



revistapodologia .com

N° 19 - Abril 2008

Revista Digital de Podología

Gratuita - En Español

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 19
Abril 2008

Directora científica
Podologa Márcia Nogueira

Director comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores de esta edición:

Dr. César Sánchez. **Argentina**
Podologa Mariel Vázquez. **Argentina**
Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez. **España**
A.I. Kapandji. **Argentina**
Lic. Virginia Fedrizzi. **Brasil**
Dr. Cludio Sapoznik. **Argentina**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 36.

Tapa: Tapa de la Revista Podologia Argentina n° 15.

ÍNDICE

Pag.	
5	- Elastocompresión.
9	- Semiología. Exploración vascular.
15	- Exploración muscular.
27	- Fisiología articular. Músculo Interoseo y lumbrical.
33	- Cirugía percutánea del pie.
34	- Educadores en salud.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 - 3365-1586 - Campinas - Brasil

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

ESTÉTICA **in** RIO 2008

FEIRA DA BELEZA, COSMÉTICOS, EQUIPAMENTOS & SERVIÇOS

17,18 e 19

maio

2008

centro de
convenções sul
américa

rio de
janeiro

WWW.
esteticainrio.
com.br

1º Congresso Brasileiro de Podologia

Domingo 18 e Segunda 19

Eventos Paralelos

Congresso Científico Brasileiro de Estética

Jornada Técnica Interdisciplinar de
Estética, Eletrocosmética e
Fisioterapia Estética

1º Congresso Brasileiro de Massoterapia

1º Congresso Brasileiro de Maquiagem

2º Congresso Brasileiro de Manicure

Curso Pós Congresso

Workshops

(21) 3888-3730 - 3977-1499
3977-1498

Organização

revistapodologia
-com

www.revistapodologia.com

Realização



Apoio



1º Congresso Brasileiro de Podologia Domingo 18 e Segunda 19 de Maio de 2008

Palestrantes e palestras

Podólogo e Fisioterapeuta Rogério Romeiro

Rio de Janeiro

Tema: Iatrogenia na podologia - Principais causas e conseqüências.

Iatrogenia é uma alteração patológica provocada no paciente por diagnóstico ou tratamento de qualquer tipo.

Podólogo e Fisioterapeuta Jonas Campos

Rio de Janeiro

Tema: Ficha de Anamnese. Porque e como fazer ?

A ficha de anamnese funciona como um prontuário para o podólogo, e a partir dela que se conhece o cliente, suas características e se pode acompanhar os procedimentos realizados.

Dr Ademir Carvalho Leite Junior - São Paulo

Tema: Manifestações da pele e unhas nos pés de obesos.
Apresentação de diversas manifestações da pele e unhas encontradas em pacientes obesos e obesos mórbidos.

Podólogo e Enfermeiro Armando Bega - São Paulo

Tema: Laserterapia em Lesões.

Este tema aborda o uso do laser terapêutico, 660 nm, "red laser", desde a historia da laserterapia, até os seus princípios físicos e químicos, bem como os mecanismos de ação nas células, tecidos, órgãos e sistemas, sua dosimetria, indicações, precauções, contra-indicações e casos clínicos.

Podólogo Carlos Alberto Banegas - Argentina

Tema 1: Onicomicoses.

Como resolver e recuperar o aparelho ungueal contaminado em casos de unhas dolorosas, grossas e amarelas sem descuidar o componente estético do resultado final.

Tema 2: Onicocriptoses.

Tratamento podológico não invasivo dos encravamentos periungueais. Um detalhado passo a passo para um final exitoso. Trabalho de investigação.

Vídeo-dissertação mostrando o antes, durante e depois.

Podóloga Maria Elaine Hagino - Rio de Janeiro

Tema: Terapias Alternativas na podologia.

O podólogo deve estar sempre apto para dar alívio, descanso e completo conforto aos pés de seus pacientes. Apresentação de Terapias Alternativas.

Dr. Mauro Pena - Rio de Janeiro

Tema: Dores nos pés: principais causas e tratamentos.

Quais são as principais causas da dor, o que fazemos para detectar suas causas e quais são os seus tratamentos.

Podga Aparecida Maria Bombonato - São Paulo

Tema: Técnicas e Procedimentos no Aparelho Ungueal.

Abordagem dos vários tipos de lâminas ungueais com as técnicas de tratamento, causas e procedimentos na onicocriptose com e sem granuloma.

Local: Centro de Convenções Sul America - Cidade Nova - Rio de Janeiro - Brasil

Organização

revistapodologia
-com

www.revistapodologia.com

Realização



Apoio



Elastocompresión.

Dr. César F. Sánchez. *Argentina.*

Los métodos de evaluación realizados en innumerables trabajos confirman los efectos de la aceleración velocimétrica del flujo sanguíneo provocada por la aplicación de la elastocompresión.

El calzado que corrige los vicios del ortostatismo aumenta los efectos hemodinámicos, en cambio el calzado inadecuado, sea por defecto de fabricación o porque no se adapta al pie, disminuye la capacidad de compensación de la posición del pie durante la marcha.

Esto nos lleva a considerar una minuciosa semiología del pie tanto en posición de pie como durante la marcha.

La constatación de una patología estático-dinámica del pie impone el tratamiento ortopédico de compensación a fin de mantener o aumentar al máximo los efectos beneficiosos que se obtienen con la elastocompresión.

A fin de obtener los mejores efectos hemodinámicos de las medias elásticas, es necesario una correcta indicación por parte del flebólogo del grado de compresión decreciente en función de la patología tratada.

Las medias de contención correctamente prescriptas disminuyen el reflujo del sistema venoso insuficiente en las zonas de elastocompresión como así también a distancia.

Su uso, previo a toda cirugía venosa, atenúa los efectos de los diferentes reflujos permitiendo la recuperación tisular antes del acto quirúrgico así como asegura un mejor recupero posoperatorio.

La terapéutica de la contención tiene sus exigencias tanto se trate del vendaje o de las medias elásticas.

Luchar contra el estasis circulatorio implica:

- reducción del calibre de los troncos venosos
- reducción del estasis
- reducción o supresión de los reflujos
- refuerzo de los efectos de la contracción muscular
- mejorar la presión intersticial por refuerzo de la solidez de los tegumentos y la reducción del volumen del miembro.

Objetivos

La elastocompresión debe ejercer sobre la superficie del miembro, una presión que compense las presiones patológicas intravasculares.

Por lo tanto no es un tratamiento etiológico

sino solamente sintomático (Stemmer).

Fisiopatología

La hipertensión venosa es el denominador común de las patologías que afectan este territorio. En condiciones normales la presión varía de acuerdo a la altura del árbol venoso donde se la mide, de la posición del cuerpo y del estado de actividad o no de la bomba muscular de la pantorrilla.

Es así que ella aumentará al pasar del decúbito horizontal a la posición de pie, y disminuirá con el ejercicio, para volver a aumentar al detenerse el movimiento.

No describiremos aquí el mecanismo del retorno venoso; simplemente señalaremos que las presiones aumentan y disminuyen por acción de la bomba muscular.

Destaquemos que la presión de la vena safena a nivel del maléolo en el individuo de pie es de 90 mmHg.

En el sujeto normovenoso en movimiento la presión venosa (P.V.) es a nivel del tobillo de 30 mmHg, en el varicoso esencial de 45 mmHg, en el varicoso esencial con insuficiencia de perforantes 65 mmHg, y en el postrombótico es mayor de 70 mmHg.

Acción de la compresión

La presión que ejerce el tejido elástico sobre el miembro será directamente proporcional a su tensión e inversamente proporcional al radio de curvatura de éste (Ley de Laplace: $P = T/r$).

Es decir que, a igual tensión, la presión será mayor cuanto menor sea el radio de curvatura del miembro.

Durante la marcha, por efecto de las contracciones y relajaciones musculares, los perímetros del miembro inferior varían, y por lo tanto las presiones también lo hacen: se incrementan durante la contracción y disminuye en la relajación.

Ciertamente, la textura del material de compresión determinará la presión ejercida sobre el miembro: ésta será mayor cuanto menos extensible sea aquél, ya que no responderá a las variaciones del volumen muscular ocasionado por el ejercicio.

La compresión se ejerce tanto en la superficie como en la profundidad.

Bajo su efecto, en el ejercicio muscular, la cir-

culación cutánea es prácticamente nula, aunque las venas safenas permanecen permeables bajo presiones de 30 mmHg., pero aumentan su velocidad circulatoria notablemente.

Las venas perforantes disminuyen un 30% su volumen sanguíneo con presiones de 40 mmHg.

Para actuar sobre el sistema venoso profundo se requieren presiones mayores: vendajes de material poco extensible y que ejerzan mayor presión aún son necesarios para el tratamiento de los linfedemas.

Por lo tanto, la elastocompresión actúa aumentando la velocidad de retorno, disminuyendo la hipertensión venosa y favoreciendo la reabsorción de edemas.

Al disminuir el calibre de los conductos del sistema venoso superficial, fija los trombos a la pared venosa efectuando la profilaxis de la extensión y migración de los mismos.

Por último, los vendajes elásticos disminuyen el flujo arterial en el sujeto en reposo.

De allí que en el decúbito la compresión no debe ser mayor de 25 mm Hg. para no entorpecer la irrigación del miembro.

Nivel de compresión

El grado de compresión dependerá de la patología a tratar.

Esquemáticamente los niveles serán los siguientes:

1. Varicoso esencial sin perforantes insuficientes: 35 a 55 mm Hg.

2. Varicoso esencial con perforantes insuficientes: 60 a 80 mm Hg.

3. Insuficiencia venosa crónica: de 60 a más de 1 00 mm Hg, dependiendo del grado de la misma.

La indicación de estas presiones surge del hecho de que en el sujeto normovenoso de pie, con una presión venosa de 90 mmHg medida en el tobillo, se produce una caída de ella a 30 mmHg durante la marcha; por lo tanto, la compresión a aplicar deberá igualar la diferencia entre ésta (30 mmHg) y la que presenta el sujeto a tratar, acorde a su patología.

De aquí surge un hecho de capital importancia en el concepto de la elastocompresión: ésta siempre debe asociarse a la marcha.

Métodos

Dos factores son indispensables para lograr una efectiva compresión: el material, confeccionado con una textura adecuada, y una correcta colocación del mismo.

Por otra parte, existen dos métodos de elastocompresión: el vendaje y las medias.



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

Vendas

Existen vendas no elásticas de lino, franela u algodón, poco usadas en nuestro medio y que tienen una indicación precisa.

Las vendas extensibles en un sentido puede ser de poco alargamiento (máximo 70%), mediano (entre 70% y 140%) y de gran alargamiento (más de 140%).

Las últimas no efectúan una buena compresión, las de media elongación son útiles en el tratamiento de afecciones del sistema venoso superficial, mientras que las de escasa o nula elasticidad deben indicarse en el tratamiento de los edemas.

Técnica del vendaje

Un concepto primordial a tener en cuenta durante la colocación del vendaje, es que éste debe facilitar el retorno venoso.

Por lo tanto, las presiones deberán ser siempre mayores distalmente y disminuir gradualmente a medida que nos acercamos a la raíz del miembro.

Se debe cuidar de no producir "surcos de constricción" en la superficie cutánea, los que son ocasionados por la puesta en tensión de un borde de la venda.

El vendaje movable es el que el paciente coloca y retira por sí mismo, y dado que ellos pueden ser más o menos hábiles en su colocación, sufrir artropatías o exceso de peso que le impedirán su correcta fijación, es necesario instruirlos sobre su correcto uso, y destacarles que la elastocompresión no es efectiva si no se asocia a la marcha.

