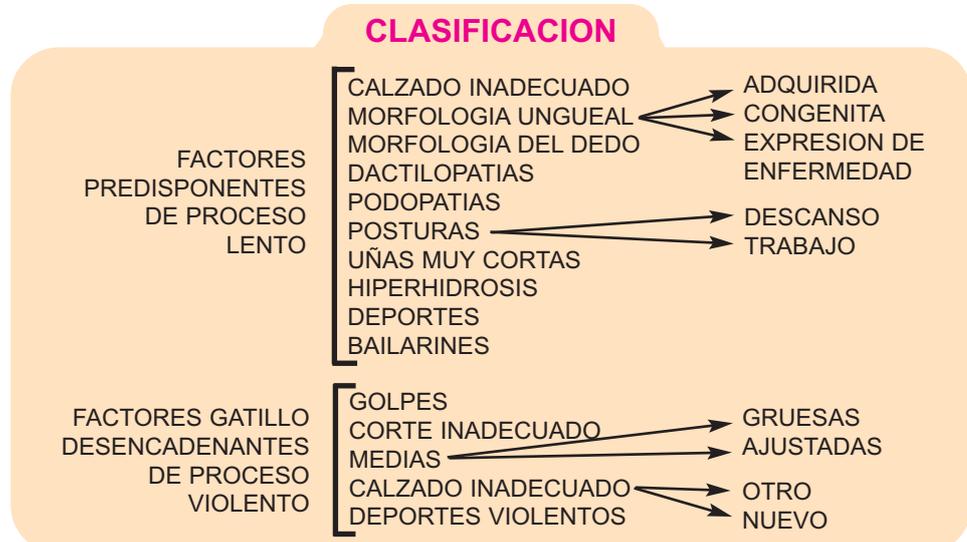
Por ejemplo, cuando uno de los bordes laterales de la uña del primer dedo (Hallux) presenta alguna dismorfia (causa deformativa), agrede al tejido próximo, desencadenando la onicocriptosis.

Siempre es la uña que agrede al tejido, obviamente siempre es desencadenante.

Pero, desde otro punto de vista, podemos decir que el calzado inadecuado predispone a la causa malformativa, y con el uso de un calzado más estrecho aún puede también ser el desencadenante. Siguiendo este razonamiento, podemos establecer que el calzado en la mayoría de los casos, es factor predisponente y desencadenante a la vez.

POR ACCIÓN DEL CALZADO

CLASIFICACION



Podemos decir que el calzado es la gran ortesis podal.

Fue creado para proteger y adaptarse a la conformación y comportamiento dinámico del pie, pero la moda lo transformó en un objeto de tortura, fuente generadora del 90 % de las consultas podológicas en mi consultorio.

POR MORFOLOGÍA UNGUEAL

Cuando las uñas presentan una curvatura superior a la normal, se clasifican en:

- Abarquillada cilíndrica
- Abarquillada cónica
- Barquilla brusa o rectangular
- Involutas o arrollada
- Angulosas

En general, las uñas encurvadas traccionan contra el tejido dentro del surco.

Pueden estar mucho tiempo invaginadas, produciendo dolor y, en otros casos, desencadenan la fisura del tejido.

Pueden ser adquiridas, congénitas o la expresión de alguna enfermedad.

POR DACTILOPATÍAS, MORFOLOGÍA DEL DEDO

Las malformaciones de los dedos por su mal apoyo son causas de onicopatías, Hallux Valgus pronado, Hallux Flexus, Hallux Extensus.

En rodetes periungueales exuberantes o aquellos casos del Hallux más largo (pie egipcio).

POR PODOPATÍAS

Desequilibrio en los puntos de apoyo plantar. En un pie plano valgo, el despegue de marcha digitigrado del Hallux predispone la lesión en el surco interno.

POR POSTURAS DE DESCANSO

Cuando se duerme boca arriba, la presión de las mantas sobre el extremo distal de los dedos en pacientes que tienen disminuida la sensibilidad (diabéticos), junto a otros factores, pueden ser causa de la onicocriptosis.

Hay casos de pequeños en fase de lactancia que por la forma dormir, boca abajo, desencadenan el proceso al presionar el Hallux contra el colchón.

POR HIPERHIDROSIS

La maseración de la epidermis, ya sea por

exceso de transpiración o por pediluvios frecuentes, permite con facilidad que la porción de uña se incruste en el tejido blando.

POR UÑAS MUY CORTAS, SUMERGIDAS

Se presentan con el rodete distal prominente, la uña queda sumergida retardando el crecimiento normal, sumándose el impacto frontal del calzado (onicocriptosis frontal).

POR CORTE INCORRECTO LATERAL DE LAS UÑAS

Cuando se deja en el borde lateral de la uña alguna porción aguda de la misma (espícula), el crecimiento o compresión genera el problema.

POR TRAUMATISMOS VIOLENTOS

Cuando existen uno o varios factores latentes, estamos en presencia de uñas predisuestas. La acción de un pisotón, tropezón o caída de un objeto pesado, puede ser el gatillo desencadenante de la onicopatía.

MECANISMO DE APARICIÓN Y EL PORQUÉ DEL GRANULOMA

El mecanismo que produce la uña encarnada, ya hemos dicho anteriormente, se debe a dos grandes factores: el mecánico y el malformativo.

El borde o ángulo de la uña, bajo los estímulos de una presión continua, se hunde en la piel próxima y causa una solución de continuidad.

En actitud de defensa, el organismo reacciona para reparar esta herida, produciendo un tejido granulomatoso como respuesta normal a cualquier pérdida de sustancia en los tejidos.

Sólo que, en el caso considerado por nosotros, la insistencia del factor traumatizante, hace que el tejido de granulación, en lugar de evolucionar hacia la cicatriz, proliferen.

De esta forma, el borde ungueal y parte de la misma quedan recubiertos por este tejido granulomatoso.

La solución de continuidad primitiva provocada por la espícula, no es cicatrizada a pesar de haberse formado un abundante tejido de reacción. Por el contrario, al persistir los factores causales, se transforma en una úlcera dolorosa sin ninguna posibilidad de curación, hasta el secuestro de la espícula.

Está demás decir con qué facilidad se producen los procesos infecciosos y a los riesgos que está sometido un paciente diabético.

GRADOS DE EVOLUCIÓN DE LA ONICOCRIPTOSIS

-Estadio de dolor o determinante.

Se caracteriza por la inflamación y sensibilidad de la zona. Sólo nuestra intervención con una pequeña maniobra puede ser suficiente para frenar el proceso evolutivo de la afección, además de la eliminación del calzado estrecho.

- **Primer estadio**, la herida. Define la onicocriptosis; aparece un pequeño exudado sin ser purulento, aumenta el dolor y la inflamación.

- **Segundo estadio** o de infección. Se forma un incipiente tejido de granulación de color rojo brillante con la epidermis intacta, y un principio de infección.

- **Tercer estadio** o de granulación. Aparecerá una proliferación carnosa exuberante llamada "granuloma piojoso" (nódulo benigno); su color, de un rojo oscuro y, muchas veces, cubierto por una costra.

Por ser un tumor muy vascularizado, con el simple roce del calzado, puede sangrar.

De no mediar la actuación profesional, esta situación se puede prolongar hasta que algún factor desesperante decida la consulta.

TRASTORNOS QUE PROVOCA LA ONICOCRIPTOSIS Y LAS PRECAUCIONES A TOMAR.

TRASTORNOS

El paciente refiere mucho dolor, muchas veces, sólo aparece al andar, pero, en otras ocasiones, persiste en el reposo.

En la deambulación, por el dolor, se tiende a no apoyar el dedo enfermo, por lo tanto, se toman posturas viciosas o trastornos de marcha visibles.

Cuando el dolor se hace más intenso y la región se inflama con aumento de temperatura, es porque aparecen los fenómenos de la infección.

PRECAUCIONES MÁS IMPORTANTES

- Prohibir el uso de calzados estrechos.
- En saber si el paciente es diabético.
- En la utilización de iodo.
- Si tiene la vacuna antitetánica.
- Atención con todas las normas de bioseguridad (todos los pacientes son de alto riesgo hasta que se demuestre lo contrario).
- Aplicación local de antibióticos o apósitos (el tipo de medicación dependerá del caso clínico y prescripción médica).



EL ESTETICISTA



elesteticista@suavepie.com



Aductor
Nocturno



Pedígrafo



Gel Polimérico



Arandelas y Parches



Moleskin



Alicates



Compensador
Estadina



Cosmética Pédica



Soportes de
Cuero



Descargas y
Complementos

Distribuidor en toda la Argentina de Suavepie-Juvelets...y mas de 300 articulos
Para Comercio Exterior haga su consulta en suavepie@suavepie.com

A) PRECAUCIONES SOBRE EL TÉTANOS

El tétanos es una enfermedad grave con un índice de mortalidad elevada. Uno de cada tres adultos y todos los recién nacidos que padecen la enfermedad fallecen.

La forma más común aparece cuando el germen (*Clostridium tetani*) se introduce a través de heridas punzantes, cortantes u otra lesión de la piel. El síntoma principal, llamado "trismus", es el endurecimiento (contractura) de los músculos de la masticación que impide abrir la boca.

¿Cómo prevenir el tétanos?

Se previene a través de inmunizaciones pasivas o activas.

La inmunización activa se logra con la vacuna.

La pasiva, por medio de la gammaglobulina antitetánica, que se indica solamente cuando se produce una herida o lesión en la piel (úlceras, quemadura, etc.), en una persona no vacunada previamente.

En nuestro caso, cuando un paciente con oncocriptosis quiera ser atendido y no está vacunado, además de recibir la vacuna, debe aplicarse gammaglobulina antitetánica. Es de prescripción médica.

B) PRECAUCIONES CON EL IODO

No aplicar en menores de 2 años. No aplicar en aquellos pacientes en los que se esté investigando la función tiroidea. Aplicar con precaución en pacientes con hipertiroidismo o bocio nodular. No utilizar el yodo con soluciones tópicas o pomadas con derivados mercuriales, tales como tiomersal o merbromina; son incompatibles.

Existen pacientes hipersensibles al yodo; presentan una sensación transitoria de ardor durante la primera hora y eritema leve.

C) PRECAUCIONES EN UN PACIENTE DIABÉTICO.

El porque del máximo cuidado sobre una herida.

Todos sabemos que la piel es uno de los órganos importantes del cuerpo, y dentro de sus muchas y diversas funciones, protege al cuerpo de los organismos patógenos.

Es conveniente recordar que los procesos metabólicos de las células producen permanentemente calor que se distribuye por el torrente sanguíneo, y parte de éste debe ser eliminado por el órgano cutáneo para no variar la temperatura del cuerpo (aproximadamente el 90 % se elimina por la piel).

Si la temperatura exterior es baja, son estimuladas las terminaciones nerviosas termosensibles de la piel, contrayéndose los capilares cutáneos, disminuyendo la irrigación de la piel. Entonces, se baja la velocidad de pérdida del calor.

En un medio cálido ocurre lo contrario: los capilares se dilatan, la piel toma un color rosado y se genera una mayor pérdida de calor.

Ahora, cuando la pérdida de calor es muy alta, la función anterior no alcanza para disipar tanto calor, las glándulas sudoríparas entran en acción segregando una cantidad mayor de sudor y, al evaporarse de la piel, disminuye la temperatura del cuerpo.

Tengamos en cuenta que para convertir un litro de agua en vapor, se necesitan 540 calorías.

La piel puede sentir presiones, temperatura, dolor, discrimina objetos tocados gracias a la variedad y cantidad de receptores sensoriales.

Imaginen, por un momento, qué pasaría si estos sensores se encuentran alterados.

En la piel también encontramos glándulas sebáceas que segregan una película de aceite que evita el ressecamiento y resquebrajamiento de la misma. Según lo expuesto, en la piel normal tenemos un microhábitat a una determinada temperatura, con una cierta humedad y su pH ligeramente ácido con una película de unto sebáceo.

En este propio ecosistema de la piel habitan gérmenes no patógenos (saprófitas) en permanente competencia con los patógenos, manteniendo un equilibrio.

En un diabético todos los factores antedichos se encuentran alterados. Los riesgos a la infección aumentan porque no se tiene la misma temperatura por las microangiopatías.

La piel se vuelve anhidrótica por la atrofia de las glándulas sebáceas y sudoríparas, favoreciendo la proliferación de microorganismos.

Recordemos que el aumento de la glucosa en sangre (hiperglucemia) produce enfermedades, vasculares (micro y macroangiopatías), que interfieren en la irrigación.

También la hiperglucemia produce alteraciones en el axon y mielina de las neuronas (neuropatías) desequilibrando el normal trofismo de los tejidos.

Por estos motivos, la característica de la piel de un diabético en pierna y dorso del pie, se presenta con grietas, piel fina y tensa, fisuras, anhidrótica, descamativa, pérdida de vello y flictenas.

CONCLUSIÓN

Cualquier herida o solución de continuidad en

un diabético, tienen una evolución tardía, una cicatrización demorada y una propensión a la muerte de los tejidos (necrosis o gangrena), con pocas armas defensivas para la infección.

El podólogo está obligado a extremar todos los cuidados porque toda incompetencia puede provocar resultados gravísimos.

Importante: el tratamiento de la onicriptosis es de actuación médico-podológica.

TRATAMIENTO PODOLÓGICO

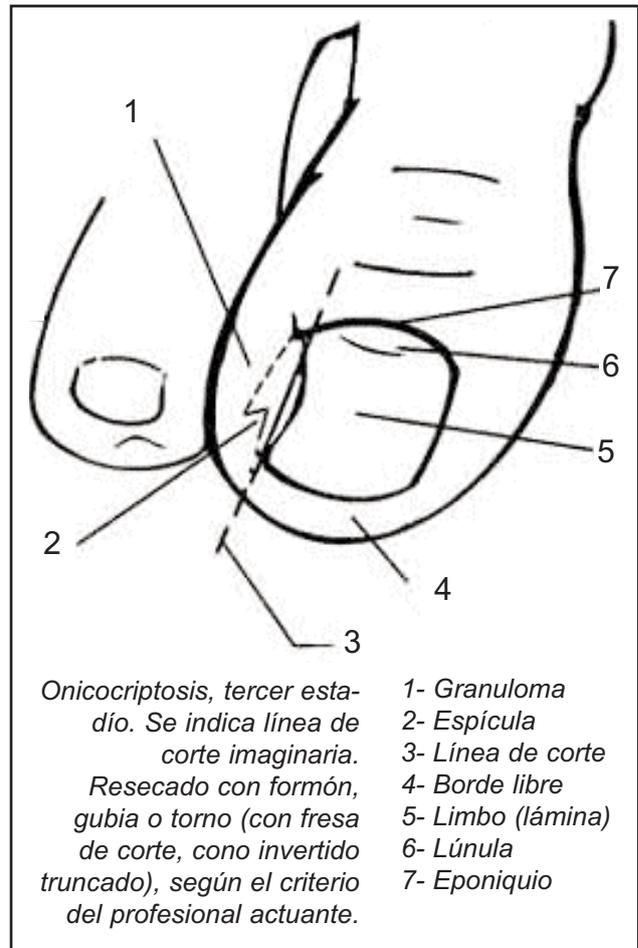
ONICOTOMÍA ESPICULAR

Para la ablación (estirpación de una parte, especialmente cortando) del fragmento ungueal injuriante, los pasos a seguir son los siguientes:

1) Preparación del campo - fase preparatoria

- Desengrase del pie.
- Antisepsia total.
- Limpieza de la zona a tratar con solución fisiológica, luego abundante agua oxigenada.
- Pincelar el campo con iodo u otra sustancia para el caso.

2) Fase operatoria - un ejemplo de técnica aplicada:



FISSURAS:

PORTA DE ENTRADA PARA INFEÇÕES!

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

RESULTADOS SURPREENDENTES!

HomeoPast

O 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!

Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

Nova Embalagem!

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

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.

Distribuídos por:

Novo Telefax:
(0**11) 6604-3030

www.homeomag.com.br

atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

HomeoFeet

Protetor para hidratação

Novidade!

PONTOS DE VENDA PARA PROFISSIONAIS Belo Horizonte/MG: Podoplus (31) 3292-8507 Campinas/SP: CAP (19) 3237-5396 Campo Grande/MS: Prisma Cosméticos (67) 3384-2355
Curitiba/PR: Casa Costa (41) 3016-1141 Florianópolis/SC: Wed (48) 3224-1626 Fortaleza/CE: SR Bastos (85) 3226-7492 Porto Alegre/RS: D&D (51) 3227-6767
Rio de Janeiro/RJ: Podoplus (21) 2254-1394 Santo André/SP: Podoplus (11) 4972-3857 São Paulo/SP: Metalúrgica Freitas (11) 3672-2469 / Podoshopping (11) 5562-9053 / Podomel (11) 3106-3152

a) Con el alicate recto chico, se realiza un corte de entrada desde el extremo lateral distal de la uña a unos 4 ó 5 mm del engaste con una leve inclinación hacia el borde lateral proximal. Dicha longitud de corte estará determinada por el dolor que refiera el paciente.

b) Separar suavemente el fragmento cortado con la gubia para colocar por debajo un pequeño trozo de algodón embebido en alcohol por un minuto; luego retirar.

c) Corte final, extirpación de la espícula. Con el formón filo curvo o gubia, se continuará el corte de la espícula penetrando con presión intermitente, acompañado de pequeños movimientos de izquierda a derecha, de arriba hacia abajo, hasta resecar (escisión de una parte) en un solo acto.

Puede darse el caso de que la espícula quede adherida; en estos casos, con la gubia levantar el fragmento ungueal desde abajo y con una pequeña presión hacia el dorso, desprender.

El secuestro de la espícula en esta etapa final también se puede realizar con una pinza, tirando levemente hacia adelante o hacia atrás, según convenga (menor dolor), desprender definitivamente.

d) Desinfección. Se procederá al arrastre séptico de la zona con abundante agua oxigenada. Puede ocurrir que durante las manipulaciones, se produzca alguna hemorragia como consecuencia de la rotura de numerosos capilares sanguíneos. Esta hemorragia debe ser cortada rápidamente con algodón embebido en agua oxigenada, tapar y esperar 7 minutos aproximadamente (tiempo de coagulación).

Si la sangre sigue fluyendo, puede complicar el curso postoperatorio podológico y provocar fiebre, ya que la sangre se infecta fácilmente. En estos casos, la hemostasis (detención espontánea o artificial de un flujo sanguíneo) debe ser cuidadosa. Personalmente, recomiendo un producto excelente, Albocresil solución (venta en farmacia). Topicar y esperar 2 minutos.

3) Terminación - fase postoperatoria

Aplicar pomadas cicatrizantes, proteger con gasa tubular. A continuación, se dispondrá la aplicación de descargas con fieltros, tuboprote, Moleskin, T.P. Foam o geles, según la consideración profesional.

Todo estará dirigido a evitar la compresión de la zona tratada. Luego, daremos las indicaciones al paciente y confeccionaremos la ficha podológica.

OTRAS INDICACIONES PARA LA ONICOTOMÍA ESPICULAR

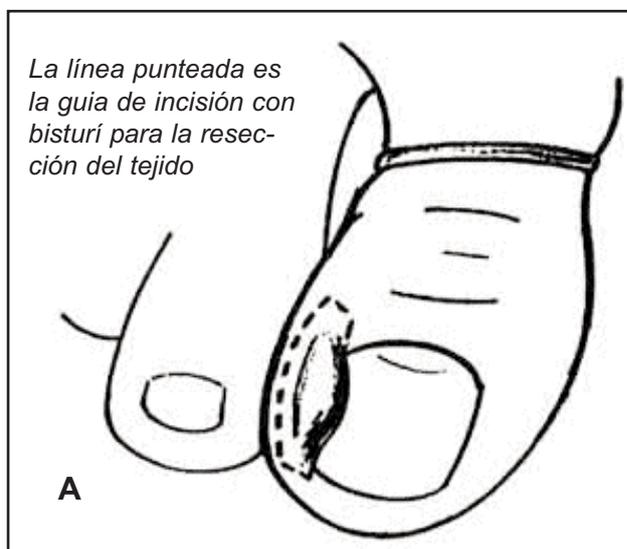
a) Casos no avanzados. En las formas no avanzadas, primer estadio, cuando el borde ungueal está, muy adherido, sólo con formón, torno o gubia se rebajará toda irregularidad agresora. Luego, se rellena el surco con pasta antiséptica lentamente (odontológica). Se controla a las 48 hs.

b) Casos con mucho dolor. Cuando el proceso patológico está avanzado y cualquier maniobra no permite la actuación por el gran dolor, tendremos que aplicar cemento quirúrgico (odontológico) para reducir la inflamación y, posteriormente, resecar.

c) Recidivas. Con el paso del tiempo, vuelve a crecer la uña y la afección no debe repetirse, pero si ésta ha recidivado, es decir, reaparece al crecer de nuevo la uña, seguramente el tratamiento profiláctico no estuvo bien dirigido o el paciente no siguió las indicaciones para evitar los factores predisponentes.

d) Onicotomía especular con torno. Esta técnica requiere cierta habilidad. Una vez determinada la línea imaginaria de corte, se apoya en el borde lateral de la uña la fresa cono truncado invertido, y con máxima revolución se procede al corte, desde el extremo distal al proximal. A continuación, se extrae el fragmento seccionado.

e) Cirugía menor del tejido de granulación. (Ver dibujos A y B). Es de incumbencia médica. Consiste en la extirpación del tejido exuberante, próximo al borde ungueal. Primero, para impedir la hemorragia hay que colocar un lazo isquémico en la raíz del dedo; luego, mediante una jeringa, se inyecta anestésico en 4 puntos. Al cabo de



unos minutos, la parte que debe operarse está anestesiada. Con el bisturí se realiza una insición alrededor del tejido granulomatoso que se reseca, con pinza y tijera. A continuación, se suturan los bordes de la herida.

f) Pasta de obturación (odontológica)(recuadro C). Después de la cicatrización, en la etapa de reeducación de la curvatura de las uñas (ortoni- xia), ya sea con fibras o férulas elastoflexibles o la eliminación de otros factores predisponentes, podemos ayudarnos con la aplicación de pasta de obturación para limitar el conflicto entre lámi- na y surco.

Esta interposición (al separar), favorece las condiciones terapéuticas.

g) Soluciones antisépticas no cáusticas para diabéticos. Se recomiendan en estos paciente la higiene de la herida con solución fisiológica por arrastre en forma suave; luego, agua oxigenada 10 V, rebajada con agua destilada al 50 %.. La rápida recuperación de los tejidos se puede lograr con nitrofurazona o furacina en apósitos, u otros según prescripción médica. Recordar que dicho tratamiento es de atención médico-podoló- gico.

PROFILAXIS

El profesional orientará a sus pacientes en la eliminación de todos los factores causales de la afección. Para esto se recomienda observar la pedigráfica, si hubo mal corte, si lo que aparece tiene que ver con la dote hereditaria del indivi- duo, etc.

En definitiva, determinar la verdadera causa de la onicopatía, dar toda la orientación y el posible tratamiento postoperatorio podológico.

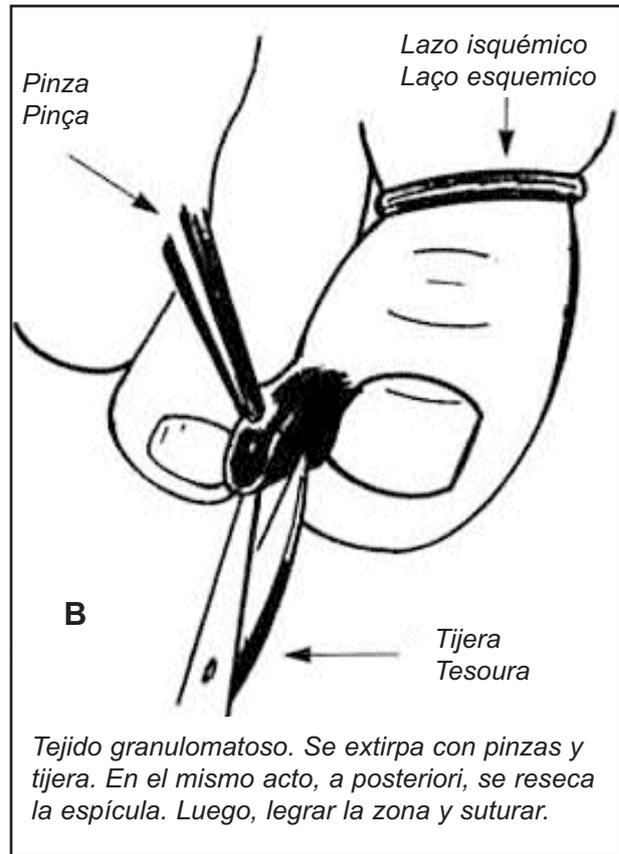
Según el caso, el tratamiento puede estar orientado a corregir la curvatura ungueal (ortoni- quia), aplicando fibras elastoflexibles con resul- tados excelentes.

En el caso de desequilibraos biomecánicos podemos aplicar dispositivos ortésicos comercia- les elaborados con resina gel.

Otro tipo de ortesis son las plantares para aislar los puntos de hiperpresión.

Por último, podemos recurrir a la fabricación de ortesis siliconadas a medida (ortoplasia) para reducir cualquier efecto deformativo o enfrenta- mientos dolorosos.

Lo importante es saber que la especialización y el trabajo interdisciplinario nos permitirá limitar la gravedad de la afección, retardar su evolución e, inclusive, desaparecerla.



APLICACIÓN DEL CEMENTO QUIRÚRGICO

C

Dos componentes: polvo y líquido.

1) Se coloca en un vaso Dappen la medida de polvo necesario.

2) Se agregan algunas gotas del líquido, con la espátula se mezcla hasta obtener una consis- tencia semilíquida.

3) Previamente proceder a la desinfección de la zona, colocar el preparado en el surco directa- mente sobre la herida y granuloma, dejar secar 3 minutos; luego, proteger con gasa tubular y descargas.

A las 24 horas, máximo 48 horas retirar el pre- parado con algún instrumento agudo, limpiar con solución fisiológica. Luego, se procederá a rea- lizar la onicotomía espicular.

CAUSA DE ONICOCRIPTOSIS POR MORFOLOGÍA UNGUEAL

Podemos decir que las láminas ungueales dis- mórficas presentan transversalmente una curva- tura exagerada en relación a la normal convexi- dad.

La causa habitual de esta alteración morfológi- ca tiene mucho que ver con el calzado (gran ortesis podal) inadecuado, es decir, cuando éste no se adapta a la conformación y comportamiento

dinámico del pie.

Tengamos en cuenta que hay algunas excepciones de origen congénito y otras que cuentan con antecedentes familiares, como otras que están orientadas hacia patologías particulares (hipocratismos). La lámina puede estar abarquillada o involuta, o tener barquilla brusca sin complicar al paciente, pero siempre está presente la predisposición para que esta alteración progrese cuando la presión del calzado insulta permanentemente al pie.

En el 90 % de dismorfismo ungueal no tienen por sí mismas interés podológico alguno, sino saber qué problemas son capaces de ocasionar.

CLASIFICACIÓN GENÉRICA DE PLACAS UNGUEALES DISMÓRFICAS

Cuando las uñas presentan una curvatura superior a la normal, se clasifican en:

- Abarquillada
- Angulosa cónica
- Angulosa
- Involuta cónica
- Involuta o arrollada
- Barquilla brusca o rectangular
- Barquilla brusca cónica

En general, las uñas encarnadas traccionan contra el tejido dentro del surco. Pueden estar mucho tiempo invaginadas produciendo dolor y, en otros casos, desencadenan la fisura del tejido.

Recordemos que pueden ser adquiridas, congénitas o la expresión de alguna enfermedad.

ORTONIXIA

Es la técnica destinada a reeducar la curvatura

exagerada de la uña para evitar la perforación de las partes blandas por microtraumatismos ocasionados por el calzado.

TRATAMIENTO PODOLOGICO NO INVASIVO

Aliviar la presión de la exagerada curvatura de la placa contra el tejido blando es el objetivo principal del podólogo, asegurándose de que el calzado sea el adecuado a los pies del paciente.

Técnica aplicada:

Aplicación de ortesis reeducadoras de la curvatura ungueal con férulas elastoflexibles.

Este material tiene la particularidad de resorte, se lo puede curvar pero siempre vuelve a su posición inicial (se lo difunde en el ambiente podológico como fibras con memoria molecular).

Tener en cuenta: desde mi punto de vista y actuación profesional, la ortonixia no corresponde al tratamiento de la onicocriptosis, porque ésta no permitirá la aplicación de la férula correcta.

La actuación del podólogo está enmarcada en dos tiempos:

1) Onicotomía espicular,

2) después de haber pasado el período séptico y determinado la causa, quizás (no siempre) sea necesario reeducar la curvatura ungueal con fibras elastoflexibles.