El comienzo del vendaje puede hacerse desde la raíz de los dedos, tomar el talón y ascender en forma de espiras tomadas por mitades, o bien comenzar en el tobillo, volver al pie, envolver luego el talón y ascender en forma de 8 hasta contornear la pantorrilla.

La compresión del muslo debe comenzarse debajo de la rodilla, dejando al descubierto su cara anterior para facilitar la marcha.

Para mayor comodidad en su uso y evitar el deslizamiento debido a la forma cónica del muslo, se aconseja interponer una capa de poliuretano entre la venda y la piel y efectuar el vendaje en 8 hasta medio muslo o la raíz del miembro, según necesidad.

El vendaje fijo es el preferido por algunas Escuelas, sobre todo Europeas; debe realizarse con vendas poco elásticas, ya que en reposo ejercen una presión débil y pueden ser bien toleradas.

Existe gran variedad de ellas.

Las vendas autoadhesivas se elaboran con material hipoalergénico extensibles en ambos sentidos, de baja elasticidad.

El vendaje cruzado con dos vendas se realiza a efectos de mantenerlo mejor. Una primera venda comienza sobre el maléolo externo, toma el pie, vuelve a cruzar el tobillo y asciende hasta el pliegue poplíteo para descender nuevamente hacia el tobillo.

La segunda venda se coloca siguiendo el mismo camino pero en sentido contrario y cubre los espacios dejados por la primera.

Los vendajes fijos deben ser renovados entre el 3er. y el 5to. día, dependiendo de la disminución del edema y de la cantidad de secreciones eliminadas por una eventual lesión cutánea.

Si las secreciones no son abundantes se dejan colocados durante 1 a 3 meses.

En algunas zonas es necesario reforzar o disminuir el grado de compresión a ejercer. Para disminuir la presión es necesario aumentar el radio de curvatura del área a comprimir (Ley de Laplace).

La presión es nula sobre una superficie plana o cóncava; las goteras retromaleolares por lo tanto no son comprimidas a menos que se las cubra con algún material de relleno que llegue hasta la superficie externa.

Lo más práctico es usar almohadillas de espuma de látex de 10 mm de espesor.

También en las zonas induradas se debe reforzar la presión, pudiendo hacérselo además en las áreas sometidas al stripping o a resección de venas varicosas.

Para una correcta aplicación del vendaje con la compresión deseada, se ha desarrollado una suerte de manómetro que mide las presiones en los distintos sectores mientras se va colocando el mismo.

Medias elásticas

Tienen su indicación terapéutica una vez que se ha cumplido el objetivo del uso de la venda elástica, es decir, reducir el edema, cicatrizar la úlcera o pasado un período post-operatorio variable, de acuerdo a la patología tratada en el acto quirúrgico.

Las medias son tejidas por máquinas circulares o tubulares; para una determinada talla, el número de mallas es el mismo en toda la longitud de la media; la tensión del hilo elástico, al modificar el tamaño de la malla, da la forma a la media.

Los criterios médicos básicos universalmente reconocidos para la fabricación de las medias elásticas son:

- Compresión decreciente desde el tobillo hacia la raíz del miembro.
- Elasticidad homogénea en todos los sentidos

para una distribución regulada de la compresión evitando los anillos de constricción así como los rodetes especialmente en la zona del pie en la base de la pierna y del muslo.

- Talón cerrado para mantener una compresión submaleolar

- ausencia de compresión del dedo gordo del pie en las compresiones medianas y fuertes.

- Texturas aeradas que permitan reducir la transpiración.

- Tinturas neutras para evitar fenómenos alérgicos.

- Graduación en cuatro clases terapéuticas bien definidas de 1 a 4 según el grado de compresión a nivel del tobillo; esta graduación de presiones perfectamente codificadas permiten definir inmediatamente la fuerza de compresión prescrita en función de la situación patológica.

CUADRO	
Compresión	Indicaciones
Grado 0: menor 10 mmhg	Prevención
Grado 1: 10 a 15 mmhg	Prevención
Grado 2: 15 a 20 mm	Várices medias / Embarazada
Grado 3: 20 a 36 mmhg	Várices importantes
Grado 4: 36 a 50 mmhg	Síndrome postrombótico

Hay otros criterios a tener en cuenta además de los médicos: son los criterios de confort sin los cuales el paciente abandona rápidamente la elastocompresión:

- "suavidad de contacto" a fin de evitar las irritaciones cutáneas cuyo riesgo va creciendo con la fuerza de compresión,

- extensibilidad desarrollada para facilitar la postura principalmente en gerentes y pacientes con articulaciones anquilosadas,

- por último habría un criterio médico que todavía no estaría satisfecho: es la compresión suave selectiva en zonas particulares: hipodermis inflamatorias o lipodermatoesclerosis, úlceras y cicatrices de úlceras, atrofia blanca y capilaritis.

Estos son los principales criterios médicos actuales de las medias elásticas que no sólo tienen en cuenta la fuerza de la contención sino que ésta se adecua a las condiciones personales de cada paciente.

Una buena prescripción según estos criterios condiciona el uso o de lo contrario el abandono de la contención.

En cuanto a las medias elásticas de grado 0 y 1 para mujeres es importante la textura suave transparente y de máxima discreción, en lo posible con variedad de colores que permitan ser usadas con elegancia teniendo en cuenta que la mayoría de estas pacientes son laboralmente activas y permanecen muchas horas sentadas o de pie.

Prescripción de la elastocompresión

Es necesario recalcar algunos conceptos que hacen a la buena práctica de la elastocompresión y lo haremos a la manera de resumen.

1. Si la flebopatía es de cierta magnitud se debe comenzar con el vendaje elástico (edemas de cierta consideración, hipodermatitis), si bien en los EEUU lo hacen de inicio con medias elásticas, aún cuando el paciente sea portador de una úlcera. Para ello cuentan con medias especiales, ya disponibles en nuestro país.

2. Para afecciones de superficie se prescribirán vendas de mediana elasticidad, mientras que para las afecciones profundas son efectivas las de poca elasticidad o las inelásticas.

3. Las superficies deprimidas deberán acorcharse a los efectos de poder efectuar una correcta compresión.

4. La presión debe ejercerse en degrade a los efectos de favorecer el flujo de retorno.

5. La compresión debe permitir el juego articular normal.

6. Los vendajes móviles deben retirarse o por lo menos disminuir su presión durante el reposo a fin de no entorpecer el flujo arterial.

7. Por la misma razón los vendajes fijos deben realizarse con vendas inextensibles. Además, deben removerse periódicamente de acuerdo a las distintas situaciones (disminución del edema, secreciones, etc.).

8. Quienes padecen patología osteoarticular de los miembros inferiores se beneficiarán con la elastocompresión, pues disminuirán su edema y dará apoyo a los músculos que generalmente se presentan hipotónicos en esos casos.

Es responsabilidad del flebólogo hacerle comprender al paciente la necesidad de la aplicación de la elastocompresión, ya que suele ser incómoda su ejecución y uso, además de crearse resistencia por motivos estéticos.

Por lo tanto, una completa información de su beneficio deberá transmitírsela para lograr su total aceptación.

Toda terapéutica flebológica debe acompañarse de elastocompresión, salvo que una alergia cutánea lo impida. α

Semiología - Exploración Vascular.

Podóloga Mariel Vazquez. Argentina.

Que importante es realizar antes de cada operatoria una buena semiología, la misma nos ayuda a realizar un buen diagnóstico, además de jerarquizar nuestra Profesión.

Para ello es bueno recordar algunos conceptos básicos, y por supuesto emplearlos en cada nueva atención. En ésta oportunidad, se tratará sólo semiología vascular sin olvidarnos de semiología neurológica, la cual se desarrollará en otra entrega.

A que llamamos Semiología ?

Semiología es la ciencia que estudia los signos y los síntomas de las enfermedades.

Signo:

Es la manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable tanto por el paciente como por el observador, por ejemplo: deformación de un miembro.

Síntoma:

Es la manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente, por ejemplo dolor.

Síndrome:

Es el conjunto de síntomas y signos que se presentan simultáneamente y caracterizan clínicamente a un estado morboso.

Semiología vascular:

En todo proceso vascular, el diagnóstico se basa en el interrogatorio y la exploración. Estos procesos son frecuentes en Miembros Inferiores por ser la parte del organismo más distal y peor irrigada. Con respecto al pie, la zona más distal es por supuesto el antepié, por lo que la mayoría de las lesiones isquémicas empiezan en el mismo. Antes de cualquier intervención, debemos realizar siempre una exploración de carácter circulatorio.

El interrogatorio y la exploración (sin adentrarnos en el terreno del angiólogo) nos permiten detectar problemas vasculares, y de ésta manera tomar la precaución correspondiente, ya que una

mala intervención (onicocriptosis-helomas etc) puede desencadenar la descompensación circulatoria que en un terreno predispuesto puede concluir con la aparición de una gangrena.

Interrogatorio

Dentro del interrogatorio tendremos en cuenta:

- a) Antecedentes personales y familiares de vasculopatías.
- b) Actividad laboral.
- d) Padecimiento de alguna enfermedad actual. (Diabetes?)
- e) Investigar el dolor en las extremidades inferiores.

Si existe un dolor sospechoso de lesión vascular se deberán tener en cuenta los siguientes datos:

- Dónde se localiza el dolor?
- Cómo se irradia?
- Forma de aparición?
- El dolor es continuo ?
- Mejora, empeora o desaparece con reposo?
- Produce impotencia funcional?
- Empeora con la práctica deportiva?

El mismo, si es de origen vascular va a tener las siguientes características:

Isquemia Inicial:

Las molestias pueden limitarse a una sensación de quemazón, dolor o parestesias en la planta del pie o en los dedos. El paciente presenta sensación de hormigueo y adormecimiento, puede confundirse con Neuralgia de Morton.

El paciente con procesos vasculares puede presentar Claudicación intermitente: Es un dolor muscular intenso, que aparece en las piernas a nivel de la pantorrilla o del muslo, durante un paseo o tras un ejercicio físico leve y que desaparece al parar.

El dolor se produce por la falta de oxigenación de los músculos implicados en el esfuerzo de andar, ya que es debido a un estrechamiento de las arterias que aportan sangre a las piernas (iliacas, femorales, y tibiales).

La obstrucción está producida por la presencia de placas de ateroma, lo que llamamos arterioesclerosis: es como un envejecimiento de las arterias que se vuelven rígidas, en un proceso

progresivo que consiste en la acumulación de colesterol, calcio y otras grasas en la pared de las arterias. En ciertas zonas de las arterias el estrechamiento puntual es más intenso, llegando a tapar casi por completo el paso de sangre.

Las piernas precisan más sangre durante el esfuerzo, ésta no puede llegar y aparece el dolor de los músculos en la claudicación intermitente.

Es importante tener en cuenta que:

-La claudicación no aparece estado sentado o en reposo.

-Se localiza principalmente en pantorrilla, pero en interrupciones arteriales más bajas por ej. Tibial posterior, puede localizarse en la planta del pie.

Dolor en reposo

-Lo encontramos en casos graves de isquemia, se considera como un estado de pre-gangrena. La aparición es nocturna y a veces muy intenso, el paciente lo calma sentándose y colgando sus pies.

Dolor por los cambios posturales

-Si el dolor se agrava cuando el paciente está de pie o con las piernas suspendidas: es propio afecciones linfáticas o en casos de trastornos de la circulación de retorno.