Acción de la fibra: posee una fuerza de tracción equilibrada una vez pegada transversalmente en el limbo (uña), a unos 3 ó 4 milímetros del extremo proximal o, también, en la zona media de la

CLASIFICACIÓN GENÉRICA DE PLACAS UNGUEALES DISMÓRFICAS



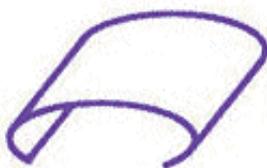
Abarquillada



Barquilla brusca cónica



Barquilla brusca o rectangular



Involuta o arrollada



Involuta cónica



Angulosa



Angulosa cónica

uña.

Para lograr mayor tracción, se puede montar una fibra arriba de la otra en casos de uñas engrosadas.

El tratamiento, como máximo, puede durar 3 meses, cambiando las mismas cada 30 días, tiempo suficiente para que la curvatura se normalice gradualmente.

El tratamiento se puede acompañar con pasta de obturación en los surcos. Esta interposición onicodactilar ayuda muchísimo. Además, en el postratamiento con fibras, evita la recidiva manteniéndolo corregido.

Puedo decir, con total seguridad, que este método me dio y está dando resultados sorprendentes.

TÉCNICA: PASOS A SEGUIR

- 1) Medir el ancho total de la uña.
- 2) Determinar la medida de la férula correctora (la medida será menor hasta 2 mm que el ancho total de la uña).
- 3) Se aconseja tomar molde de yeso del dedo

para tener una visión clara de la curvatura. Siempre habrá un molde del antes y otro del después. Cada uno de ellos será codificado para la evaluación del tratamiento correctivo.

4) Fresado o pulido de la uña (fresa diamante). Esto no debe faltar en ninguna circunstancia.

5) Desengrasado de la uña con alcohol. Tener en cuenta, muy importante: jamás antes del tratamiento se humedecerá la uña con queratolíticos u otras sustancias medicamentosas. El exudado de estos productos nos permitirán la buena adherencia de las fibras. También, el exceso del pegamento (cianocrilato) es contraproducente.

6) Con un marcador, señalar la posición de la férula a pegar.

7) Limado de la cara que va pegada a la uña de la férula elastoflexible, con una lima para uñas o lija grano mediano.

8) Sobre el aplicador, colocar 1/2 gota de adhesivo. Nunca colocar sobre la fibra o férula.

9) De manera vertical, aplicar el adhesivo en la porción medial de la uña (como pincelando).

FERRANTE

CADEIRAS GENNARO FERRANTE Ltda.
Independência 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

10) Tomar la férula con una pinza de buena tracción y aplicar sobre la uña transversalmente. Luego, presionar con la parte posterior del aplicador en la zona central de la férula. Dar 10 segundos, luego quitar presión (figura 1).

11) Repitiendo el paso N° 8, adhesivar uno de los extremos de la férula correctora.

12) Presionar el extremo de la férula contra el borde lateral de la uña con la parte posterior del formón (figura 2), y esperar 10 segundos.

13) los pasos 11 y 12 se repiten para el otro extremo de la férula (figura 3).

14) Con fresa diamante, se reducen los bordes libres de la férula para evitar las roturas de las medias. También se pueden aplicar pincelaciones de polímero y monómero sobre la férula para formar una capa protectora acrílica, sin correr ningún riesgo de mala tracción.

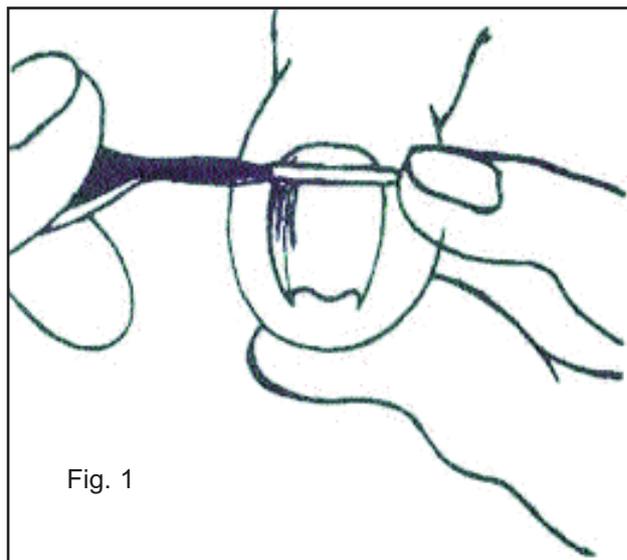
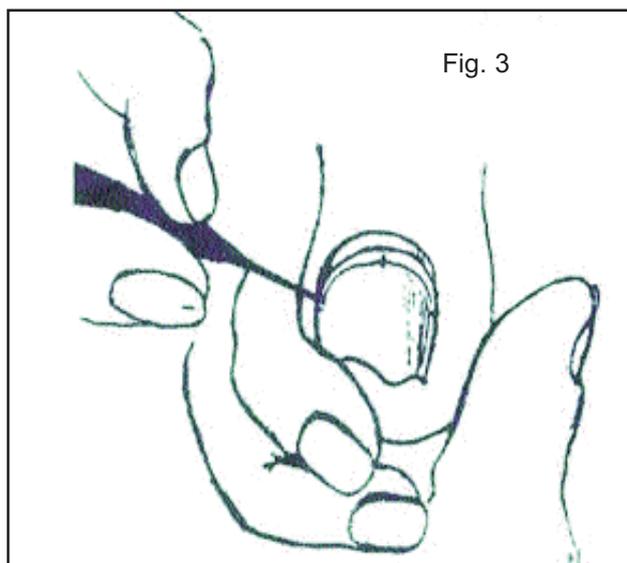
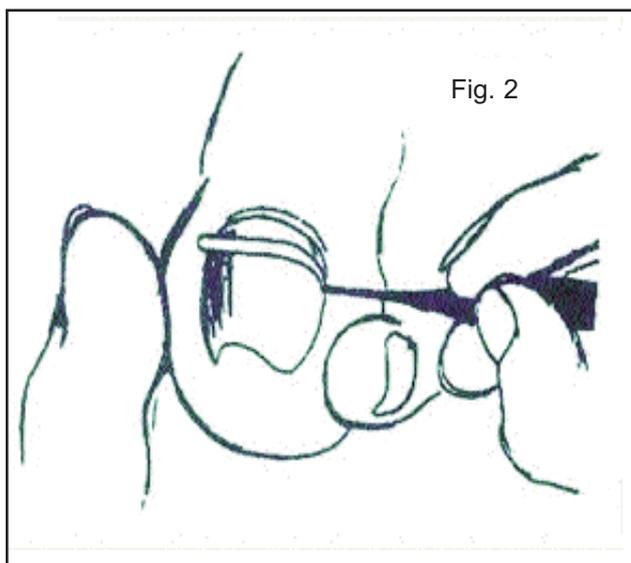


Figura 1: En algunos casos es aconsejable colocar la férula a 5 mm de la cutícula. Sugiero también que realicem la siguiente experiencia: pegar apenas los extremos, el resultado puede ser interesante.



La aplicación de ortesis ungueales (ortonixias) tiene como objetivo evitar los desordenes comunes de las uñas.

Las molestas afecciones que aparecen frecuentemente a la altura de la última falange del primer dedo son onicocriptosis y onicofosis, causadas por diferentes morfologías ungueales.

La terapéutica podológica debe estar orientada en lo siguiente:

Por una parte preguntarse: ¿Cuáles son las causas que originan los desordenes con proceso alérgico?. Descubiertas estas, orientaremos a nuestros pacientes sobre las medidas que se deberían tomar para evitar los procesos traumáticos. Por otra parte debemos decidir según el caso, la elección de la terapéutica a seguir.

Técnicas de corrección.

Alambrado o coronado de la placa ungueal (omega). En nuestro país (Argentina) esta técnica esta siendo reemplazada por las férulas elastoflexibles (clip-FMM).

La fase de corrección esta dado por la elasticidad del hilo metálico y por el radio de curvatura, que debe ser mayor al de la placa ungueal (Figura 4).

Ortesis elastoflexibles (clip-FMM) con memoria molecular

Es una fibra plana, con un espesor aproximado entre 0,3 y 0,4 mm, su característica fundamental

es la acción resorte que produce al tomar curvatura. Existen varias medidas y formas. Esta técnica ofrece resultados excelentes.

Pero tanto en la omega como en el clip las contra indicaciones de su aplicación son las siguientes:

- Onicolisis por dermatosis o acciones traumáticas.
- Micosis total de la uña.
- Rodetes hipertrofiados.
- Perionixis infecciosa.

Sí está indicado en dedos dolorosos por dismorfias ungueales traumáticas.

En algunos casos de origen congénito pueden cumplir la acción antiálgica mientras se encuentren aplicadas, (acción pasiva).

Las fibras se eligen en función del dismorfismo a tratar.

El montaje posicional de la misma será proximal, medial o distal. En la figura 5 observaremos la fijación medial.

En el caso de uña involuta cónica (arrolladora distal), la fijación será distal.

El proceso es mas lento pero seguro.

Recordemos que la fibra debe superar la presión de la convexidad de la placa. En esté desequilibrio de fuerzas, se cumple la acción terapéutica.

Las modificaciones de curvatura obligan a variar la verticalización de los bordes laterales que agreden los surcos.

Aproximadamente después de 60 días de tratamiento, la altura de los surcos variará considerablemente al desaparecer la verticalización lateral de la placa. (ver fig. 6 y 7).

La nueva angularidad de la tabla ungueal, produce el alivio buscado.

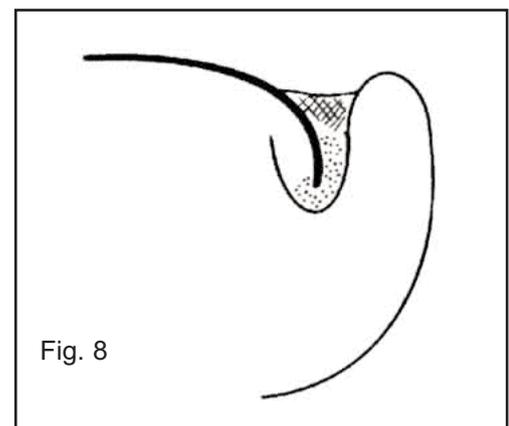
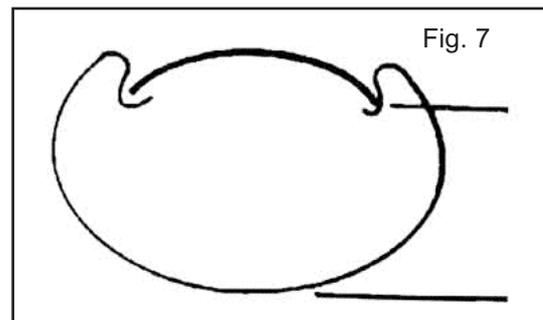
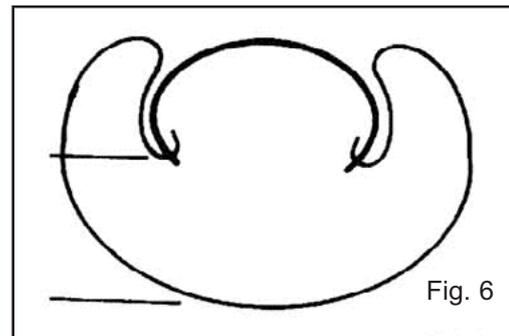
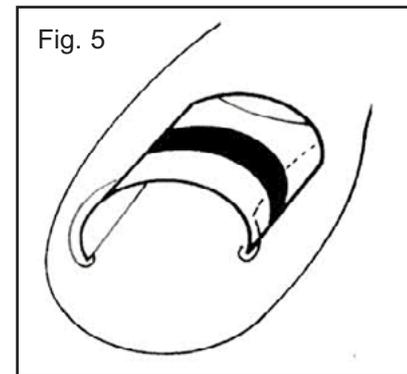
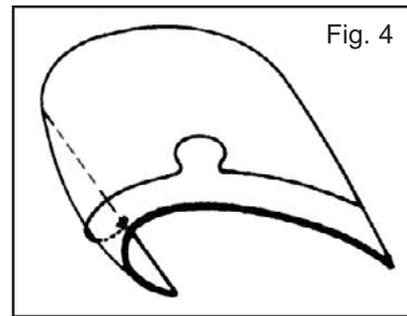
Creación de espacio temporario con la aplicación de pasta o cemento de obturación.

En el caso de la onicocriptosis, luego de secuestrar la espícula, tenemos que considerar el mantenimiento del surco, para que la placa encuentre su carril en su lógico desplazamiento.

Las pastas temporarias para obturaciones (odontológicas) se aplicarán después del proceso de cicatrización.

En determinados casos se podrá cubrir la pasta con acrílicos polímero y monómero (ver Fig. 8).

La aplicación de pasta obturadora no ofrece contra indicaciones, pueden ser removidas con facilidad por su propiedad antirígida.



Férulas onicosurcales: Método Carre, Pelthon e Frederick

Estas férulas se utilizan como guía de la lámina sobre el surco, impiden la acción directa del acrílico sobre el surco para evitar cualquier reacción alérgica.

Estos conductos o tubos pueden ser flexibles, rígidos y en diámetros diferentes.

La férula se aplica en casos de inflamación porque la lámina está desprendida del lecho fijándola con acrílicos.

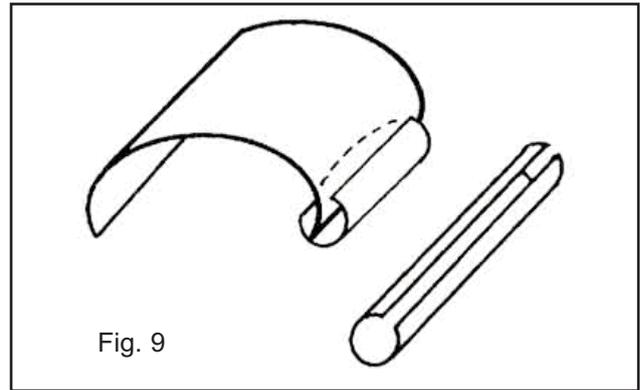


Fig. 9

Esta técnica es excelente para desarrollar surcos limpios, amplios, para el mejor desplazamiento ungueal, (no corrige curvaturas).

La posibilidad de combinar las férulas y fibra clip resulta interesante. solo queda a determinar por

Dada la cantidad de consultas y dudas con respecto a la existencia y aplicación de las férulas denominadas onicodactilares decidí desarrollar una explicación detallada del tema, con una denominación específica.

FERULAS ONICOCANALES, PERIUNGUEALES O TAMBIEN ONICOSURCALES

Son fundas unilaterales preparados para evitar el enfrentamiento injuriante del borde lateral de la uña sobre el surco de la misma.

Recordemos que:

Férula: Es todo elemento utilizado para inmovilizar, limitar el movimiento o sostener cualquier parte del cuerpo.

Pueden ser rígidas, semirrígidas o flexibles.

Diferencias de las férulas onicosurcales:

Férulas	Carre	Frederick	Nasogastrica	Pelthon
Flexible	X		X	
Semi flexible		X		X
Rígidas		X		X
Sección longitudinal		X	X	
Perfil	Em U achata abierta	Circular cerrada	Circular cerrada	En ojo de cerradura abierta

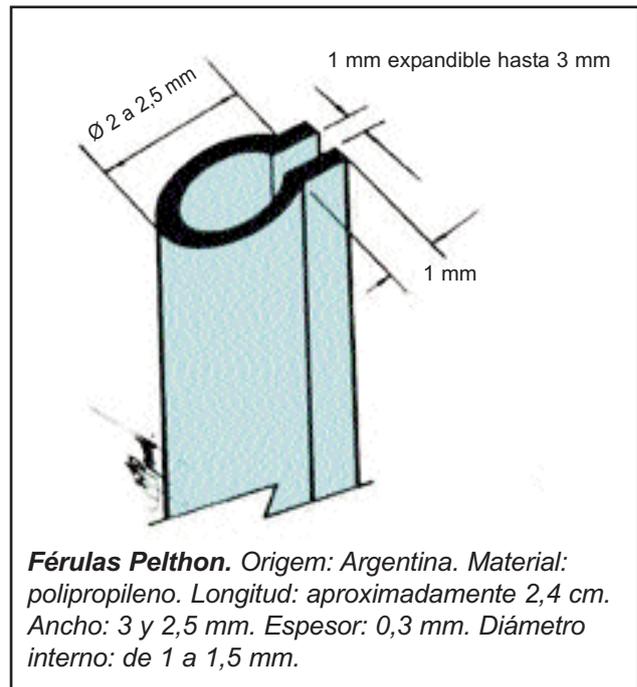
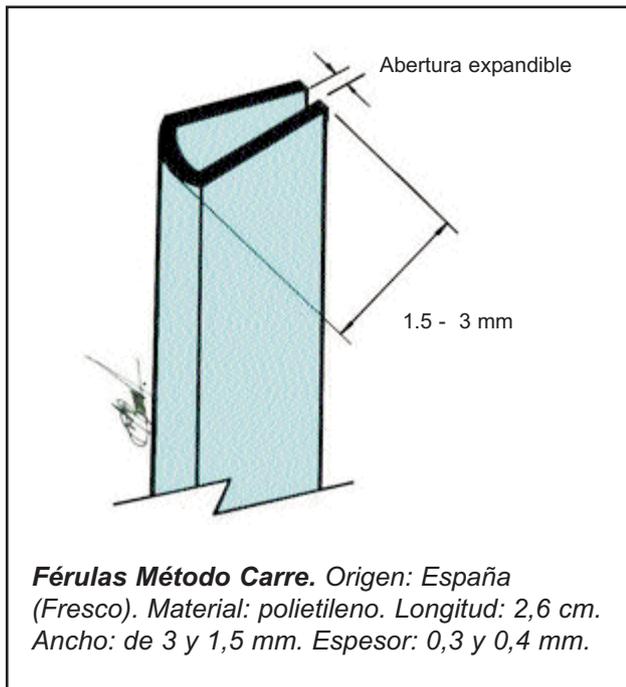
www.revistapodologia.com

Desde 1997 en internet informando a los profesionales de la salud y la estética del pie.

Desde 1997 na internet informando os profissionais da saúde e a estética do pé.

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!

CLASIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS FERULAS PERIUNGUEALES MAS CONOCIDAS

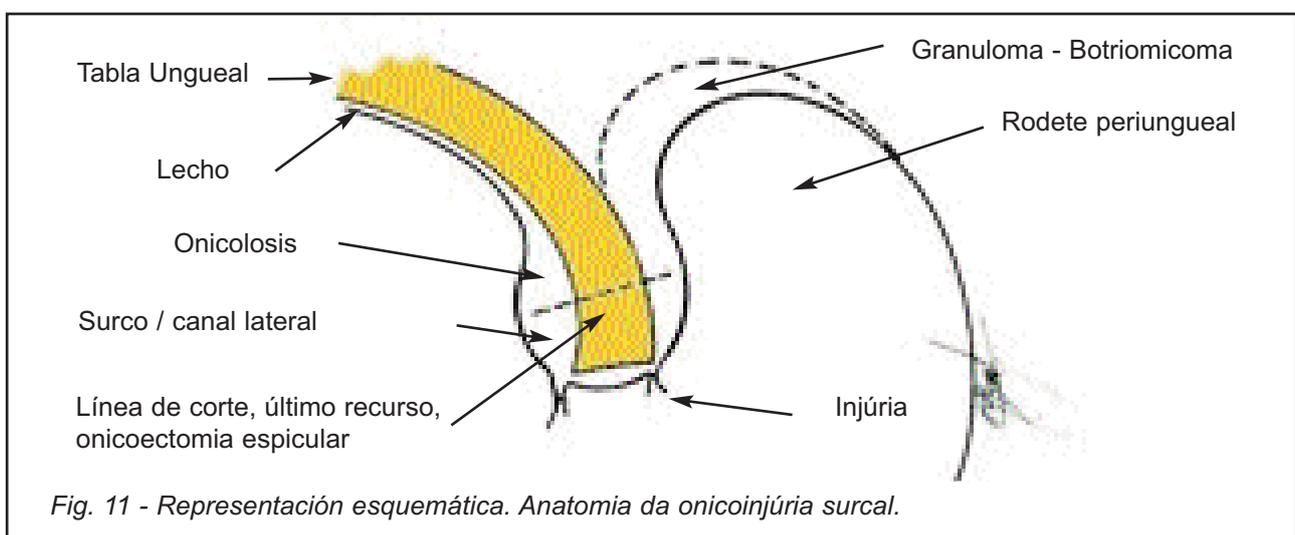
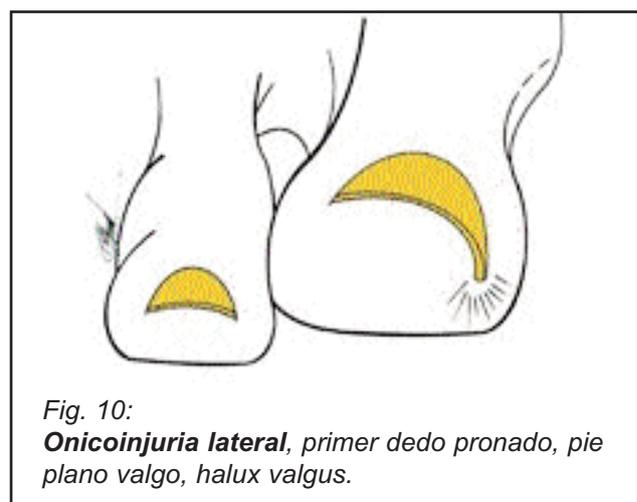


ONICOCRIPTOSIS, TERAPEUTICA CON FUNDAS ONICOLATERALES

Si por algún factor, en el surco periungueal existen pequeñas pérdidas de sustancia, ocasionado por el borde lateral de la uña (espícula), y que sólo interesan a la epidermis, sin lesionar la basal, con algias intermitentes, de fácil acceso periungueal y una leve inflamación, estamos frente al primer estadio de la onicoinjuria.

Ver. fig. 10 y 11.

Los podólogos frente a este síndrome podemos tomar caminos diferentes para una misma solución, ejemplos:



APLICACIÓN DEL METODO CARRE

Según la empresa Fresco de Barcelona (España) (Us. Pat. Nro. 5.226.443. Eu Pat. Nro. D9101923/E). La información es la siguiente:

Preparación previa:

Paso indispensable para la correcta aplicación del dispositivo. Consiste en separar la uña de la epidermis subyacente en una franja alrededor de la herida, con objeto de dejar espacio para el dispositivo.

Esta preparación, si se efectúa con el instrumento adecuado, no resulta muy molesta.

Ver figura 12.

No obstante, las circunstancias pueden con frecuencia hacer aconsejable (inflamación, hipersensibilidad) el empleo de anestesia local.

Periódicamente, al sustituir el dispositivo se habrá de repetir la operación, pero entonces la zona a separar será mucho menor, sólo la determinada por el crecimiento de la uña desde la anterior aplicación. Además, ya no habrá inflamación y no será necesaria la anestesia.

Aplicación:

Se apoya un extremo del dispositivo, colocando en su interior el filo de la uña, y se desliza el dispositivo a lo largo del mismo, separando de la herida. Ver fig. 13 y 14.

Una vez introducido se corta el otro extremo sobrante en el ámbito de la uña (es importante que no sobresalga). Ver fig. 15 y 16.

Duración del tratamiento:

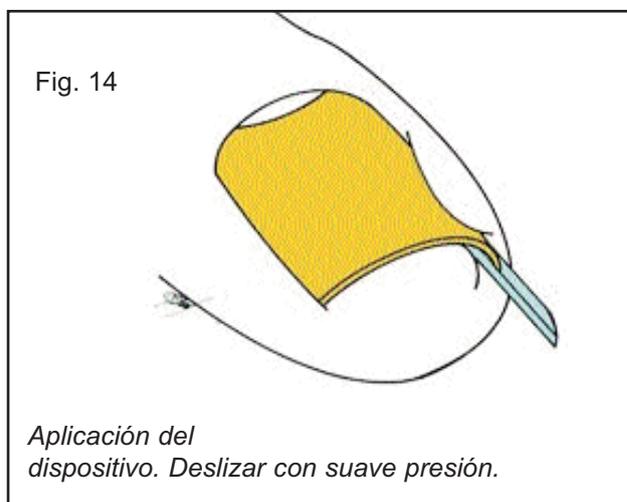
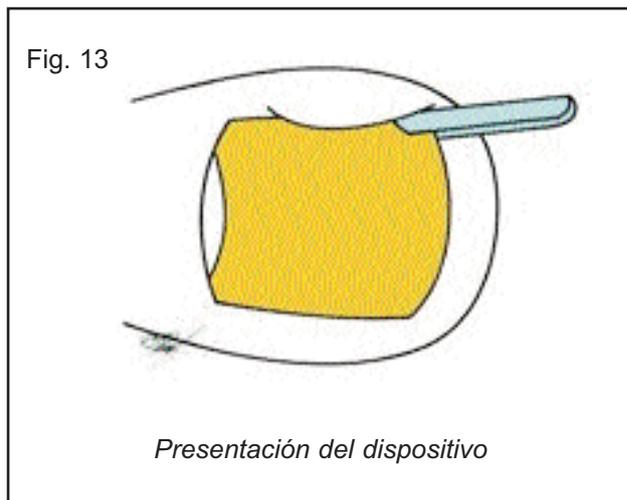
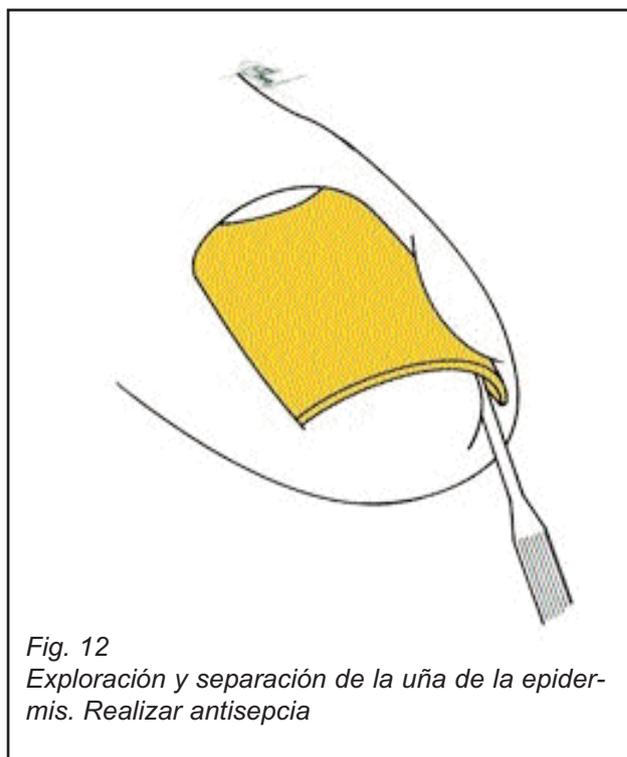
Se recomienda por razones de higiene, sustituir el dispositivo aproximadamente cada 2 semanas. Una vez curada, el tejido cicatricial formado no puede resistir el contacto permanente con el borde de la uña.

El tratamiento debe continuar mientras va siendo sustituido - célula a célula - por el tejido epidérmico, mucho más resistente, que normalmente ocupa ese lugar.

Este proceso puede durar de 2 a 6 meses. La posibilidad de recaída será eliminada solamente si el tratamiento es continuado durante el tiempo suficiente.

Efectividad:

El dolor desaparece instantáneamente. La herida cicatriza y la inflamación desaparece en pocos días. Usado durante el tiempo suficiente elimina la posibilidad de reaparición del problema.



ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Mag Estética
Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO - SUL EM 15/08/2003

Aparelho para Podólogos, Pedicures e Manicures.

- Aparelho Anatômico do Tipo Caneta;
- Motor Ultra-Potente com até 18.200 RPM,
com regulagem para tratamento das 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;

LANÇAMENTO



Mag Pé



Produto com a qualidade Mag Estética

Adquira já o Seu! (11) 6161-7763

Sin adhesivos:

El dispositivo, se puede retirar rápido y fácilmente en caso de accidente, mala colocación o simplemente para efectuar una limpieza y reemplazarlo.

No atrae miradas:

Su emplazamiento y tamaño lo hacen difícilmente visible para los demás, incluso con el pie desnudo.

No agresivo:

Los métodos anteriores se basaban en alterar la anatomía natural de la uña, deformándola durante el tratamiento, o eliminándola total o parcialmente (Métodos quirúrgicos). Este método no modifica la anatomía, ni de la propia uña ni de ninguna de las partes adyacentes.

FERULA ONICODACTILAR DE FREDERIK

(Pdgo. Federico Saldarini)

La férula es un elemento de relación de lámina y surco ungueal, que se utiliza como guía de esa lámina.

Esta técnica presenta dos ventajas significativas: evita recidivas, permitiendo el reemplazo de laminectomías parciales o totales, bandas de fibras de memoria micro molecular o prácticas de ortomorfia; y admite la acción directa del acrílico sobre la férula, impidiendo eventuales reacciones alérgicas o inflamatorias.

Los elementos necesarios para la confección de la férula onicodactilar son:

- Férula: guía de polietileno, plástico o polipropileno (Allevato, M.A) y colaboradores.
- Acrílico: polímero y monómero (autocurable).
- Vaso dapen.
- Espátula.
- Tijera.