-El dolor de origen arterial empeora con el paciente en decúbito.

Dolor condicionado a los cambios de temperatura:

-El dolor de las lesiones arteriales aumentan con el frío.

-El dolor de las lesiones venosas se exageran con el calor y las estaciones cálidas.

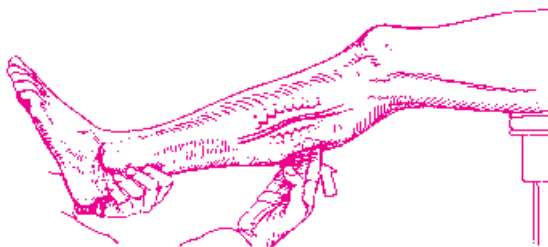
EXPLORACION VASCULAR: Arterial y venosa.

Arterial

Por medio de la palpación, cambios de la coloración, temperatura y textura de la piel.

Venosa

Los signos de vasculopatías son el edema y las



Exploración arterial

várices.

Exploración arterial por medio de la palpación: tomando el pulso arterial pedio o el tibial posterior.

Qué es el pulso arterial ?

El pulso es la transmisión a todas las arterias del organismo del impulso cardíaco sistólico. En el corazón se observan movimientos alternados de contracciones o sístoles y dilatación o diástole.

La sístole se produce primero en las aurículas y luego se propaga en forma de onda a los ventrículos, cuando comienza la contracción de éstos últimos, se cierran las válvulas que los comunican con las aurículas y cuando la presión es suficiente, la sangre sale impulsada por las arterias aorta y pulmonares. A partir de la arteria Aorta, las arterias (elásticas y contráctiles), convierten la intermitencia en corriente continua.

Al contraerse la primera porción de la arteria ejerce cierta presión sobre la porción siguiente que se dilata, y así sucesivamente determinando la formación de una serie de ondas (esfígmicas), las que pueden ser percibidas oprimiendo con un dedo una arteria cerca de la superficie de la piel y mejor si descansa sobre el plano duro de un hueso.

Cuáles son las características del pulso ?

Las características del pulso arterial son de gran importancia en la práctica médica, y son las siguientes:

Frecuencia

Indica el número de pulsaciones que se producen en un minuto. La frecuencia normal de pulso es muy variable en el adulto sano:

-En reposo suele ser de 60 a 80 pulsaciones por minuto, con variedades de hasta 44 en individuos robustos y entrenados, y de 90 a 100 en sujetos más débiles o nerviosos, así como en los niños.

Ritmo

Es el espacio de tiempo que media entre una pulsación y otra:

-Rítmico: si las pulsaciones son iguales.
-Arrítmico: si las pulsaciones no son iguales.

Igualdad:

Si las ondas esfígmicas son o no iguales.

Tensão

Está determinada por a pressão que hay que ejercer en la arteria con el dedo para percibir el pulso: puede ser fuerte (duro) o débil (blando). Se refiere a los valores de la presión sistólica.

Amplitud

Se refiere al elevamiento más o menos grande de la pared arterial causada por la onda esfígmica:

Amplio: Cuando hay esfuerzos físicos. Cuando hay excitación nerviosa.

Pequeño: cuando el envío sistólico es escaso: shock o hemorragia profunda.

Qué nos indica el pulso ?

El pulso permite conocer el estado de las arterias. Así, algunas enfermedades como la arteriosclerosis (endurecimiento, pérdida de elasticidad y tendencia a la obstrucción de las arterias) puede detectarse mediante el pulso: si éste es débil, o es difícil de encontrar, puede indicar la presencia de este trastorno.

Esto puede comprobarse, por ejemplo, en las piernas, cuyas arterias son las más predispuestas a padecer este tipo de enfermedad.



Ejemplo tomando pulso pedio

Qué pulsos debemos tomar en el pie ?

-Pulso Pedio: Se palpa la arteria Pedia. Se palpa justo proximal y lateral a la prominencia dorsal de la base del primer metatarsiano. Se toma como referencia al tendón del extensor propio del dedo gordo, la arteria pedia está por fuera de éste tendón. La arteria Pedia es continuación de la arteria Tibial Posterior y recibe éste nombre una vez que atraviesa el ligamento anular del tarso. Se dirige hacia delante y adentro y termina perforando el extremo posterior del primer

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECCIONES!

HomeoPast

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

RESULTADOS SURPREENDENTES!

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!

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.
Distribuídos por: HomeoMag

PODOLOGIA ESTÉTICA
Novo Telefone:
(11) 6604-3030
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br
ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

HomeoFeet
Protetor para hidratação
Novidade!

Nova Embalagem!
Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

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

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

Saúde e Beleza: Estética, Podologia e Visagismo e Terapia Capilar. Os novos cursos da Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.



A Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi foi criada em sintonia com o futuro e inspirada nas melhores escolas internacionais. Na área de Saúde e Beleza são três cursos inovadores que formam profissionais preparados para o mercado: Estética, Visagismo e Terapia Capilar e Podologia. Em todos os cursos os alunos contam com uma infra-estrutura completa, como o SPA Saúde, aulas práticas e professores altamente qualificados, além de serem preparados para atender os indivíduos em sua forma plena: estar bem, sentir-se bem e parecer bem.

- **Graduação**

Estética

- **Graduação Tecnológica**

Podologia • Visagismo e Terapia Capilar

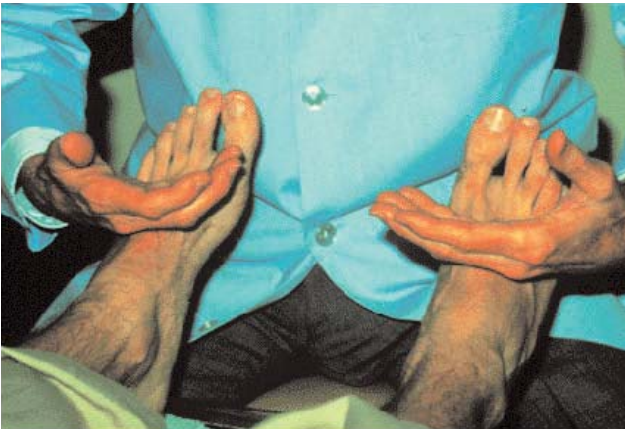
**Inscreva-se no Processo Seletivo 2008
e estude na Escola de Saúde
e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.**

www.anhembi.br 0800 015 9020

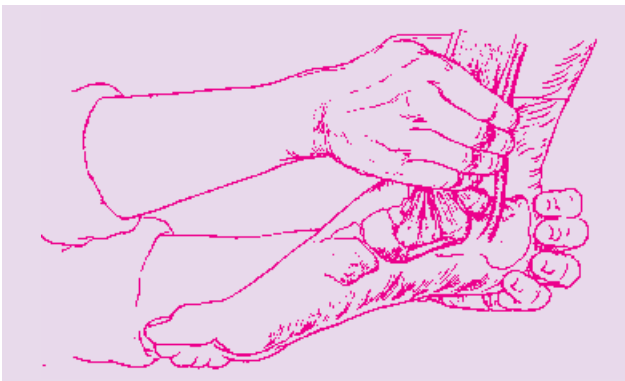


**universidade
anhembi
morumbi**

Mundialmente criativa e inovadora
Laureate International Universities®



Temperatura de la piel



Pulso Tibial posterior

espacio interóseo, para anastomosarse con la plantar externa.

-Pulso Tibial posterior: Se palpa la arteria Tibial Posterior por detrás del maléolo interno (Tibial)

Temperatura de la piel: Nos informa sobre el estado de las arteriolas:

- Pie frío: Isquemia.
- Pie caliente: vasodilatación (Puede ser de tipo inflamatorio).

Cambio de coloración

Traduce el color de los capilares. Los cambios de coloración de la piel tanto los provocados por nosotros como los espontáneos nos ayudan a realizar un diagnóstico.

-Cianosis: Indica acúmulo de sangre poco oxigenada debajo de la piel. La poca sangre arterial que llega no es suficiente para empujarla. Por lo general se localiza en el hallux y el segundo, y se trata de de una obliteración de la arteria plantar interna.

Rubor: vasodilatación capilar, se puede deber a:

- Un proceso inflamatorio.
- Un intento del organismo para suplir la isquemia local.
- Palidez Cadavérica: Isquemia avanzada, inminente aparición de gangrena.



Signal de Homans

Se puede realizar la siguiente prueba diagnóstica:

Elevamos la extremidad, el paciente realiza contracciones del pie, por falta de irrigación presentará una palidez cadavérica. Si las arterias estan con buena irrigación la palidez será poco intensa y al bajar la extremidad a los 15 seg tendrá una hiperemia reactiva, si hay isquemia importante se producirá la hiperemia reactiva con retraso o no se producirá.

Textura - Estado de la Piel

- En arteriosclerosis: la piel es atrófica y fina.
- En ciertas isquemias: aumentan las callosidades en las zonas de hiperpresión.
- Pies mal irrigados: es frecuente la presencia de micosis.
- Puede existir tambien úlceras.

Uñas:

Por falta de irrigación adecuada, las uñas crecen muy lentamente con un aspecto irregular, pueden engrosarse.

Exploración Vascular Venosa:

Los signos de vasculopatías venosas son:

- Edema
- Várices

Edema:

Siempre que sea discreto, si es importante se deberá pensar en otro tipo de patología. El paciente puede acusar dolor. Nosotros averiguaremos si el dolor se produce al caminar y localizarlo, si es muy importante y produce impotencia funcional se sospechará de una trombosis venosa. El angiólogo diagnosticará y tratará la lesión.

Várices:

Las exploramos en bipedestación ya que en decúbito pueden pasar desapercibidas. Ante la presencia importante de várices, nuestra función se limita a derivar al Profesional correspondiente.

Podemos realizar la exploración de Homans (dolor en la pantorrilla por dorsiflexión forzada del pie) que confirma la sospecha de una trombosis venosa. El dolor producido durante la palpación profunda de los músculos de la pantorrilla es otra prueba más de tromboflebitis profunda. ▣



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Seja um profissional de sucesso

Uma carreira bem-sucedida exige boa formação profissional

Pioneira no ensino de maquiagem definitiva, a Mag Estética é hoje uma escola referência em cursos de Estética & Beleza no país. Esse é o resultado de mais de 25 anos dedicados ao ensino dos cuidados com a beleza. Venha para a Mag Estética e garanta seu espaço nesse rentável mercado.

O curso que você procura está aqui



Cursos Técnicos: reconhecidos pelo MEC, são a escolha certa para você que deseja adquirir habilitação profissional em cursos que vão do básico ao avançado.



Cursos Livres: nesses cursos rápidos de qualificação você pode escolher os melhores dias e horários para estudar. Uma forma eficaz de profissionalização para quem não tem tempo a perder.



Eventos: a especialização que você precisa está nas palestras e jornadas de aprimoramento ministradas por nossa equipe. A maneira certa de estar constantemente atualizado na profissão.



Produtos: diversidade e qualidade em produtos para esteticistas, micropigmentadores, manicures, podólogos, cabeleireiros e outros profissionais da beleza.

Acesse nosso site ou ligue para saber a relação completa de cursos, produtos e eventos.



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

www.magestetica.com.br

Tel.: (11) 6161-7763

Exploración Muscular.

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez. España.

Texto extraído del libro "Lesões nos Pés em Podologia Eportiva" publicado por nuestra editorial.