En su origen, las férulas son conductos de diferentes diámetros y calibres, en algunos casos más flexibles; en otros más rígidas.

Estos productos son seccionados longitudinalmente al medio (1/2), al tercio (1/3) o a los dos tercios (2/3), para lograr distintas alturas, según el canal ungueal donde será instalada.

Considerando que sus materiales no son absorbentes, las férulas deban esterilizarse con antisépticos de avanzada, a fin de lograr una desinfección total.

El tratamiento viable en casos de oniconcristosis de primero, segundo y tercer grado (Allevato

Fig. 15

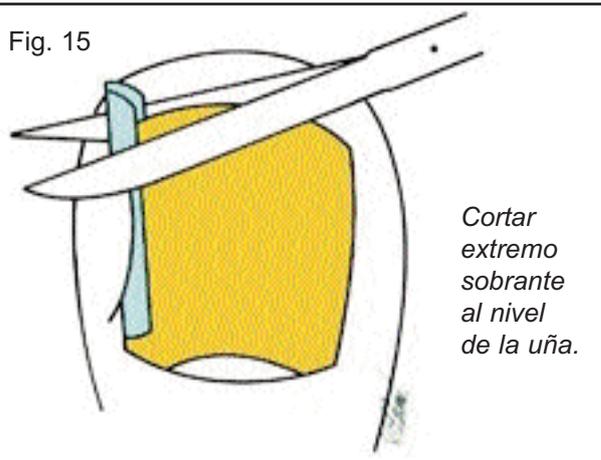
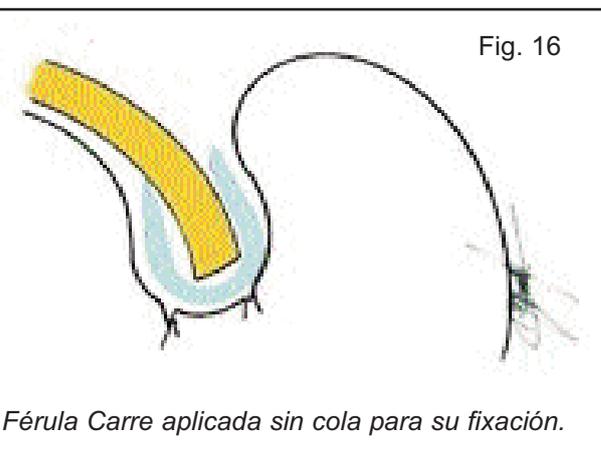


Fig. 16



y colaboradores). Obra ya citada. Sisto Horacio. Ortocorrección surcal y rehabilitación del borde periungueal. (Conferencia en Primer Congreso Podológico Interinstitucional) en la onicocriptosis como consecuencia de la uña en pinza (Allevato -Bibliografía citada) o en cualquier patología que implique la relación lámina-surco ungueal (Tignanelli, Marta - en Primer Congreso Podológico interintitucional), siendo aplicable en pacientes de cualquier edad (niños, adolescentes o adultos).

Frente a un paciente con granuloma debe, según casos, extraerse o no la espícula, lavar la zona o tratar con una jeringa que tenga aguja de punta roma y agua oxigenada.

Luego se introduce la férula como si fuese una guía, recorriendo el borde ungueal sin agredir, hasta la espícula o la imperfección de la lámina.

La férula se puede introducir sin inconvenientes cuando existe inflamación, y que la lámina se mantiene despegada del lecho, mientras que la uña sin patología, sería virtualmente imposible al encontrarse la lámina adherida al lecho por las crestas de Henle.

En general, se recomienda la utilización de una férula semiflexible al comenzar el tratamiento, y un material de mayor rigidez, a partir de la

segunda semana, dependiendo su elasticidad del grado de la onicocriptosis y/o del surco ungueal.

Una vez insertada, se fijará la férula con acrílico. Cuidando que no llegue al tejido, para evitar potenciales alergias o inflamaciones; se deja endurecer y se recortan los excedentes utilizando esmeriles. De esta forma, se restablece, con la férula, el surco ungueal cerrado u obstruido, generando la pronta recuperación del paciente.

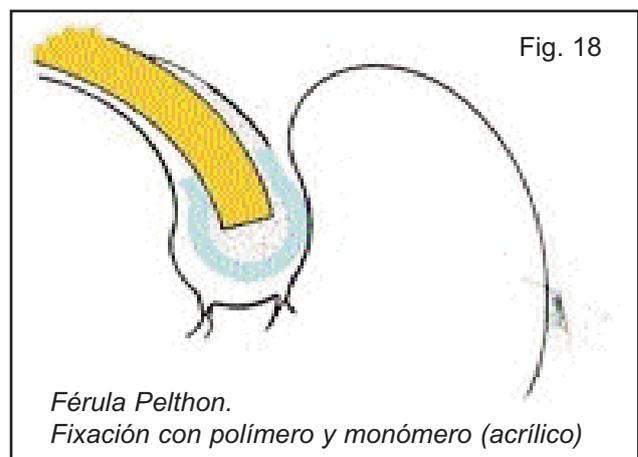
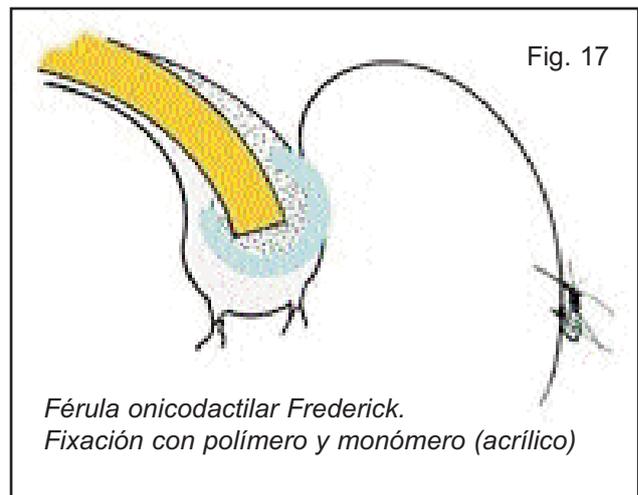
La duración del tratamiento depende de la distancia entre la espícula y el borde libre, y del crecimiento de la uña. Ver fig. 17.

Se recomienda el uso de calzado amplio y descargas o separadores adecuados.

Finalmente, es conveniente tener en cuenta que en toda onicocriptosis existen factores etiopatológicos-hiperhidrosis, alteraciones o mal corte de uñas, patologías ortopédicas, calzado inapropiado, que de no ser tratados podrán incidir en el fracaso o prolongación del tratamiento aplicado (Saldarini-Allevato) taller de patología Dermatológica del pie.

FERULAS PELTHON

La aplicación de este dispositivo es similar al de los dos métodos anteriores. Queda a consideración del profesional la elección de los pasos a seguir y el momento de su aplicación. Ver Fig. 18.



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).

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.

Vendas: shop virtual www.shop.mercobeauty.com
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

TECNICA REVER, METODO COMBINANDO: FERULA ONICOCANAL MAS BANDA ORTESICA (BANEGAS)

El paso a paso de la técnica:

- 1- Espiculoectomía como último recurso (Total o parcial).
- 2- Limpieza a presión con agua oxigenada.
- 3- Secar bien con gasa estéril.
- 4- Aplicar topicaciones de policresuleno con solución pura, dejar actuar durante 5 minutos. (Policresuleno: esta indicado en afecciones que requieran quimiocoagulación, es un poderoso antiséptico -bactericida).
- 5- Secar con gasa estéril.
- 6- Aplicar cemento quirúrgico, llenando el surco y cubriendo la tabla ungueal. Importante: previamente verificaremos la gravedad de la infección (adenopatías inguinales, muchas veces asociada a una linfangitis). El tipo de medicación (antibiótico) dependerá del caso clínico. Prescripción médica.
Ultimas experiencias: Sustituimos el cemento quirúrgico postoperatorio por el apósito hidrocólicoide con resultados satisfactorios (Taibo-Banegas).
- 7- Siguiendo con la técnica del cemento quirúrgico, después de haberlo aplicado, esperamos 3 minutos aproximadamente para cubrirlo con moleskin en oclusión total.
- 8- A las 48 hs. Retirar Cemento quirúrgico.
- 9- Limpiar con solución fisiológica y secar.

10- Aplicar en el espacio surcal una mecha de gasa con crema cicatrizante, puede ser con neomicina (contraindicación: alergia comprobada a la neomicina), cubrir con cinta hipoalérgica. El paciente debe realizar la curación con el mismo procedimiento durante 5 días cada día. Recomendar: En la higiene diaria no utilizar ningún tipo de antiséptico, sólo agua y jabón, para no retrasar la epitelización.

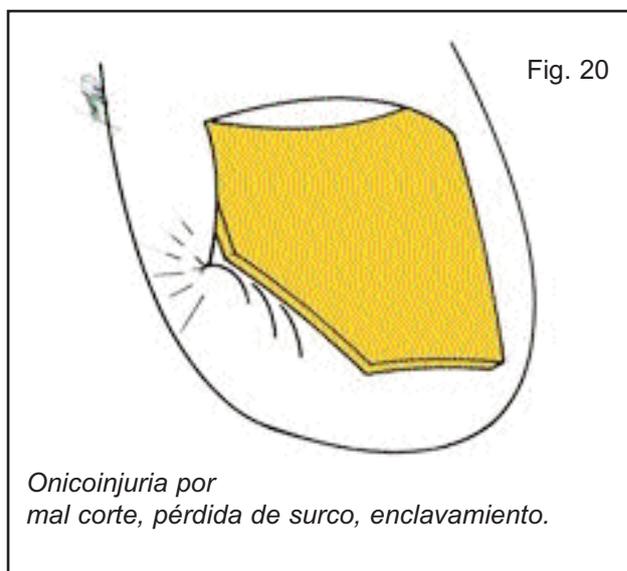
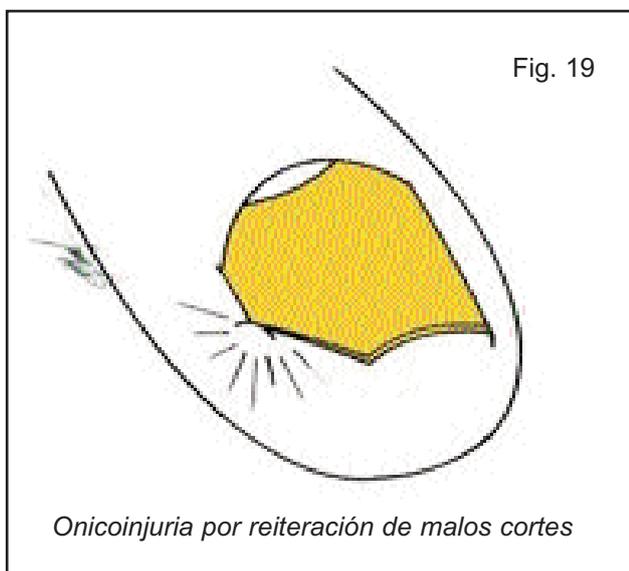
Ultimas experiencias: Reemplazamos la mecha de gasa por mechas hidrocólicoide, cubrimos con pincelaciones de polímero y monómero. Retiramos al 5° día. Este método fue realizado en pocos pacientes. Por el momento la respuesta es satisfactoria (Banegas-Taibo).

11- Al quinto día, evaluamos el proceso de restauración del tejido. Si es óptimo, estamos saliendo de la primera etapa terapéutica de la onicocriptosis.

12- Después de haber pasado todo el período séptico y sus consecuencias entramos en la segunda etapa, donde se hace necesario proceder al tratamiento conservativo del surco aplicando la férula onicocanal, pero si el factor etiológico o causa primaria de la onicoinjuria es debido a la morfología de la tabla ungueal, en ese caso se determina la aplicación de la banda ortésica elastoflexible (clip-FMM), para corregir la hipercurvatura, acto seguido colocamos la funda onicolateral. Se controla cada 15 días.

El éxito de la técnica Rever demuestra que una técnica no invalida a la otra. Los dos métodos con acciones distintas conviven perfectamente.

Nota: Está demostrado que el tratamiento podológico es sólo un aspecto de la terapia. Los



otros pilares son las medidas preventivas en las que el profesional orientará a sus pacientes en la eliminación de los factores predisponentes: calzado inadecuado, morfología ungueal, morfología del dedo, calidad de tejidos circundantes (hiperhidrosis), dactilopatías, afecciones estáticas, posturas de descanso o laboral, uñas muy cortas (onicoinjuria distal), medias gruesas, ajustadas o cortas, deportes violentos, bailarines, cirugía, golpes, medicamentos (retinoides), edemas en miembros inferiores, etc.

LA IMPORTANCIA DE LA TERAPEUTICA CON FERULAS ONICOCANALES FRENTE AL CIRCULO VICIOSO DE LOS MALOS CORTES

Desde mi experiencia profesional las F.O. son excelentes dispositivos para proteger el surco de la uña y poder guiar a ésta en su crecimiento hasta el extremo distal, sin provocar molestia mecánica alguna.

Bibliografía:

- Alexander, I. J. El pie, Edit. Jins, Barcelona, 1992.
Andersen, C. Histología e embriología. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1981.
Azorey, Fundamentos de pedicura. Edit. de la Reconquista, Buenos Aires, 1981.
Basombrio, G., Cardana, J. E., Gattic, J., Marino, H. Terapéutica Clínica. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1960.
Cailliet, R. Síndromes dolorosos, tobillo y pie. Edit. El Manual Moderno, México, 1985.
Diccionario médico, Salvat Editores, Barcelona, 1986.
Di Fillippi Novoa Quiropodia Librería Perlado Editores Buenos Aires.
Folino, Romeo, Podología total, Buenos Aires, 1996.
Fratelli, Consulta médica, Fabbri Editori SRL, Milan, Italia, 1964.
Goldcher, A. Podología, Edít. Masson, Barcelona, 1992.
Rocea Villalba, El pie diabético, Machin Torres, Uruguay, 1994.
Schoeder, h. Manual clínico, Alemanha, 1996.
Tejo, J. L. Dermatitis en podología, Impreso en Salta, Argentina, 1970.
Verleysen, J, Compendio de podología.
Viladot, Períce, Dez licoes sobre patología do pé, Barcelona, 1979.
Villé, C., Biología, Eudeba, Buenos Aires, 1993.
Zavala, A. V. y colaboradores, Tratamiento da vasculopatia periferica em diabéticos.
Yale, Irving, podologia médica, Editorial Jins, Barcelona, 1978.
Fresco. "Boletín Informativo". Barcelona España. 1998.
Banegas. C. A. "Revista Podología Argentina". Nro.6 - 1997 y Nro. 11 - 1998. Bs. As.
Saldarini. F. "La nueva Revista de Podología" A.A.P. 1993. Bs. As.
Van Lith R. "Onicopatías en Podología" Congreso 1997. Bs. As.

Está ampliamente admitido que la causa más frecuente del punto de partida de las uñas encarnadas es un mal corte. A pesar de eso, se constata que aún los profesionales pecan regularmente contra esa ley.

Es el comienzo de un círculo vicioso; más corta, más se altera la forma de la uña y su repliegue, más se abren las puertas a las molestias mecánicas. Ver fig. 19 y 20.

El tratamiento pos operatorio es indispensable para prevenir un conflicto mecánico del surco. Sin el tratamiento adecuado estaremos en la próxima atención obligados a recortar la uña y el retorno habrá empezado.

Hasta aquí los conceptos fundamentales sobre la terapéutica con férulas. ▣

www.revistapodologia.com

**Desde 1997 en internet
informando a los profesionales
de la salud y la estética del pie.**

**Desde 1997 na internet
informando os profissionais
da saúde e a estética do pé.**

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!

PODOLOGÍA BANEGAS



Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Director Podólogo
Carlos Alberto Banegas

**NUEVO CENTRO DE ENSEÑANZA
CON IMPORTANTE SALÓN DE VENTAS**

CURSOS ACTUALIZADOS - TÉCNICAS EXCLUSIVAS

CURSOS

Terapeutica Podológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
- *Disertación con videos.*
- Diagnóstico y prevención.
 - Onicocriptosis.
 - Acriliterapia general.
- Tratamientos en general.
 - Onicomiosis:
tratamiento estético con **Poltac**.
- Manejo de instrumental.

Podologia Diabetológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Es un programa para comenzar a formar a los podólogos como futuros educadores diabetológicos y despertar en ellos la motivación a la investigación y conocimiento permanente sobre esta patología tan importante. Los podólogos podemos especializarnos en la atención del pie del paciente diabético, en detectar, prevenir y derivar a tiempo.

Pododiagnostico Presuntivo

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Como abordar la detección temprana de los 12 estadios patológicos más importantes a través de las manifestaciones en los pies.
Saber reconocer cuando las uñas tienen impresas las alteraciones que sufre el cuerpo.



Elaboración de ortesis plantares



NUEVO CURSO

Título de Asistente Podológico - Inicio: Abril
- Duración 7 meses - Vacantes limitadas.

SEMINARIOS

El podólogo como educador de la salud.
- REIKI.

INPOAR - Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Av. Rivadavia 6380 - 1º Piso - Buenos Aires - Argentina - Horario: 10 a 20 hs.
Tel: #54 11- 4631-2044 - Email: inpoar@gmail.com - inpoar@hotmail.com

Protocolo para la Atención de Hipertensos y Cardiopatas.

Podólogo Armando Bega.

Acadêmico de Enfermagem. Diretor do ICP Instituto Científico de Podologia. **Brasil**

Trabajo presentado como palestra en el último Congreso Internacional de Podologia (Dezembro 2005 - San Pablo) y en las clases dadas por el profesor en la universidad de enfermería. Tratamos de pasar del formato Power Point original para el formato texto, en esta materia, de la forma mas didáctica posible.

PRESIÓN ARTERIAL

● Presión arterial es la fuerza o presión que la sangre ejerce sobre la pared interna de los vasos sanguíneos

● PA (Presión arterial) depende del DC (Débito Cardíaco) y del RPT (Resistencia Periférica Total)

DÉBITO CARDÍACO

● Ley de Frank Starling: El corazón es capaz de bombear toda la sangre que le llega proveniente del retorno venoso.

● El Débito Cardíaco depende de la FC (Frecuencia Cardíaca) y del volumen (en litros) de la sangre eyectada por el corazón (en un minuto).

● $DC = FC \times \text{volumen de sangre} / \text{minuto}$

Capacidad de bombeado del corazón:

● Fuerza de contracción: depende del volumen de sangre que llega al corazón.

● Capacidad fisiológica de bombeado del ventrículo: 120 ml.

● Volumen eyectado: 70 mL (50 mL restan dentro de cada ventrículo).

● Aumentando la fuerza de contracción el volumen eyectado será mayor.

RESISTENCIA VASCULAR PERIFÉRICA

● La sangre es eyectada del corazón a la sístole

● La eyección es pulsátil

● Las arterias hacen esos pulsos uniformes hasta la llegada a los capilares

● Arterias elásticas (Aorta y Pulmonares), ricas en elastina y colágeno: próximas al corazón: se expanden con la sístole y vuelven al normal a la diástole - Principal función: mantener el flujo sanguíneo durante la diástole

● Arterias musculares o conductoras (espesa camada de músculo liso con fibras vasoconstrictoras simpatomiméticas): principales responsables por la RPT

● Cuanto mayor la vasoconstricción mayor la resistencia al flujo sanguíneo = mayor el PA

● Arteriolas: presentan pequeño calibre y tienen las mismas funciones de las arterias musculares - capaces de potente vasoconstricción.

● Tienen un anillo de músculo liso circular en la extremidades adyacentes a los capilares: esfínteres pré-capilares: función de controlar la sangre que pasa para los capilares

● Capilares: presentan paredes finas, con una única camada de células endoteliales y lamina basal: local donde pasan sustancias del interior de los capilares para los tejidos y vice-versa

RETORNO VENOSO

● Venulas: vasos que son dotados de una fina pared y presentan músculo liso - tienen la función de absorber líquido de los tejidos, debido a la baja presión que presentan e su interior.

● Venas: son vasos sanguíneos que presentan alta complacencia, o sea, aceptan gran cantidad de sangre, almacenando y dirigiéndola al corazón.

● Delante del aumento del PA o del aumento de la sangre circulante (aumento de la volemia) las venas se dilatan.

● En los casos de disminución del PA o disminución de la volemia, las venas se contraen para aumentar la circulación.

REGULACIÓN DEL PA

Mecanismos neurales:

- CV (centro vasomotor) localizado en el tronco encefálico, en el puente y en el bulbo.

Es dividida en tres partes:

- a) área vasoconstrictora
- b) área vasodilatadora
- c) área sensorial

- Área vasoconstrictora: a través de los nervios eferentes del sistema nervioso simpático: mantiene el tono vascular y la actividad Cardíaca

- Aumenta el DC cuando hay un estímulo en esa área (debido al aumento de la FC y de la fuerza de contracción) y aumenta la RPT (vasoconstricción)

- = aumento da PA

- Área vasodilatadora: al ser estimulada, inhibe el área vasoconstrictora, o sea, inhibe los efectos simpáticos y estimula el nervio vago, por donde pasan fibras parasimpáticas, provocando un efecto parasimpático.

- El estímulo parasimpático disminuye el DC por disminuir la FC;

- La inhibición del sistema nervioso simpático y la estimulación del parasimpático disminuyen la PA

- Área sensorial: recibe informaciones oriundas de los nervios vago y glossofaríngeo y a través de esas informaciones identifica alteraciones en la PA.

- Habiendo aumento de la PA el área sensorial enviará señales de inhibición para el área vasoconstrictora y de excitación para el área vasodilatadora = disminución da PA

- Habiendo disminución de la PA habrá efecto inverso = aumento de la PA

- Reflejo Barorreceptor: se trata de receptores de distensión que se localizan en las paredes internas de grandes vasos sistémicos (arco da aorta y seno de la carótida).

- Responden a mudanzas rápidas a la PA;

- Se adaptan a las alteraciones de la PA, por eso tienen poca importancia en su controle a largo plazo

- Las grandes arterias se estiran cuando hay aumento de la PA, haciendo una distensión de los barorreceptores que, por consiguiente, informan a el área sensorial del centro vasomotor que, rápidamente, inhibirá el área vasoconstrictora y estimulará el área vasomotora, disminuyendo la PA;

- Com la situación inversa, habrá estímulo del área vasoconstrictora e inhibición de la vasodila-

tadora, disminuyendo la PA.

- Receptores de baja presión: son semejantes a los barorreceptores y se encuentran en áreas de baja presión: atrios y arterias pulmonares.

- Actúan juntamente con los barorreceptores, con el fin de potencializar el control de la PA;

- Reflejos atriales: la distensión de los atrios por el aumento de la PA está relacionado con una vasodilatación de las arteriolas renales con la finalidad de aumentar la diuresis a través del aumento de la filtración, resultando en la consecuente disminución de la PA.

- Reflejo de Bainbridge: ocurre con la distensión de los atrios, elevando instantáneamente a FC e a fuerza de contracción.

- Tiene la finalidad de impedir el acúmulo de sangre en los atrios y en la circulación pulmonar.

- Reflejo quimiorreceptor: se trata de receptores que detectan la disminución del aporte de O₂

- Exceso de CO₂ y H⁺

- Su localización es en las grandes arterias, próximo a los barorreceptores.

- La disminución de la PA presenta una disminución refleja de la sangre que llega a los tejidos y esto tiene como consecuencia la disminución de O₂

- Y el acúmulo de CO₂ e H⁺ en los tejidos

- Estas alteraciones son responsables por los estímulos a los quimiorreceptores que envían señales al centro vasomotor y este, por su vez, estimula la vasoconstricción e inhibe a vasodilatación a fin de aumentar la PA

- Respuesta isquémica del SNC: Entra en acción cuando hay una fuerte disminución de la PA (abajo de 60mm/Hg y tiene su acción máxima en PA de 15 a 20mm/Hg.

- Actúa, principalmente, cuando hay una gran hemorragia;

- El bajo nivel de O₂ en el encéfalo, bien como el acúmulo de CO₂ y H⁺ desencadenan una respuesta del CV (centro vasomotor) con intensa vasoconstricción a fin de aumentar la PA.

- Reflejo de compresión abdominal: Actúa con la estimulación del sistema vasoconstrictor simpático.

- Es el aumento del tono de la musculatura abdominal, en respuesta a la estimulación vasoconstrictora simpática, enviando la sangre de las venas abdominales hacia el corazón, para aumentar el débito Cardíaco, a través del aumen-

to de la volemia (Ley de Frank Starling), y del aumento de la PA.

Mecanismos hormonales

● Sistema renina-angiotensina-aldosterona: la disminución de la PA es responsable por llevar menos sangre a los tejidos;

-La disminución del flujo sanguíneo renal estimula la producción de renina;

-La renina es un hormonio que actúa sobre el angiotensinogenio (proteína plasmática) transformandola en Angiotensina I;

-La Angiotensina I tiene poco valor vasoconstrictivo;

-La Angiotensina I es transformada en Angiotensina II en los pulmones a través de la acción de una enzima presente en los pulmones.

● Efectos de la Angiotensina II:

-Vasoconstricción: aumento de la RPT y aumento de la PA;

-Aumento de la reabsorción renal de Na y consecuente reabsorción de H₂O, levando a un aumento del LEC (líquido extra celular) e aumento de la volemia (volumen de sangre circulante);

-O aumento de la volemia hace aumentar el DC y, por consiguiente, aumenta la PA;

-estímulo para la producción de Aldosterona (por el córtex de la glándula Supra-renal);

-La Aldosterona estimula la reabsorción renal del Na.

● La DH o Vasopresina: el ADH es un hormonio producido por la neuro-ipófisis. La disminución de la PA está asociada a la disminución del LEC el que provoca deshidratación de los osmorreceptores presentes no hipotálamo. En esta situación los osmorreceptores envían señales a la neuro-ipófisis para que haga la secreción de ADH.

● Efectos del ADH o Vasopresina:

-Vasoconstricción con aumento de la RPT y de la PA;

-Aumento de la reabsorción renal de H₂O, aumento de la volemia, aumento del RV (retorno venoso), aumento del DC y aumento de la PA;

-Los osmorreceptores, también, envían señales para el centro de la sede con consecuente aumento de la ingestión de agua.

● Peptídeo Natriurético Atrial: se trata de hormonio producido por el atrio en respuesta a su distensión.

-El aumento de la PA hace con que los atrios liberen PNA;

-La PNA causa la natriuresis;

-A natriuresis causa la eliminación de H₂O;

-Disminución del LEC, de la volemia, del RV, del DC e de la PA

Mecanismos Intrínsecos:

● Relajamiento por estrés: el aumento de la PA está asociado al relajamiento de las paredes de las venas para causar un acúmulo mayor de sangre, con la consecuente disminución del RV, del DC e de la PA;

-A la inversa: la PA baja lleva a las venas a contraerse, aumentando la volemia, el DC y la PA.

● Desvío del líquido Capilar: el aumento de la PA es responsable por el desbordar de líquidos por los capilares, con disminución del RV, disminución de la volemia, disminución del DC y disminución de la PA; Todavía, hay un aumento del LEC.

-La situación inversa también ocurre: con disminución de la PA, aumento de la absorción de los líquidos por los capilares, aumento de la volemia, aumento del RV, aumento del DC y aumento de la PA.

Mecanismo de control

presión-riñón-líquidos corporales:

● El aumento de la PA eleva el flujo de sangre en los riñones, mayor filtración y aumento de la diuresis;

● Disminución de volumen del LEC, disminución de la volemia, disminución del RV, disminución del DC e disminución de la PA.

● La disminución de la PA disminuye el flujo de sangre en los riñones, disminuye la filtración y disminución de la diuresis; el líquido no eliminado hace aumentar la volemia, el RV, el DC y la PA.

CAUSAS Y FACTORES QUE CONTRIBUYEN PARA HAS

- Ideopática;
- Predisposición hereditaria;
- Vida sedentaria;
- Alcohol;
- Cigarrillo;
- Estrés;
- Dietas alimentarias inadecuadas;
- Dislipidemias;
- Asociación con diabetes
- Problemas renales;
- Cardiopatías
- Etc.

Ataca 20% de la población mundial

Ataca 30% de la raza negra

COMPLICACIONES DE LA PA

- Alcanza mas frecuentemente:
 - Corazón;
 - Riñones;
 - Ojos;
 - Arterias periféricas.