Los músculos que intervienen en los movimientos del miembro inferior se extienden desde la pelvis al fémur y pueden clasificarse en dos grupos:

1- Psoas ilíaco. El psoas ilíaco es el principal músculo flexor del muslo y del tronco.

2 - Los músculos de la región glútea. Tres tipos:

- Músculos glúteos.
- Tensor de la fascia lata.
- Músculos rotadores del muslo.

Los músculos glúteos son tres, mayor, mediano y menor; y están situados de superficial a profundo, formando el abultamiento de la nalga. El tensor de la fascia lata interviene en la flexión, abducción y rotación interna del muslo.

Los músculos del muslo: forma tres grupos, el grupo anterior o músculos anteriores que son extensores, el grupo posterior que son flexores y

los músculos internos que son aductores. Todos estos músculos van a mover principalmente la articulación de la rodilla.

- Los músculos extensores son: el cuádriceps femoral (extensor principal de la rodilla), el sartorio y otros como psoas ilíaco, músculo de la fascia lata etc.

- Los músculos flexores son: bíceps femoral, semitendinoso y semimembranoso; son conocidos como la pata de ganso. Actúan sobre la rodilla y la cadera, flexionan la pierna y extienden el muslo. También colaboran en la rotación de la pierna.

- Los músculos aductores intervienen en movimientos de aproximación del muslo.

Los músculos de la pierna: tres grupos, anterior, lateral y posterior. Están separados por los huesos de la pierna, el ligamento ínter óseo y dos tabiques intermusculares.

Cadeira Máster para Podologia www.ferrante.com.br

Cód. 13935 M1

Cód. 1540

Cód. 17600

Cód. 15200

Opcionais:

- ▶ Suporte universal.
- ▶ Bandeja para instrumentos.
- ▶ Bandeja para resíduos.
- ▶ Luminária com exaustor.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.
Vendas: R. Independência, 661 - CEP 01524-001 - Cambuci - S. Paulo - SP
Grande São Paulo: (11) 6163-7815 - Demais localidades: DDG 0800 11 7815
Fax: (11) 6163-8580 - www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

FERRANTE
Marca de profissionais desde 1928

- En el grupo anterior hay varios músculos que se originan en la pierna, y por medio de largos tendones acaban en los metatarsianos y en los dedos. Lo que hacen es flexionar dorsalmente el pie, y además hay ciertos músculos que extienden los dedos del pie.

- Los del grupo lateral están situados por fuera del peroné, entre los tabiques intermusculares. Realizan movimientos de eversión (hacia afuera) del pie, y flexión plantar.

- El grupo posterior está formado por músculos que a su vez se agrupan o reúnen en dos grupos, que son los superficiales y los profundos.

Destacan el tríceps sural superficial y el poplíteo profundo. El tríceps sural es importante en los movimientos del pie y necesario para andar, correr, saltar, etc. El poplíteo está situado por detrás de la rodilla e interviene en la flexión y rotación interna de la pierna.

Los músculos del pie: se dividen en músculos de la región dorsal y de la región plantar.

- En la región dorsal, hay un músculo, el perio, llamado también extensor corto de los dedos; contribuye a la extensión de los dedos.

- Los de la región plantar son varios músculos pequeños que carecen de importancia individual, pero sí la tienen en conjunto para reforzar y sostener los arcos del pie durante la locomoción, los diversos movimientos y posturas.

Breve recordatorio de los músculos del pie.

Músculos Dorsales del pie

Músculo extensor corto del dedo gordo

Origen: Calcáneo

Inserción: Falange proximal dedo gordo

Inervación: Nervio peroneo profundo

Movimientos: Extensor dedo gordo

Músculo extensor corto de los dedos

Origen: Calcáneo

Inserción: Aponeurosis dorsal dedos 2º-4º

Inervación: Nervio peroneo profundo

Movimientos: Extensor dedos 2º-4º

Observaciones: El músculo extensor corto del dedo gordo más el extensor corto de los dedos forman el músculo pedio.

Músculos ínter óseos dorsales

Origen: Metatarsianos

Inserción: Falanges proximales

Inervación: Nervio plantar lateral

Movimientos: Flexor de la 1ª falange de todos los dedos / Abductor de los dedos

Músculos Región Plantar

Músculo Flexor corto de los dedos

Origen: Calcáneo

Inserción: 2ª falange de los dedos 2º-5º.

Inervación: Nervio plantar medial.

Movimientos: Flexor de los dedos / Mantenimiento de la bóveda plantar.

Observaciones: Es el más superficial de los plantares.

Músculos lumbrícales

Origen: Tendón del músc. flexor largo de los dedos.

Inserción: Falange proximal.

Inervación: Nervio plantar lateral (3º y 4º) y nervio plantar medial (1º y 2º).

Movimientos: Proteger la cabeza de los metatarsianos.

Músculo cuadrado plantar

Origen: Calcáneo.

Inserción: Tendón del músculo flexor largo de los dedos.

Inervación: Nervio plantar lateral.

Movimientos: Corrige la actuación del músculo flexor largo de los dedos.

Observaciones: Es el más profundo.

Músculo Abductor del dedo gordo

Origen: Calcáneo.

Inserción: Sesamoideo medial.

Inervación: Nervio plantar medial.

Movimientos: Abductor del dedo gordo / Mantenimiento de la bóveda plantar.

Músculo flexor corto del dedo gordo

Origen: 2ª cuña (el fascículo interno) y de la 3ª cuña (fascículo externo).

Inserción: Sesamoideo.

Inervación: Nervio plantar medial y lateral.

Movimientos: Flexor del dedo gordo / Mantenimiento de la bóveda plantar.

Observaciones: Tiene dos fascículos.

Músculo aductor del dedo gordo

Origen: Cuboides, 3ª cuña, base de los metatarsianos 2º-4º (porción oblicua), de la articulación metatarsofalángica, dedos (3-5) (porción transversa).

Inserción: Sesamoideo lateral.

Inervación: Nervio plantar lateral.

Movimientos: Aductor del dedo gordo.

Observaciones: Tiene dos porciones: una oblicua y una transversa.

Músculo oponente y flexor corto del 5º dedo

Origen: Aponeurosis plantar de la base del 5º metatarsiano.

Inserción: 5º metatarsiano (oponente) y 1º falange (flexor).

Inervación: Nervio plantar lateral.

Movimientos: Flexor de la 1ª falange del 5º dedo.

MICROMOTOR

MF 2.000 Plus

Prático, ágil e versátil.
Acompanha maleta.
Peso total: 1,4kg

Massageador

Específico para o MF 2.000 Plus (Opcional)

Anatômico,
extremamente leve
e silencioso.
Possui controle de
potência de vibração,
tornando-o adequado para
todo tipo de utilização.
Lançamento exclusivo Metalúrgica Freitas,
sem similar de mercado!

**1 ano
de garantia!**

**ASSISTÊNCIA TÉCNICA
EM TODO TERRITÓRIO
NACIONAL**

**Micromotor
e Suporte**

**Caixa
Controladora**

0 a 30.000 RPM Bivolt
Rotação direita e esquerda
Dimensões: 130x105x90mm
(Compr x Larg x Alt)

Permite acoplar o Micromotor e
o Massageador simultaneamente.

Motores de Suspensão

MF-40
110 ou 220v
0 a 18.000 RPM



M-40
110 ou 220v
0 a 12.000 RPM



Peças de Mão

Para uso com motores de suspensão

Caneta
Flexível
Automática



Caneta Fixa Automática.
De uso contínuo,
intermitente,
leve e fácil de
manipular.

Aplicações

Podologia

Manicure

Prótese

Estética

Veterinária

Dermatologia

Ótica

Ferramentaria



CONSULTE-NOS SOBRE EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS DO NOSSO CATÁLOGO PARA PROFISSIONAIS DE DIVERSAS ÁREAS DE ATUAÇÃO