ICC

- Enfermedad del corazón, generalmente asociada a otras enfermedades, como la HAS, por ejemplo.
- Se trata de un desequilibrio en la función de la bomba Cardíaca, el corazón no consigue mantener la circulación de la sangre adecuadamente.
- Otras posibles causas: angina, IAM, cardiomiopatía, miocardiopatía, hipertireoidismo, anemia severa, etc.
- Edema en miembros inferiores:
 - Es una de las principales consecuencias y una de las principales señales clínicas de la ICC: Acostumbra ser vespertino (luego de horas en pie)

LA PODOLOGIA x HAS Y CARDIOPATÍAS

- El tratamiento desenvuelto por el podólogo debe tener en cuenta patologías como la HAS y la ICC, entre otras;
- El cliente portador de HAS y/o de Cardiopatías debe tener tratamiento diferencial;
- Se debe llevar en consideración que no siempre el cliente sabe que es portador de una enfermedad hipertensa o Cardíaca, entre otras ...
- La DM puede estar asociada y componer un cuadro sindrómico: Síndrome Metabólica hipertensa
- El podologo debe estar preparado para reconocer señales y síntomas provenientes de estas enfermedades;
- El podologo no va a diagnosticar la enfermedad, pero puede contribuir para evitar síntomas de la HAS y de diversas Cardiopatías;
- La manipulación de los MMII por el podologo debe tener en cuenta la posible existencia de la HAS;
- El podólogo debe ser un profesional de la área de la salud para saber lidiar con estos problemas
- Importancia de los exámenes preliminares que devem ser realizados pelo podólogo para dirigir el tratamiento:
 - Confección de histórico, levando en consideración factores ambientales, nutricionales, socio-psíquico-económicos, familiares, culturales y religiosos, entre otros;
 - Realización de examen clínico detallado, incluyendo el cliente como un todo y no, apenas, como pies que llegan solos para la atención

podológica.

- Verificación de la PA
- Atención para síntomas de fatiga y dipnea
- Verificación del IMC
- Inspección minuciosa;
- Palpación, en especial de los pulsos de los MMII
- Verificación de la temperatura de la piel;
- Verificación del índice isquémico y digitopresión;
- Cuidados:
 - No efectuar el atendimento si la presión arterial (PA) está descontrolada (ver cuadro mas adelante);
 - Encaminar el cliente para atendimento médico si la PA está descontrolada;
 - No elevar los pies del cliente arriba del nivel del corazón (mucho cuidado en situaciones de pérdida momentánea de la conciencia);
 - Evitar masajes (drenajes) en situaciones de edema en HAS y ICC;
 - Evitar lesiones;
 - Cuidar para que lesiones por solución de continuidad no infeccione

TABLA DE PA

- Sistólica
 - 120 mm/Hg: normal
 - > 130 mm/Hg: hipertensión
 - < 110 mm/Hg: hipotensión
- Diastólica
 - 80 mm/Hg: normal
 - > 80 mm/Hg: hipertensión
 - < 70 mm/Hg: hipotensión

ÍNDICE ISQUÉMICO ÍNDICE TOBILLO/BRAZO

- Comparar los valores de la presión sistólica de las arterias TP (tibial posterior) y de la ADP (arteria dorsal del pie) con los valores de la presión sistólica de la arteria braquial (brazos):
 - Pie derecho x brazo derecho
 - Pie izquierdo x brazo izquierdo
 - Dividir el valor de la presión encontrada en cada una de las arterias de los pies por el valor encontrado en cada uno de los brazos.
- Análisis de los valores encontrados:
 - 1,0: Normal
 - >1,1: hipertensión (valor puede ser falso debido a las calcificaciones en los MMII)
 - De 0,8 a 0,9: isquemia leve
 - De 0,6 a 0,7: Isquemia moderada
 - < 0,6: Isquemia grave
 - < 0,4: cliente refiere dolor en reposo. ▣

Podología y la Promoción de la Salud.

Sr. Alan Luis Vieira Valerio. *Brasil.*

El Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services (Comité de Especialistas en Planeamiento y Evaluación de los Servicios de Educación en Salud), de la Organización Mundial de Salud - OMS, puntualiza que "el foco de la educación en salud esta dirigido hacia la población y para la acción.

De una forma general sus objetivos son encorajar a las personas a:

- a) adoptar y mantener padrones de vida sanos;
- b) usar de forma juiciosa y cuidadosa los servicios de salud colocados a su disposición, y
- c) tomar sus propias decisiones, tanto individual como colectivamente, visando mejorar sus condiciones de salud y las condiciones del medio ambiente" (6).

INTRODUCCIÓN

La podología es una rama auxiliar de la Medicina y, por lo tanto, una división de las ciencias biológicas. Ella necesita ser desarrollada en una perspectiva multidisciplinar tal cual las otras áreas de las ciencias, integrando o conocimiento técnico-científico a la práctica clínica.

Por lo tanto, la educación en la salud en la podología es un rico instrumento capaz de conciliar la formación técnica del profesional a las acciones de promoción de la salud dentro de los parámetros de la salud pública vigentes en el Brasil.

Promocionar la salud, alcanza su objetivo mas concreto en la acción del podólogo cuando el discute y aplica métodos de caracterización de problemas de salud y sus medios de control, recuperación y prevención.

Actualmente, la salud colectiva en podología es discutida y aplicada, sobretodo, en las escuelas de formación técnica porque el espacio escolar permite la promoción de la investigación científica, el perfeccionamiento de la técnica y el despertar para el gusto de la actividad clínica, con sus dimensiones preventivas e curativas.

La escuela técnica tiene un papel fundamental en el despertar del alumno para su realización humana, conciencia social y buscar identificar los problemas de relevancia individual y colectiva con relación a la salud de los pies, sugiriendo pro-

puestas para mejorar la calidad de vida de las personas y dar impulso a la salud de modo integral.

La salud al nivel de aplicación individual es evaluada y diagnosticada tanto en las escuelas técnicas de podología como en las clínicas privadas. En este contexto, las dimensiones preventivas y curativas continúan presentes y necesarias para que el tratamiento se convierta en una actitud de mantenimiento de la salud de los pies, reflejándose en la salud general del individuo.

Conciliar la salud individual y colectiva en la práctica clínica es una tarea indispensable para un podólogo. En este sentido, la Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud, realizada en Bogotá en 1992, sugirió una importante herramienta para mediar esta conciliación: impulsar la cultura de la salud a través de la educación.

Esta propuesta puede ser dinámicamente aplicada a la podología, tanto en la enseñanza técnica, como en la actividad privada.

LA EDUCACIÓN COMO PROMOTORA DE LA SALUD

El podólogo debe tener conciencia de que el conocimiento adquirido en cursos técnicos, congresos y ferias no son apenas informaciones para su actualización técnico-científica.

La acción educativa en la actividad clínica debe ser parte de un feed-back entre el profesional y sus pacientes, de acuerdo con la visión critico-constructiva que defiende "la tomada de conciencia critica, la construcción del conocimiento por el sujeto del proceso, la construcción del proyecto del enfrentar los problemas concientizados, y la autoorganización de modo competente con la lectura critica de la realidad, como primer paso para la formación del sujeto social" (7)

El criterio de enfrentamiento de problemas indica la construcción de un diagnostico en la salud colectiva, llevándose en consideración los grupos de riesgo en clínicas podológicas.

Enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión son considerados problemas de relevancia en la salud publica, tanto que ellas pasarán a ser evaluadas y controladas por medio

de la atención básica en la salud en el sistema público SUS (Sistema Único de Salud).

En este caso, la podología es esencial en el auxilio de la educación preventiva y en la promoción de la salud de los pies en pacientes de este grupo de riesgo. Identificar estos pacientes crónicos sin tratamientos, orientarlos y encaminarlos a los servicios públicos para el tratamiento médico efectivo torna un podólogo en un mediador eficiente en los cuidados primarios de la salud.

CONCLUSIÓN

Se nota que la podología esta inserta en el principio más básico y pleno de la salud garantida pela Constitución de la Republica Federativa de Brasil, promulgada en 1988 en el artículo 196:

"La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantiendo mediante políticas sociales y económicas que contemplen la reducción de riesgo de enfermedades y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación" (2)

Así como la atención básica de la salud ofrece la accesibilidad de todos los individuos y familias de una comunidad a los servicios esenciales de la salud, la podología impulsa la salud a través de su actividad clínica, recuperadora y coadyuvante en la recuperación de la salud de los pies y, con-

secuentemente, del organismo como un todo.

De la misma forma, la actividad educativa en la podología forma la conciencia crítica en sus pacientes, informándolos y orientándolos sobre cuidados fundamentales en la salud.

Por esto, la herramienta epidemiológica debe ser parte de la vida clínica del podólogo para que la evaluación de los principales problemas de los pies sean fundamentados científicamente, generando la necesidad de intervención en la salud colectiva. Consecuentemente, la podología podrá conquistar un espacio muy importante en el ámbito de la ciencia médica: la salud pública.

En contrapartida, la historia de la podología y su actividad en los días de hoy prueban que ella es una ciencia que tiene mucho para ofrecer a la salud colectiva bien como los podólogos deben incentivar las acciones educativas en la salud, evitando perder esta dimensión en pro de una actividad meramente comercial.

La actividad clínica y educativa se integran y se unen formando un solo cuerpo clínico. De este modo, el paciente notará la diferencia entre un profesional estrictamente técnico y otro con amplia formación humana y sensibilidad social.

Usted tiene alguna duda en cual profesional este paciente ira a para depositar su confianza... y sus pies ? ▢

Dentista, licenciado en ciencias, cursando pos-graduación en salud colectiva en la Universidad Cruzeiro do Sul (Unicsul), San Pablo. Profesor de la disciplina de visión sistémica de la salud para el curso técnico de podología, de la escuela técnica CCB, San José de los Campos/SP.

Bibliografía

1. Bega, Armando. *Podología Básica*. São Paulo, 1998.
2. BRASIL: *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, 1988, acessível a Internet: www.senado.gov.br
3. BRASIL. *Secretaria de Educação Média e Tecnológica. PCN+Ensino médio: orientações Educacionais complementares aos Parâmetros Curriculares Nacionais. Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias*. Brasília: MEC/SEMTEC, 2002.
4. *Ministério da Saúde. Promoção de saúde: Declaração de Bogotá*. Brasília, DF, 2001.
5. *Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica*, disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf
6. *Conferência Nacional de Saúde on-line. Educação em saúde - histórico, conceitos e propostas*. Acessível a Internet: www.datasus.gov.br/cns
7. Demo P., *A sociologia crítica e a educação - contribuições das sociais para a educação*. Em Aberto, Brasília, INEP, ano IX, no 46, abril-junho, 1990.
8. SCHALL, Virgínia T. and STRUCHINER, Miriam. *Health education: news perspectives*. Cad. Saúde pública, 1999, vol 15 suppl. 2, p.4-6. ISSN 0102-311X.
9. Rouquayrol, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

www.revistapodologia.com

**Desde 1997 en internet
informando a los profesionales
de la salud y la estética del pie.**

**Desde 1997 na internet
informando os profissionais
da saúde e a estética do pé.**

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!

El Calzado Deportivo.

Sr. Fabián D. Piatti. Entrenador, Preparador Físico. **Argentina.**

Trabajo presentado como monografía del último año del profesorado de Educación Física.

Introducción

Los pies, elementos de nuestra anatomía, fundamentales para el desenvolvimiento diario de nuestras actividades cotidianas.

Sin ellos no podríamos trasladarnos en forma normal a ninguna parte, son los que nos permiten caminar, correr, saltar, bailar, nadar, manejar, andar en bicicleta, trepar a los árboles, etc., podemos decir sin temor a equivocarnos que el pie es un órgano vital para la práctica deportiva y que cualquier alteración en su morfología puede disminuir su rendimiento

Su estructura permite a través de sus arcos, (arco plantar y arco metatarsiano), distribuir las cargas y/o peso de nuestro cuerpo en forma uniforme a aquellos lugares de su anatomía preparados a tales efectos.

Como dato accesorio basta recordar que al estar parados descargamos una vez nuestro peso, al caminar 1,1 vez nuestro peso, al correr 2,5 veces nuestro peso y al saltar dicho valor se eleva a 6 veces nuestro peso.

La podología a través del tiempo ha permitido establecer por ejemplo tres tipos de pie, a saber:

- Pie griego: el dedo gordo o hallux sobresale como el más largo siguiéndole el resto de los dedos en forma proporcional con respecto al largo de los mismos.

- Pie egipcio: en este caso el dedo más largo es el segundo, el que le sigue al dedo gordo o hallux.

- Pie cuadrado: Todos los dedos del pie presentan una uniformidad con respecto a su largo.

Podemos decir que gran parte de la patología del pie, debe catalogarse entre las llamadas enfermedades de la civilización al llevar implícita la obligación a caminar por terreno liso y duro y no por terrenos naturales como sería lo ideal para la estructura y morfología de nuestros pies.

Algunos estudiosos del tema sostienen que nuestros antepasados que andaban generalmente descalzos, desconocían los trastornos por ejemplo del pie plano.

Así mismo sostienen que en el futuro, dicha anomalía sería generalizada debido al predominio de superficies lisas y duras y, por supuesto, a la utilización de un calzado inadecuado.

Este hecho conlleva, en muchos casos, a que se produzca un desequilibrio y un trofismo muscular

- ligamentoso que acarrea molestias y patologías que pueden llegar a ser, en algunos momentos muy dolorosas. A esto debemos añadir, además, el tema del calzado, que en algunos momentos llega a ejercer unas presiones sobre puntos del pie totalmente antinaturales.

De lo anteriormente expuesto se deduce que los pies merecen ser tenidos en cuenta en todos sus aspectos, no en vano son nuestro medio natural de locomoción, a pesar de que a veces el sedentarismo o los hábitos cotidianos nos hagan olvidarlo.

En esto tiene vital importancia el calzado, tema generalmente tratado en forma muy pobre y rudimentaria en todos los ámbitos, y especialmente en el área deportiva.

El calzado, a través de la historia ha sido generador de infinidad de anomalías producidas principalmente por su mal uso, incorrecto diseño, materiales inadecuados y erróneos criterios de elección fundados quizás en el desconocimiento.

El avance de la ciencia y de la tecnología, ha permitido la confección de un calzado adecuado a las necesidades y a las diferentes exigencias a las que se ven sometidos nuestros pies ya sea desde el punto de vista deportivo y/o de uso diario, teniendo al alcance de las manos la posibilidad de elegir, entre un sin número de marcas, costos, utilidades, beneficios y rendimiento

Por último podríamos decir que en nuestro país, no existe información suficientemente explicativa que nos permita hacer una correcta evaluación de cuál sería el zapato más apropiado para tal o cual actividad, y que pareciera que dicha elección está regida por la moda, clase social a la que se pertenece o pretende pertenecer y fundamentalmente a los costos. Pero en línea general a la hora de elegir la indumentaria deportiva, la herramienta fundamental como es el calzado queda relegada a un segundo plan, como si fuera un objeto meramente decorativo.

En función de esto tenemos por ejemplo a personas que practican paddle con zapatillas aptas para trote, o personas que trotan con los botines para "papi fútbol", y así un sin número de casos, que lo único que hacen es generar todo tipo de lesiones ya sean articulares, ligamentosas, musculares, etc., ni que hablar de aquellos zapatos de tacones altos y estrechos los cuales modifican

la estructura de los pies, trasladando los puntos naturales de apoyo y gravedad, esta modificación no solo afectara a los pies, sino que repercutirá indirectamente en rodillas, caderas y columna.

Este hecho puede provocar parte de una gran inestabilidad, lesiones como torceduras, esguinces, roturas de ligamentos e incluso fracturas. Los zapatos con tacones generan molestias leves o severas en los pies, hinchazón, hasta problemas en los huesos como son los juanetes, dedos en martillo, callos, durezas e, incluso, dolor de espaldas.

Este tipo de calzado afecta al talón de Aquiles y crean una presión excesiva en la parte delantera del pie. Según los expertos, andar sobre tacones desplaza el cuerpo hacia delante y obliga a los dedos y al antepié a soportar todo el peso, provocando dolor y daño en estas extremidades.

A lo largo de esta pequeña investigación trataremos de develar un poco de información que permita una mejor y adecuada elección del calzado.

Descripción del Pie

Esta Constituido por 26 huesos, 33 articulaciones, 19 músculos, numerosos vasos sanguíneos, nervios y mas de 100 tendones, que son los elementos que permiten a los pies realizar sus seis movimientos fundamentales: flexión , extensión, aducción, abducción, pronación, y supinación.

Pero la cualidad que mas sorprende de esta estructura tan dinámica es su capacidad para adaptarse cómodamente a todos los terrenos que pisa. Y esta facultad se debe, posiblemente, a las complejas interacciones bioquímicas que se producen entre las distintas articulaciones y los músculos que enlazan el pie y la pierna.

El calzado permite que esta adaptabilidad de los pies se incremente, aunque también ha supuesto un aumento o exacerbación de los problemas que sufren los pies: rozaduras, hinchazón, ampollas, callosidades e infección por hongos.

Dicen los que saben que el pie es una obra maestra, concebida para andar sin calzado y sobre cualquier terreno, pero también es el órgano que peor tratamos.

Con respecto a su composición podemos agregar que el talón y el dorso del empeine están formados por siete huesos tarsianos cortos y gruesos; cinco huesos metatarsianos paralelos forman parte frontal del empeine y se extienden hacia la parte delantera del pie para formar la eminencia metatarsiana.

Los dedos están constituidos por catorce falanges mas pequeñas; el dedo gordo tiene dos y los demás tienen tres cada uno. Todos los huesos están conectados a través de bandas de tejido que reciben el nombre de ligamento; el ligamento plantar se extiende desde el hueso del empe-

ne hasta los metatarsianos y mantiene a todos los huesos en su sitio, los movimientos del pie están controlados por los músculos de la pierna.

Para que sirven los pies ?

Mantener el apoyo necesario de todo el cuerpo al estar de pie, andando o corriendo es la característica mas importante de los pies.

Su forma arqueada y especialmente articular, les configura entre otras dos importantes funciones:

- Absorber y amortiguar las vibraciones y golpes que se producen a cada paso.

- Activar la circulación sanguínea al comprimirse por el peso del cuerpo y a contraerse al dar el paso.

Si nuestros pies fueran planos, es decir poco o nada arqueado, o cavos con mucho arco, el riesgo de sufrir daños en las rodillas, caderas y columna, seria mas elevado.

Cuando caminamos nuestros pies soportan una presión de hasta 650 K/cm², en carrera 2.500 k/cm². De ahí la importancia de su arquitectura para soportar tan enorme trabajo.

Industria del calzado

Se refiere a la fabricación de todo tipo de zapato, zapatilla, bota o sandalia, que sirva para cubrir y proteger el pie. Se suele agrupar en la misma rama que la industria de la confección, ya que buena parte de ella se integra en el complejo de la industria de la moda. Es frecuente que los parámetros de moda para la producción de prendas de confección incorporen también el calzado en sus estrategias de venta, al ser cada vez mas habitual que las firmas del sector presenten una oferta amplia de todo tipo de complementos.

La industria del calzado nace con la misma humanidad, pues se tiene noticia desde el paleolítico superior de la existencia de técnicas de tratamiento de pieles de animales para elaborar prendas y calzado. La tecnología empleada por los primeros seres humanos se fue refinando, y ya en la edad antigua apareció el taller de fabricación artesano.

En tiempos del Bajo Imperio romano se consolida un tipo de taller en el que uno o varios maestros artesanos, junto con algunos aprendices, producían para el mercado local, sirviendo el mismo taller como punto de venta. Con diversas variaciones, ésta fue la base productiva que se mantuvo hasta el siglo XIX.

En el siglo XVII aparecieron algunas grandes factorías, especialmente en Francia, protegidas por la Corona y orientada a productos de lujo.

Otro modelo organizativo del sector, también usual desde el siglo XV, fue la articulación de la producción en pequeños talleres que trabajaban

para un comerciante, quien proporcionaba suministros y compraba el producto acabado.

Estos sistemas desaparecieron tras la Revolución Industrial. Desde el comienzo del siglo XIX se generaliza el modelo de fábrica, tal como se conoce ahora. El proceso de producción se organiza, y va incorporando sucesivas mejoras tecnológicas, entre las que cabe destacar: máquinas cortadoras cada vez más precisas, que permiten aprovechar mejor las materias primas; sistemas de curtido con disolventes químicos, que mejoran la calidad de los materiales; la aguja de acero, que soluciona el estrangulamiento del cosido, y las colas de tipo sintético, que rebajan los costos y mejoran la resistencia del producto acabado.

La crisis económica de la década de 1970 afectó a esta industria de forma grave. En los países desarrollados, los costos de producción, y de manera especial el trabajo, se encontraban a niveles que imposibilitaban su competitividad.

En el mercado mundial algunos países menos desarrollados habían obtenido crecientes ventajas gracias a la incorporación de tecnologías muy estandarizadas y al uso de mano de obra de bajo costo, por lo que el sector se encontraba en recesión.

La primera respuesta fue un recrudescimiento del proteccionismo, lo que contribuyó a generalizar la crisis y bloqueó el crecimiento del comercio internacional. Esta situación se mantuvo durante bastantes años, y solo las sucesivas rondas del Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio han permitido ir reduciendo las trabas arancelarias.

La respuesta a largo plazo de la industria ha sido una reorganización internacional de la producción, en la que los países más desarrollados han retenido la fabricación de productos de alta calidad y diseño innovador, muy ligados a la industria de la moda, mientras que en otros países trabaja una industria de bajo costo para mercados de gran extensión.

Existe un tercer nivel de empresas, aquellas de calidad y diseño intermedios, que permanecen en los países desarrollados burlando las normativas laborales que elevan los costos. Forman parte de un extenso conjunto de actividades que se denomina economía sumergida.

Las empresas sumergidas no suelen contar con grandes talleres familiares que dependen de una empresa que compra el producto terminado, al que coloca su marca. Incluso firmas de prestigio recurren a este procedimiento.

Hasta aquí un pequeño resumen, a modo de preámbulo para entender un poco más del porqué debemos elegir bien a la hora de calzarnos para realizar cualquier actividad, que en definitiva redundará en una mejor calidad de vida.

El calzado deportivo en la actualidad

Manera correcta de caminar y calzar

En línea general podemos decir para adentrarnos de a poco en el tema que:

- Los Pies deben estar paralelos entre sí. Tanto cuando se está de pie, como al caminar los dedos de los pies deben estar dirigidos directamente hacia adelante. El colocar los pies con las puntas dirigidas hacia fuera debilita el arco..

- El calzado debe tener taco ancho y no muy alto. En la ciudad es preferible que tenga una tapa de goma, para que disminuya el golpe sobre el pavimento duro.

- El borde interno del calzado presentará en su parte interna una línea recta desde el talón al dedo gordo, para no obligar a este a desviarse hacia fuera, lo que puede favorecer la aparición de un "juanete" o Hallux Valgus.

- El largo del calzado será aproximadamente de 1 a 1,5 cm mayor que el pie debiendo mediar ese espacio entre las puntas del dedo gordo y del segundo dedo a la punta del zapato.

- La anchura y la altura de la punta del zapato han de ser tales, que permitan mover libremente los dedos de los pies.

- La suela no debe ser tan gruesa o tan dura que impida los movimientos normales del pie

- El calzado se adaptará exactamente al talón y al dorso del pie.

Tengamos en cuenta que para facilitar el acople pie-calzado se recomienda no estrenar el deportivo el día de la competición.

Cuando adquiera el calzado valore la amortiguación, contrafuertes y dibujo de la suela según el terreno y el deporte a practicar.

También es cierto que se observan algunos errores en el material del calzado producidos en ocasiones por un desgaste o fatiga prematura de los materiales utilizados o simplemente se trate de calzados de ínfima calidad o copias.

Tengamos en cuenta lo siguiente:

- Control de kilometraje. La vida útil del calzado deportivo oscila entre 800 a 1500 km.

- Desgaste de la suela. Si apoyamos bien el pie la parte que más debería desgastarse es la trasera exterior, es decir donde apoyamos el pie.

- Despegue de la suela. Si el calzado no es de buena calidad la suela tiende a despegarse.

- Endurecimiento del material, lo que hace que pierda la absorción de los impactos.

Hoy en la actualidad existe en el mercado una amplia variedad de calzados para la práctica deportiva, y que se adaptan a nuestras necesidades en cuanto a tamaños, gustos, preferencias, tipo de deportes, moda, etc.

El calzado es uno de los temas que mas debemos tener en cuenta a la hora de invertir en indumentaria deportiva, y que una elección correcta nos evitara una serie de trastornos físicos y redundará positivamente en nuestros logros atléticos.

La elección del calzado, debe fundamentarse principalmente al tipo de deporte que se desea practica.

Existen en la actualidad calzados que se adaptan a las diversas circunstancias generadas por la practica deportiva.

Tenemos entonces por ejemplo, que en deportes tales como el básquet, voley, paddle, etc., el calzado a utilizar tendrá en la suela, a la altura del metatarso marcadas circunferencias.

De esta manera el pie de apoyo rota para ambos lados sin demasiada oposición, evitando lesiones, leves o graves, en tobillo, rodillas, caderas, etc.

La mayoría de los deportes son generadores de impactos de diversa magnitud que repercuten sobre nuestro cuerpo, motivo por el cual el calzado debe estar provisto de lo que se conoce como "cámara de aire" actuando a modo de amortiguador situada en la base del calzado entre la plantilla y la suela.

Principalmente dicha cámara se sitúa inmediatamente por debajo del talón conformando un

"colchón de aire" que absorbe los impactos externos producidos por la actividad deportiva.

Cada marca imperante en el mercado ha patentado un modelo diferente, por lo que en la actualidad se aprecian cámaras de aire en un solo compartimiento o compartimentadas, permitiendo esto distribuir las cargas en forma gradual de acuerdo a la posición del pie.

Existen calzados con cámara de aire en el talón y a la altura del metatarso, lo cual proporciona un mayor confort y versatilidad. La tecnología actual ha permitido la comunicación entre las camaras de aire, que algunas marcas han patentado como sistema "dmx", permitiendo de esta manera que la cámara que esta recibiendo el impacto traslade en forma paulatina la masa de aire hacia la otra cámara produciendo un mayor efecto de "amortiguación".

El calzado a elegir debe permitir un ventilación adecuada del pie a los efectos de evitar una transpiración excesiva, además debe adaptarse al pie y no el pie al calzado, y se ajustara al mismo en forma firme y segura, por medio de cordones o sistema de ajuste por velcro, sin dificultar la correcta circulación sanguínea de la zona y permitiendo a su vez un movilidad interna tal como se explicara en este articulo.

Existen calzados para cada deporte en particular por ejemplo: calzado para corredores a campo traviesa con dos zonas de moderación de movimiento en parte media del pie y talón con material especial (duratoe) para evitar desgaste prematuro en la puntera, calzado para corredores profesionales y semi-profesionales, calzado para profesionales de la patineta, skate y bicicleta, con un refuerzos específicos para mayor durabilidad y resistencia a la abrasión, suela antiderrapante, calzado para entrenamiento en pista, etc, etc.

Los materiales de los cuales se componen los calzados son variados, según las necesidades. ▣

Bibliografía

Nuevo tratado medico Dr. Marcelo a Hammerly segunda edición (1954) sudamericana pag.476-480.

Adidas footwear technology.

Lecturas EF. Y Deportes (revista digital) www.efdeportes.com

Podología deportiva M.L.Guillén Alvarez, P.A. Muguerza Pecker, Interamericana-Mcgraw Hill,

Pag. 43,44 62-66.

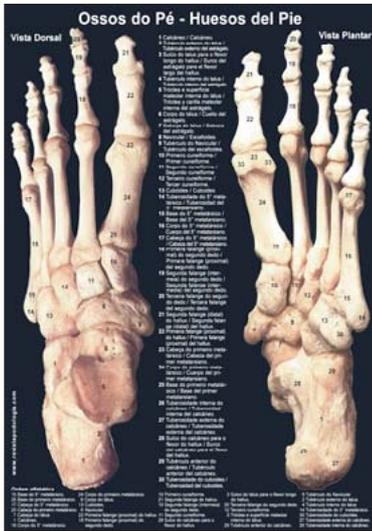
Industria del Calzado, articulo de la enciclopedia Encarta.

Calse Botines y calzado deportivo (www.calse.com).



POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

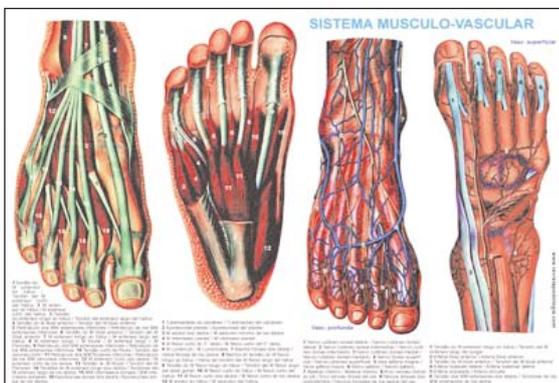
40 x 30 cm



ESQUELETO DEL PIE 1
ESQUELETO DO PÉ 1



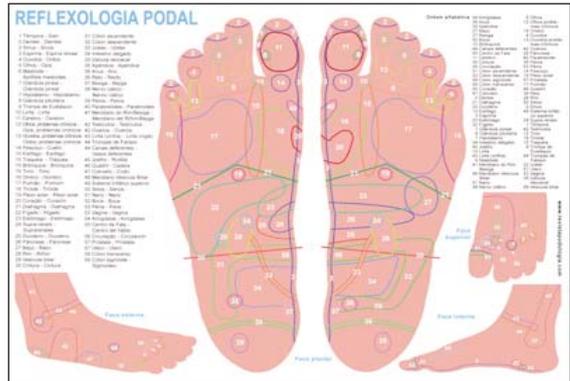
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com
Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com