Center Freitas: (11) 3672-2469

Rua Coriolano, 1438 - Lapa - CEP: 05047-001 - São Paulo - SP

www.metalurgicafreitas.com.br • mfreitas@mfreitas.com.br

Músculo abductor del 5º dedo

Origen: Calcáneo

Inserción: Falange proximal

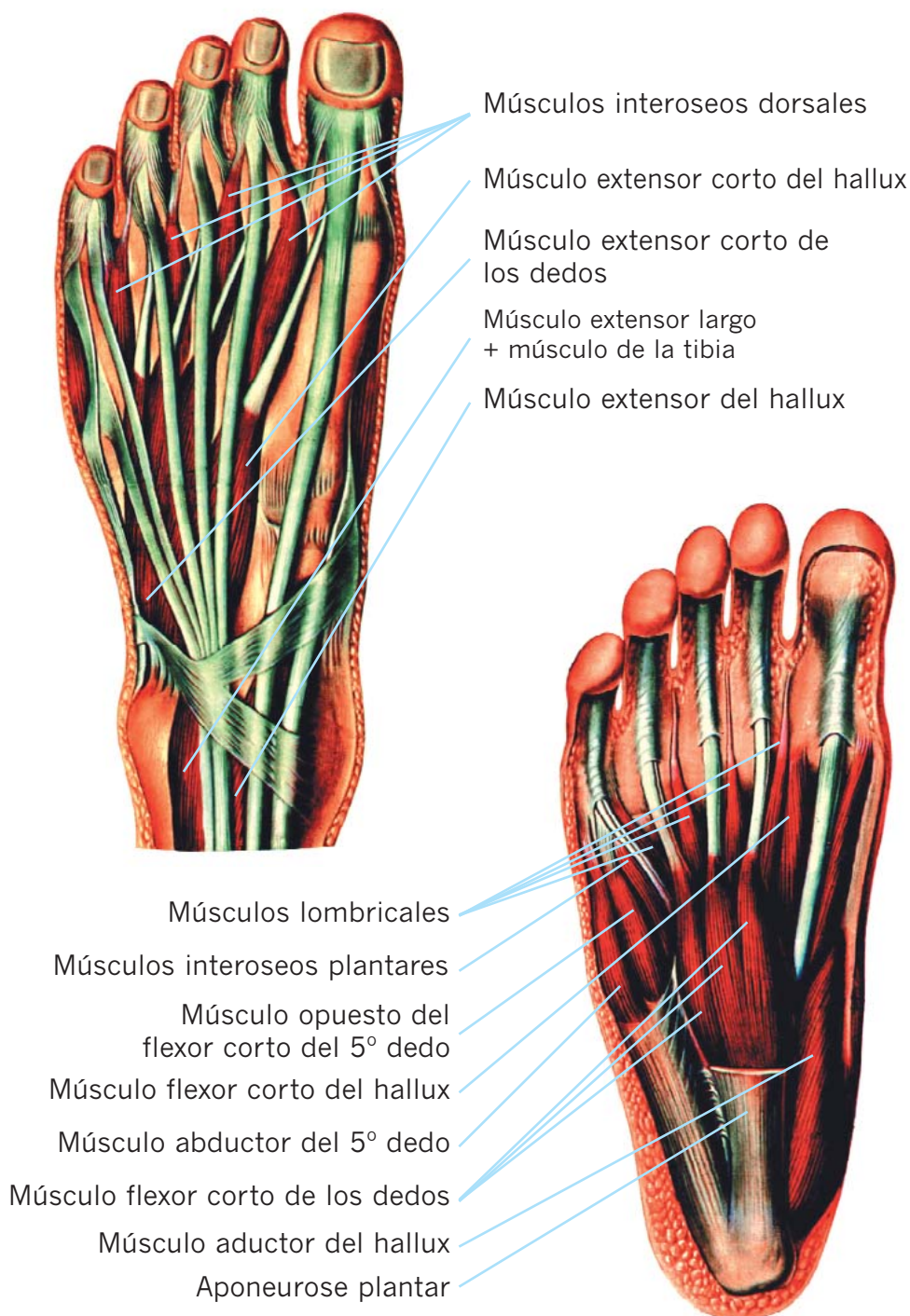
Inervación: Nervio plantar lateral

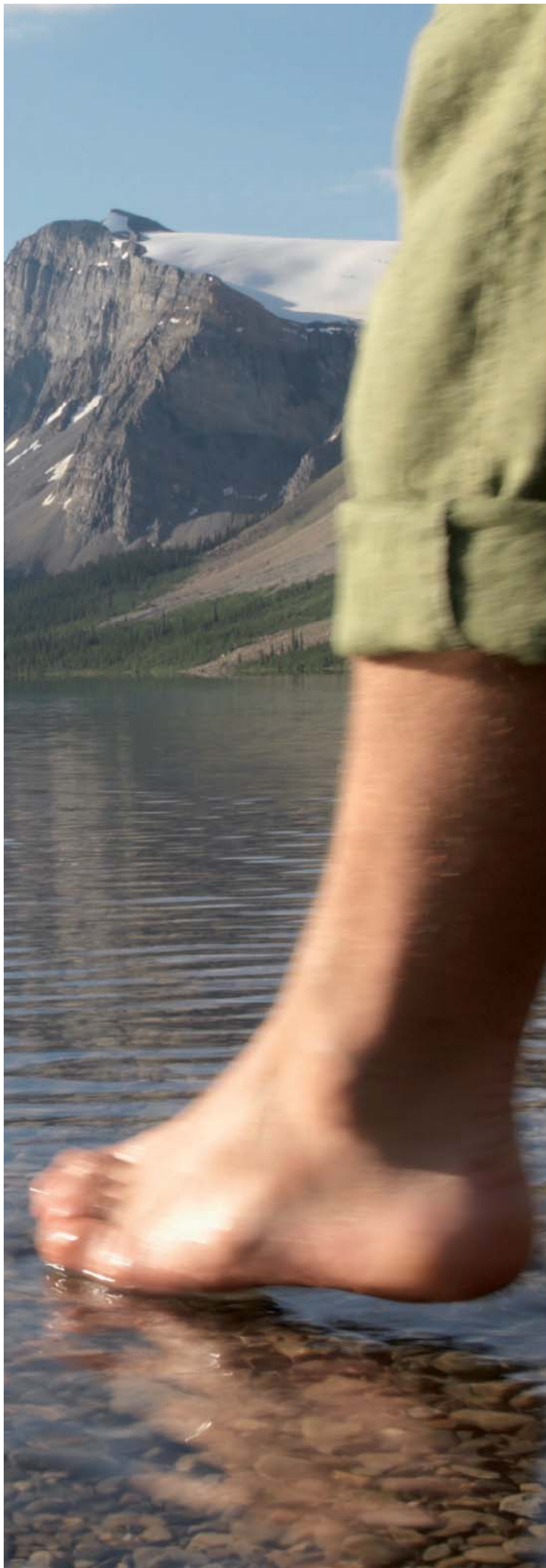
Movimientos: Flexor y abductor de la 1ª falange del 5º dedo.

Lesiones de músculos, ligamentos y tendones

Lesiones musculares

En este sentido tenemos las roturas musculares (parciales o totales), bien a partir de un traumatismo externo o de un auto traumatismo por





ATENDIMENTO PODOLÓGICO AO PORTADOR DE *DIABETES MELLITUS*.

CURSO NOVO

O Senac acaba de lançar a Especialização Técnica em Atendimento Podológico ao Portador de *Diabetes Mellitus*, visando a formação de profissionais Podólogos especializados na prevenção e tratamento específicos do pé do diabético. O curso conta com um corpo docente treinado e tem parceria com instituições experientes no atendimento a esses pacientes.

**Inscrições abertas
nas unidades Senac
Tiradentes, Vila Prudente
e Osasco.**



o conhecimento transforma

www.sp.senac.br

descompensación entre agonista y antagonistas.

Otro tipo importante de lesiones son las contracturas, muy frecuentes. Existe un problema inflamatorio que afecta al músculo sin que exista lesión anatómica de la fibra muscular.

En otras circunstancias pueden aparecer lesiones anatómicas en la célula muscular, como ocurre en las denominadas coloquialmente "agujetas", denominado Dolor Muscular Retardado, (DOMS) y que son micro-lesiones de la fibra muscular.

Otro problema, menos frecuente, que puede aparecer cuando existe un traumatismo importante, es el síndrome compartimental agudo. Esta patología afecta a vasos sanguíneos y a nervios, que se alojan dentro de la membrana fibrosa que rodea al músculo o fascia muscular.

Una inflamación del músculo comprime arterias y nervios, dificultando la circulación sanguínea. Es una urgencia quirúrgica, aunque poco frecuente.

Existe también un síndrome compartimental crónico. En este caso no existe un traumatismo agudo, sino que se debe a micro traumatismos (correr sobre asfalto, etc.), con las mismas consecuencias: compresión vascular y nerviosa de un territorio, por ejemplo cara anterior de la pierna.

Los tendones y las fundas que los rodean

(vainas sinoviales) son unas estructuras muy sensibles al ejercicio físico. Así grandes cargas de entrenamiento, material inadecuado, etc., generarán la aparición de las denominadas tendinitis y/o tenosinovitis, que pueden ser agudas o crónicas.

En algunas circunstancias pueden existir pequeñas roturas de fibras del tendón que ocasionan una pequeña hemorragia dentro del tendón. Si no se trata adecuadamente este pequeño acumulo de sangre puede calcificarse. Otras lesiones de mayor gravedad que afectan al tendón son las roturas parciales o totales del mismo.

Inserciones. La unión del tendón al hueso se denomina inserción. En estos puntos pueden existir lesiones muy frecuentes en deportistas jóvenes en crecimiento, que se denominan entesitis o tendinitis de inserción. Un ejemplo es la inserción del tendón rotuliano en la tibia ocasionando la enfermedad de Osgood Schlatter, típica de saltadores.

Tendinitis de Aquiles

Esta enfermedad se presenta como un dolor en el tendón de Aquiles y en la parte posterior del talón, más comúnmente el dolor se localiza en un área situada a 2-3 cm. por arriba del talón pero



Feet Center **Produtos 100% Gel Polímero**

Importador e Distribuidor Suavepie no Brasil



Feet Center - Importação, Exportação e Comércio.
Email: - feetcenter@hotmail.com

pueden ser a cualquier nivel del tendón.

Al comienzo de la enfermedad el dolor se presenta al inicio de la carrera o de un sprint. En algunos casos el dolor mejora con el ejercicio, pero a medida que la enfermedad avanza el dolor se hace constante.

Los factores que se asocian a la tendinitis de Aquiles son:

- Pronación excesiva del pie
- Pie cavo (arco excesivo)
- Tendón de Aquiles corto e inflexible
- Mala técnica de entrenamiento: entrenamiento en pendientes, entrenamiento de intervalos, distancias largas.

El diagnóstico se hace al encontrar dolor a la palpación del tendón de Aquiles. Puede haber inflamación. La disminución de la movilidad del tobillo (principalmente flexión dorsal) es frecuente por el dolor y hay falta de elasticidad del tendón.

En general no se necesitan estudios radiográficos, pero si se solicitan puede encontrarse datos que sugieren inflamación de los tejidos blandos y en casos muy crónicos, calcificaciones.

Más útil que las radiografías son el ultrasonido o la resonancia magnética nuclear.

Es importante es determinar si hay una ruptura parcial del tendón de Aquiles, esto es más frecuente en paciente con tendinitis crónica o con antecedentes de inyecciones de cortisona.

El tratamiento incluye:

- Masaje con hielo antes y después del entrenamiento
- Talonera de 1-1.5 cm. y/o plantillas.
- Calzado adecuado (acolchonado en la talonera)
- Analgésicos antiinflamatorios
- Reposo de la actividad deportiva por 3-6 semanas
- Modificación del entrenamiento
- Fisioterapia (estiramientos, ejercicios excéntricos, ultrasonido, fonoforésis).

Nunca se debe de realizar inyecciones de cortisona ya que se debilita el tendón y se corre el riesgo de ruptura.

El tratamiento quirúrgico solo se reserva para los casos recalcitrantes en que el tratamiento conservador ha fracasado. En éstos casos hacemos una limpieza abierta del tendón de Aquiles.

Tendinitis del tibial

Los músculos del compartimiento anterior son

el tibial anterior, el extensor largo del dedo gordo, y el extensor largo de los dedos, elevan el antepié y se contraen excéntricamente una vez que el talón toca el suelo. Los músculos soleo y gemelos, más voluminosos, tiran del pie hacia abajo. La fuerza generada con la sobrecarga puede lesionar los músculos del compartimiento anterior.

El dolor comienza después de que el talón golpea contra el suelo durante la carrera. Si se sigue corriendo, el dolor se hace constante. Con el tiempo se produce hipersensibilidad en un punto sobre el compartimiento muscular anterior.

El tratamiento incluye reposo deportivo, estiramiento de los músculos de la pantorrilla y fortalecimiento de los músculos del compartimiento anterior, realizando el ejercicio siguiente a días alternos.

1. Enrolla una toalla alrededor del asa de un cubo de agua vacío.

2. Siéntate en una mesa lo suficientemente alta que los pies no lleguen al suelo.

3. Coloca el asa del cubo sobre la parte frontal del zapato.

4. Levanta lentamente la parte frontal del pie flexionando el tobillo y después extiéndalo ligeramente. Haz este ejercicio 10 veces seguido de unos segundos de descanso, y después dos series más de 10.

5. Para aumentar la resistencia, añade agua al cubo.

Compartimiento posteromedial

Los músculos del compartimiento posteromedial son el flexor largo del dedo gordo, el flexor largo de los dedos y el tibial posterior. Supinan el antepié y elevan y evierten el talón inmediatamente antes del despegue del pie. El aumento de la tracción sobre estos músculos se produce por una pronación excesiva y por correr en pistas con inclinación lateral. La pronación excesiva hace que el arco caiga por debajo de lo normal, aumentando la fuerza necesaria para elevarlo durante la supinación. Se produce entonces una tendinitis.

Al continuar la carrera, el dolor puede progresar hacia los músculos. La tracción sobre el tibial posterior puede separar el músculo de su origen óseo, produciendo hemorragia subperióstica y periostitis. Con la tracción continuada se puede

Explore novos mercados.
Descubra novos clientes.
Desenvolva novas relações comerciais.

elemento d/a

de Sábado a Terça
das 10 às 20 horas

de 27 a 30 de Setembro | 2008

Pavilhão de Exposições do Anhembi
São Paulo - SP



Cosmética
Professional
18ª Feira Internacional da Beleza

Cosmética
Business
18ª Feira Internacional da Beleza



ilustrações: fshizue

www.cosmeticaexpo.com.br

Organização e Promoção



Filiadas à



Apoio



producir una separación parcial de la tibia.

El dolor suele comenzar de 2 a 20 cm. por encima del maléolo tibial. Se hace más intenso cuando se levantan los dedos o se evierte el pie. Con la carrera continuada, el dolor se desplaza hasta afectar la cara medial de la tibia, alcanzando hasta 5 a 10 cm. de la rodilla. Existe una hipersensibilidad localizada en la cara medial de la tibia en algún punto por encima del maléolo hasta inmediatamente por debajo de la rodilla.

El tratamiento consiste en interrumpir la carrera para evitar el dolor.

El uso de plantillas adecuadas con zapatillas neutras, con contrafuerte de talón rígido y soporte especial para el arco para limitar la pronación es importante, así como evitar la carrera en terreno con desnivel lateral y el fortalecimiento de los músculos lesionados por ejercicios de elevación de los dedos y movimientos de pronación.

1. Levanta lentamente los dedos, estando de pie, y después desciende lentamente sobre los talones. Hazlo diez veces, seguido de un minuto de descanso, y luego dos series más de diez.

Cuando realices el ejercicio con facilidad, utilice pesas cada vez mas pesadas.

2. Estando de pie gira los tobillos hacia afuera (eversión de los talones), de manera que la parte media del pie se separe del suelo y luego se vuelve a bajar para tocarlo de nuevo. Haz tres series de diez.

Si los músculos flexor largo de los dedos y tibial posterior sufren avulsión de sus inserciones en la cara posterior de la tibia, el tratamiento puede consistir en evitar la carrera durante un tiempo prolongado.

Fascitis plantar

Hay muchas causas potenciales de dolor en el área del talón, pero la gran mayoría de casos se deben a la irritación de la inserción de un tejido fuerte (fascia plantar) en el hueso del talón (calcáneo). Este tejido soporta el arco del pie y cuando su inserción se inflama, puede desarrollarse una condición crónica, dolorosa e invalidante. Este síndrome, denominado fascitis plantar, constituye una de las causas más frecuentes de dolor en el pie.

Síntomas

El síntoma primario de la fascitis plantar es el dolor localizado específicamente en el área de carga de peso del talón. Comúnmente es más severo durante los primeros pasos al levantarse de la cama, disminuye en cierta medida con la

actividad por la distensión de la fascia, y reaparece de nuevo tras un periodo de descanso. Rara vez hay inflamación visible, enrojecimiento, u otros cambios aparentes en la piel. Es frecuente entre personas que practican deportes, individuos con sobrepeso, personas con arco elevado o pie plano, y a menudo son mujeres con pies largos y estrechos.

Anatomía

La fascia plantar es un tejido fibroso grueso y tenso situado en la planta del pie que se inserta en el hueso del talón y se despliega hacia delante para anclarse en la base de los dedos. Su sobrecarga puede provocar desgarros en su inserción posterior con inflamación de los tejidos que la rodean incluyendo el hueso. Esto puede originar la aparición de un "espolón", que aparece en aproximadamente el 50% de los casos. El espolón es un fenómeno secundario y no el origen del dolor.

Tratamiento

Reposo

Utilice el dolor como guía. Disminuya su actividad o ejercicio.

Hielo

El masaje con hielo, preferiblemente un par de veces al día o al menos una vez al final del día. Se puede llenar una pequeña botella de plástico con agua y congelarla. Hacer rodar el talón y el arco del pie sobre la botella durante unos 20 minutos proporciona masaje, estiramiento y frío.

Fisioterapia

La fisioterapia puede ser útil, pero por su coste y gasto de tiempo, se emplea generalmente cuando han fracasado otros métodos de tratamiento. El objetivo inicial de la terapia física es disminuir la inflamación. Más tarde, se pueden potenciar los pequeños músculos del pie para que presten soporte a la fascia plantar debilitada.

Ortopédico

Existe una gran variedad de almohadillas para el talón o taloneras, y generalmente son útiles, utiliza aquella que te aconseje tu Podólogo. Las ortesis rígidas, particularmente duras y caras están rara vez indicadas. Los soportes blandos, con una almohadilla en el talón son los más eficaces. Están especialmente indicados en

individuos con pie plano o con pronación del antepié, recordando que siempre debes seguir las indicaciones de tu Podólogo.

Calzado

Los calzados con tacón blando y amplio, y con suela relativamente rígida proporcionan la máxima comodidad y protección. El calzado deportivo es aconsejable que si se utiliza ortesis sea neutro.

Esparadrapo

La aplicación de tiras de esparadrapo en toda la longitud de la fascia plantar puede ser muy eficaz, especialmente para el dolor agudo y la actividad deportiva. Al principio debe aplicarse a diario.

Férulas nocturnas

Las férulas nocturnas mantienen el pie extendido a nivel del tobillo, y son un método eficaz de tratamiento. Algunas férulas son bastante caras, pero hay alternativas en fibra de vidrio a un precio razonable.

Yesos

En casos extremadamente agudos o resistentes, la colocación de un yeso de marcha corto durante tres a seis semanas aliviará y ocasionalmente solucionará el problema.

Fármacos

Los analgésicos antiinflamatorios orales proporcionan alivio a muchos pacientes. Las inyecciones de corticoides y anestésicos locales pueden ser muy eficaces en casos resistentes. Deben ser administradas por un médico experimentado en esta técnica.

Cirugía

Rara vez está indicada. Sin embargo, tras 6 a 12 meses de tratamiento conservador, una liberación quirúrgica parcial de la fascia plantar puede estar indicada. La recuperación tras la intervención generalmente es lenta, a menudo no produce una curación completa, y tiene algunas complicaciones potenciales.

Ejercicios

Los ejercicios de estiramiento de la fascia plantar y del tendón de Aquiles y músculos de la pantorrilla son beneficiosos en la mayoría de los casos, y especialmente en gente con tendones de

Aquiles tensos que parecen especialmente susceptibles a esta condición.

Algunos ejercicios recomendables son los siguientes:

Coloque una toalla en frente de usted.

Con los dedos del pie afecto intente traer la toalla hacia usted. Aumente la resistencia con un peso en el extremo de la toalla. Haga varias repeticiones con descansos entre ellas.

Masajes con la pierna opuesta

Mueva su pie doloroso lentamente arriba y abajo sobre la espinilla de la otra pierna, tratando de rodearla con los dedos.

Estiramientos

Ponerse a cierta distancia de una mesa apoyando las manos sobre la misma, flexionando una rodilla y con la otra estirada. Lentamente inclínese hacia la mesa, presionando hacia delante hasta que sienta una tensión moderada en los músculos de la pantorrilla de la pierna estirada. Mantenga esta posición durante 15 segundos. Con ambos talones en el suelo, doble la rodilla de la pierna recta hasta sentir una tensión moderada en el tendón de Aquiles y mantenga esta posición otros 15 segundos.

Lesiones musculares en general

A grandes rasgos, existen diversos tipos de lesiones musculares, cada una de distinta gravedad.

Calambre

Es una contracción involuntaria de un músculo o de varios grupos de fibras musculares como consecuencia de haberlo sometido a un sobreesfuerzo.

Contractura

Es el incremento en la tensión del músculo en estado de relajación tras un esfuerzo prolongado. La recuperación oscila entre los cinco y los diez días.

Elongación

Es el sobreestiramiento de todo un músculo sin llegar a ocasionar un daño anatómico. No produce hematoma y el periodo de recuperación es corto, entre cinco y diez días.

Beauty Fair Estética

Beleza, saúde e bem-estar



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA



1º Simpósio Latino-Americano de Podologia

01/09/2008 - Expo Center Norte - SP

- Técnicas e procedimentos no aparelho ungueal
- Pé diabético: a patologia sob a ótica médica
- Pé diabético: quais as competências do podólogo
- Depoimento médico: a parceria médico e podólogo
- Últimos recursos para a onicocriptose

Inscrição: R\$ 60,00

Apoio educacional:



o conhecimento transforma



—BEAUTY FAIR—
Feira Latino-Americana de Cosméticos e Beleza

De 30 de agosto a 2 de setembro de 2008
Expo Center Norte - SP

Organização e realização: Beauty Fair Eventos e Promoções Ltda.
www.beautyfair.com.br - Informações: 11 5545-4633
E-mail: estetica@beautyfair.com.br

Rotura fibrilar

Interrupción en la continuidad de un grupo de fibras musculares que ocasiona una hemorragia local y la consiguiente respuesta reparativa. Según el músculo afectado y el número de fibras rotas el tiempo de recuperación oscila entre los quince días y los dos meses.

Rotura muscular

Es el mismo cuadro anterior, pero afectando a un número importante de fibras o a todo el músculo. Requiere tratamiento quirúrgico y el tiempo de recuperación es largo.

Contusión muscular

Ocasionada por la agresión de un agente externo, que choca contra el músculo y lo comprime contra la estructura ósea. Aparte de la lesión muscular, el golpe ocasiona un edema inflamatorio.

Tratamiento de las lesiones musculares.

Las lesiones que no implican una afectación anatómica suelen evolucionar de forma natural hacia la curación en un espacio de tiempo corto. En las contusiones y roturas, donde se produce un hematoma y es necesaria una cicatrización, la evolución es más incierta.

Las lesiones musculares son frecuentes, pero no suelen diagnosticarse ni tratarse adecuadamente. Si el paciente no recuerda el movimiento que causó la lesión y puede continuar con su actividad, suele tratarse de una lesión banal que se curará en un plazo máximo de una semana.

Si por el contrario recuerda el movimiento exacto que provocó la lesión y el dolor se reproduce al intentar continuar, la lesión puede ser más grave. Si no se trata adecuadamente, la lesión puede hacerse crónica.

La ausencia de calentamiento antes de comenzar la práctica deportiva o bien la realización de un calentamiento incorrecto es un factor que favorece la aparición de este tipo de lesiones.

Contracturas y elongaciones

- Reposo relativo para aquellas actividades que reproduzcan las molestias.
- Aplicación de calor (seco) durante un periodo de dos a cinco días.
- Se aconseja la aplicación de un masaje suave.
- Pueden administrarse fármacos (relajantes musculares).

Contusiones y roturas.

El tratamiento se divide en tres fases:

1ª Fase

Se ha formado el hematoma y el objetivo es reducirlo. Si el hematoma se localiza entre los fascículos musculares, la lesión tiene mejor pronóstico que si se sitúa dentro de un fascículo (hematoma intramuscular), que tiene peor pronóstico, precisa mayor periodo de curación y evoluciona con frecuencia hacia la cronificación. Suele durar entre 48 y 72 horas.

Se recomienda reposo absoluto del miembro o la zona lesionada. Se debe aplicar frío (crioterapia) durante las primeras 48 horas, de tres a cinco sesiones diarias de entre 15 y 20 minutos de duración. Es aconsejable interponer un paño húmedo entre la piel y la bolsa con hielo para evitar lesiones por frío.

Realizar un vendaje compresivo y elevar el miembro lesionado cuando la región lo permita.

Conviene tomar un antiinflamatorio no esteroideo y un relajante muscular.

Debe evitarse la práctica indiscriminada de masajes, ya que puede facilitar las hemorragias y la cronificación de la lesión.

2ª Fase: es la fase de cicatrización. El tratamiento va dirigido a lograr que la cicatriz sea lo menor y lo más funcional posible. En esta etapa se debe mantener el vendaje compresivo, aplicar calor mediante paños, bolsa de agua o manta eléctrica, también entre tres y cinco sesiones diarias de 15 a 20 minutos de duración.

A partir del tercer o quinto día es conveniente empezar a realizar contracciones musculares en reposo siempre que no ocasionen dolor. Han de repetirse varias veces al día con el fin de orientar adecuadamente el tejido que está cicatrizando.

La fisioterapia permite acortar el tiempo de recuperación. Son numerosas las técnicas empleadas en la actualidad: termoterapia, ultrasonidos, electroterapia, láser terapia, cinesiterapia... Se deben introducir las contracciones con movimiento y los estiramientos según vayan siendo soportados con malestar pero sin dolor.

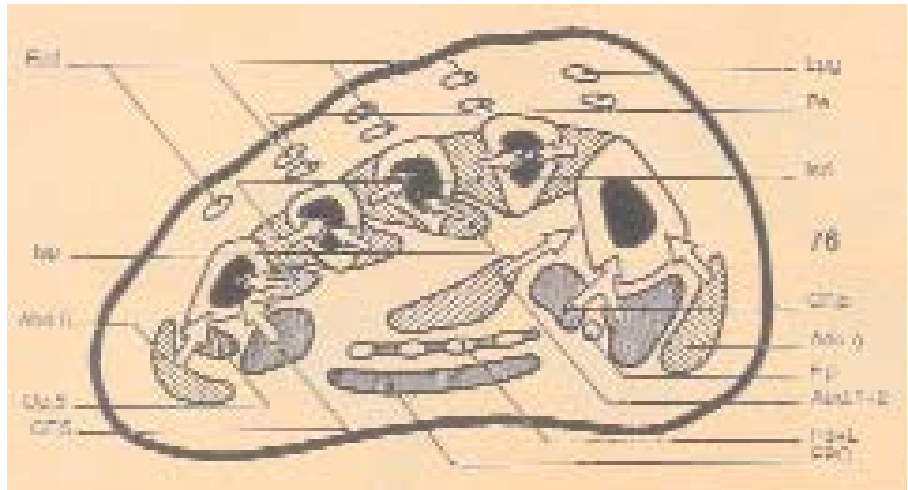
3ª Fase: reanudación progresiva de la actividad deportiva. Deben prevenirse nuevas lesiones realizando estiramientos de la musculatura afectada antes y después del ejercicio. □

Fisiología Articular.

A. I. Kapandji. Argentina.

Los músculos interóseos, al igual que en la mano, se dividen en dorsales y palmares (en el caso del pie se les denomina plantares), aunque su disposición es un tanto diferente (fig. 76: corte frontal, fragmento posterior): los cuatro interóseos dorsales (isd) están centrados en el segundo metatarsiano (en vez de en el tercero como es el caso de la mano) y se insertan (flechas blancas) en el dedo más próximo al segundo: 3° interóseo en el 3° dedo, 4° interóseo en el 4° dedo (fig 83).

Los tres interóseos plantares (isp) se insertan todos en el borde interno de los tres últimos



metatarsiano y terminan (fig. 84) en el dedo correspondiente al metatarsiano de origen.

La forma en la que terminan los interóseos del pie (fig. 77: vista dorsal del aparato extensor y fig. 79: vista lateral de los músculos de los dedos) es parecida a la mano:

- En la parte lateral de la base de la primera falange (1) y

- Mediante una lamina tendinosa (2) en la cintilla lateral (3) del tendón extensor.

De hecho, el tendón del extensor común (ecd) se inserta, como en la mano, en las tres falanges, por medio de:

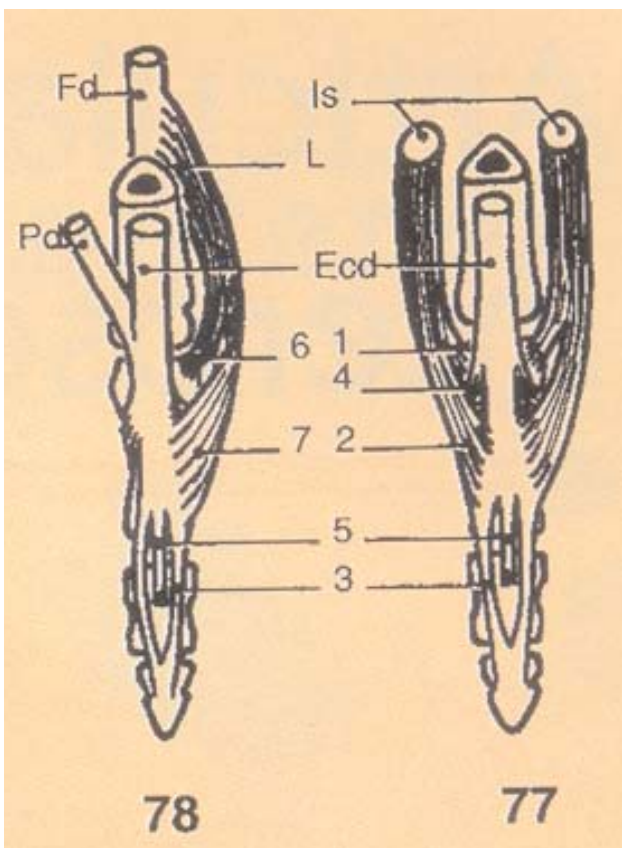
- Unas fibras (4) en los bordes de la primera falange (y no en la base);

- Una cintilla mediana (5) en la base de la segunda falange y

- Dos cintillas laterales (3) en la base de la tercera.

En la porción superior de la articulación metatarsofalángica (fig. 78: vista dorsal), el tendón extensor del segundo, tercer y cuarto dedos reciben, por su borde externo, el fino tendón del pedio (Pd).

Como en la mano, existen cuatro músculos lumbricales (Figs. 76, 78, y 88) anejos a los tendones del flexor común de los dedos del pie (homologo al FCP de los dedos de la mano). El tendón de cada lumbrical se dirige hacia dentro (fig. 88) para finalizar (figs. 78 y 79) como un interóseo: en la base de la primera falange (6) y en la cintilla lateral (7) del extensor.



Escola de Formação Técnica Profissional

Mag Estética
Beleza feita com Arte

Autorizada pela DER Centro-Sul em 15/08/2003

Pioneira em Micropigmentação no Brasil

MATRÍCULAS ABERTAS

(11) 6161-7763

CURSO QUALIFICAÇÃO BÁSICA DE PODOLOGIA

TERÇAS-FEIRAS: 13:00h ÀS 16:30h

QUARTAS E QUINTAS-FEIRAS: 9:30h ÀS 16:30h

Carga Horária Total: 400 horas, com 4 módulos de 100 horas.

- CURSO TÉCNICO ESTETICISTA
- CURSO TÉCNICO DE PODOLOGIA

INÍCIO EM 19 DE FEVEREIRO DE 2008

Para informações, ligue (11) 6161-7763

CURSOS LIVRES

- Pedicuro Calista
- Pedicuro Calista (aperfeiçoamento)
- Reflexologia Podal
- Manicure e Pedicure
- Unhas de Porcelana
- Unhas de Gel sem Lâmpada
- Unhas de Silicone
- Unhas de Nova York

Cursos individuais ou em grupos, com carga horária variável, de acordo com as necessidades do aluno.

Ligue e peça informações sobre os nossos demais cursos:
(11) 6161-7763



Kit Polimento de Unhas



Kit Unhas de Porcelana

ADQUIRA JÁ!
(11) 6161-7763



Kit Homeomag



Kit Podologia

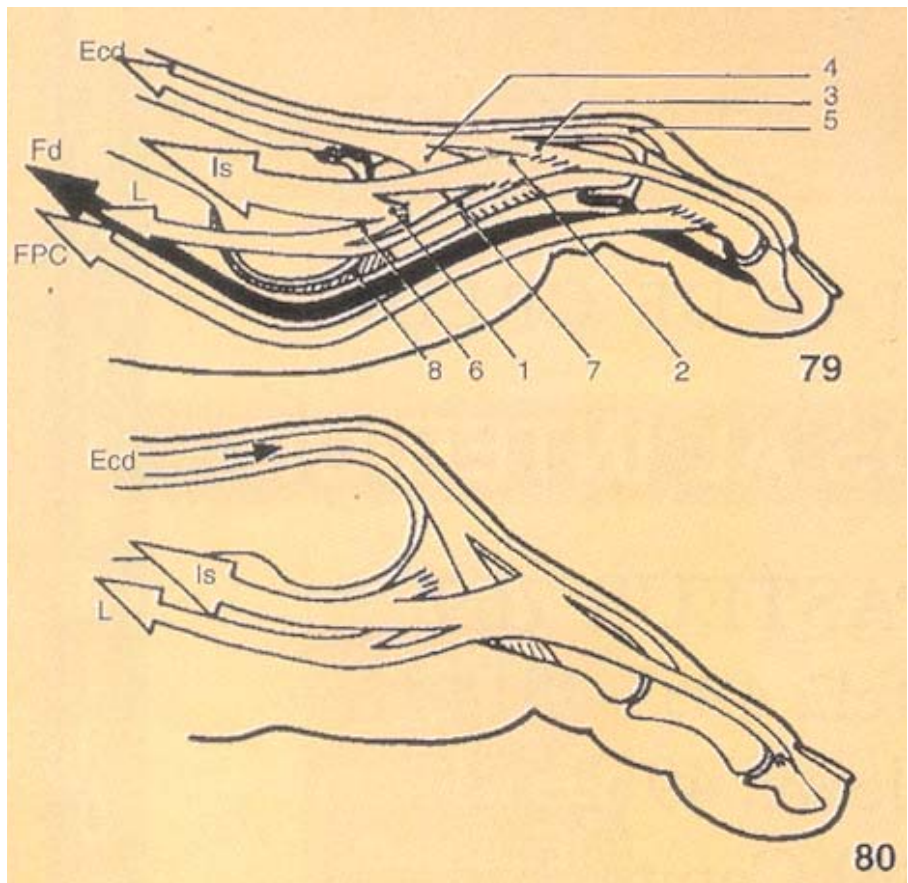
El tendón del flexor de los dedos, (fd) actúa como el FCP de los dedos (fig. 79 y fig. 88): pasa próximo al fibrocartilago glenoideo (8) de la matatarsofalángica para, a continuación, perfora el tendón del flexor plantar corto (FPC) y finalizar en la base de la tercera falange.

Por lo tanto, el flexor plantar corto, músculo intrínseco del pie, es el equivalente del FCS de los dedos de la mano: superficial, esta perforado por el precedente y finaliza en las caras laterales de la segunda falange.

El flexor de los dedos flexiona la tercera falange sobre la segunda (fig. 81). El flexor plantar corto flexiona la segunda falange sobre la primera. Los interóseos y los lumbricales, como en la mano, son (fig. 80) flexores de la primera falange y extensores de las dos últimas. Desempeñan un papel fundamental en la estabilización de los dedos.

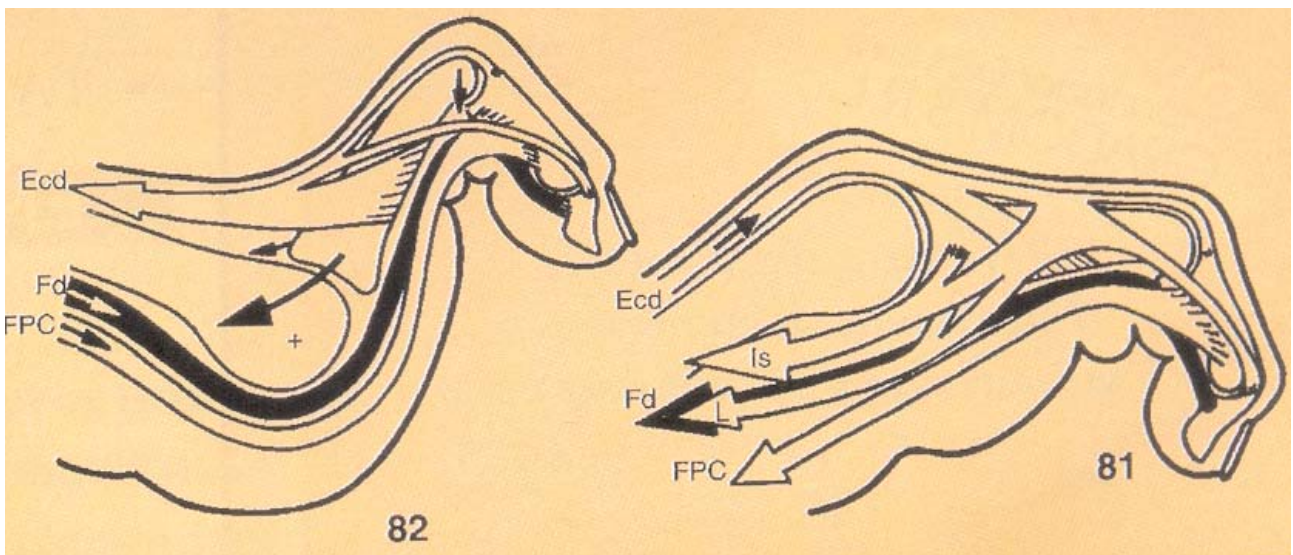
Flexionando la primera falange, proporcionan un punto de apoyo sólido a los extensores de los dedos como flexores de tobillo.

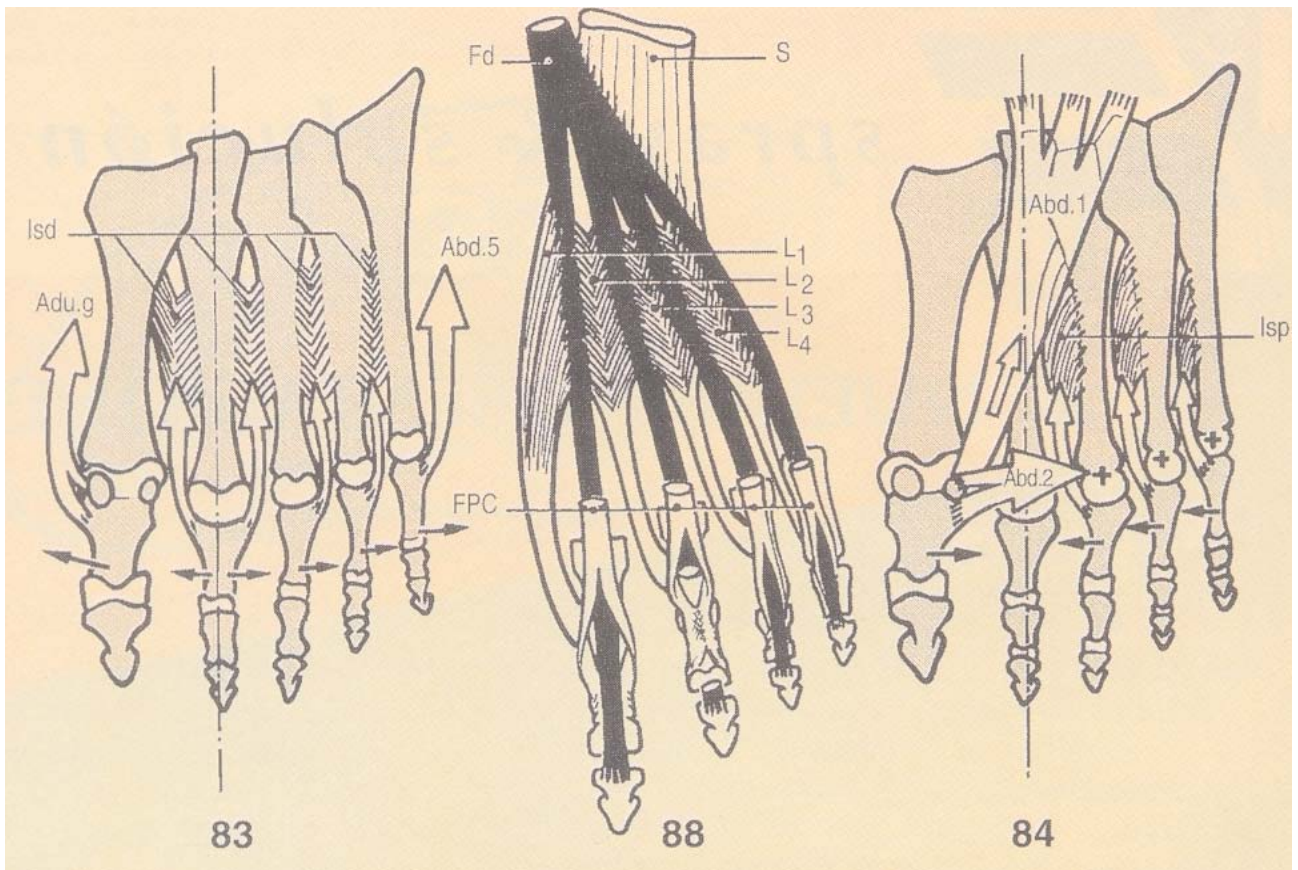
Cuando los interóseos y los lumbricales son insuficientes, se produce una deformación en "martillo" o en "garra" de los dedos del pie (fig. 82): los interóseos no estabilizan la primera falange,



de forma que, debido a la tracción del extensor, se hiperextiende para deslizarse por la cara dorsal de la cabeza del metatarsiano. En segundo plano, esta deformación se fija por la luxación dorsal de los interóseos, por arriba del eje (+) de la metatarsofalángica.

Además, las dos primeras falanges se flexionan debido al relativo acortamiento de los flexores, y esta deformación queda fija cuando la interfalángica proximal se luxa (flecha) entre las cintillas laterales del extensor, cuya acción se ve entonces invertida.

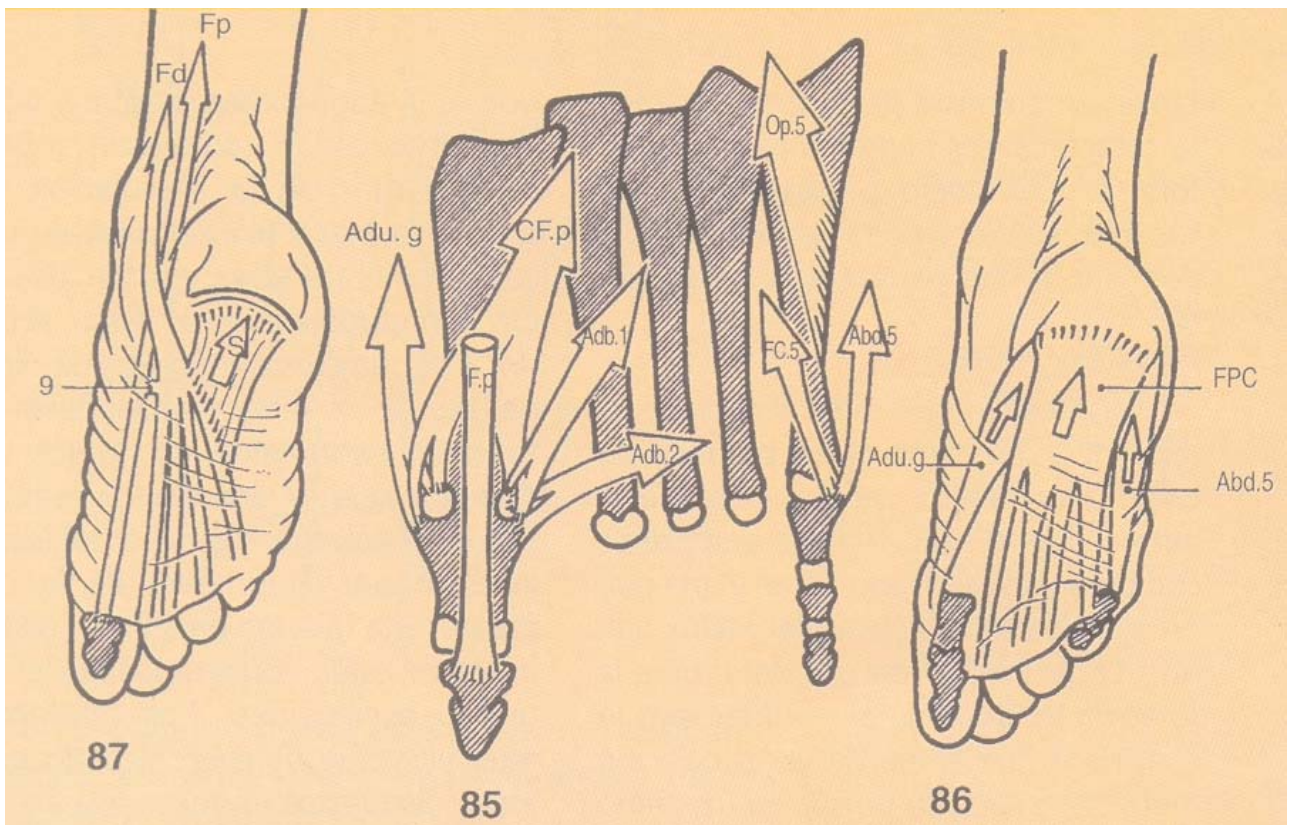




Como en la mano, la posición de los dedos depende pues del equilibrio entre los distintos músculos.

De forma que, como afirma Duchenne de Boulogne,

solo el pedio es realmente extensor de los dedos, y si los verdaderos extensores fuesen los flexores de tobillo se hubieran fijado directamente en los metatarsianos (Duchenn siempre dixit).



Músculo de la planta del pie

Los músculos de la planta del pie se disponen, desde la profundidad hasta la superficie, en tres planos.

- El plano profundo esta compuesto por los interóseos y los músculos anexos al 5° dedo y al dedo gordo:

- Los interóseos dorsales (fig. 83: vista inferior) poseen, además de su participación en la flexo-extensión, una acción de abducción de los dedos con respecto al eje del pie (segundo metatarsiano y segundo dedo). La separación del dedo gordo la realiza el abductor del dedo gordo (adu.g) y la abducción del quinto dedo la efectúa el abductor del quinto dedo (adb.5) estos dos músculos son los equivalentes de los interóseos dorsales;

- Los interóseos plantares (fig. 84: vista inferior) aproximan los tres últimos dedos al segundo. El dedo gordo se aproxima al eje del pie merced a su abductor, constituido por dos porciones:

- El abductor oblicuo (abd.1) que se origina en los huesos del tarso anterior.

- El abductor transverso (abd.2) que se adhiere al ligamento glenoideo de las tercer, cuarta y quinta articulaciones metatarsofalángicas y al ligamento intermetatarsiano profundo. Desplaza directamente hacia fuera la primera falange del dedo gordo y desempeña una función de sostén del arco anterior.

- Los músculos anexos al 5° dedo (fig. 85: vista inferior) son tres y se localiza en el compartimiento plantar externo:

- El oponente del 5° dedo (op.5) es la más profunda; se extiende desde el tarso anterior hasta el quinto metatarsiano, tiene una función análoga, aunque en menor grado, a la del oponente del 5° dedo: ahonda la bóveda y el arco anterior;

- Los otros dos músculos se insertan ambos en el tubérculo externo de la base de la primera falange. Son:

- El flexor corto del 5° dedo (FC.5) que se origina en el tarso anterior;

- El aductor del 5° dedo (Abd.5), citado anteriormente, cuyas inserciones posteriores se localizan (Fig. 86) en la tuberosidad posteroexterna del calcáneo y en la estiloides de del 5° metatarsiano. Es uno de los sostenes del arco externo.

- Los músculos anexos al dedo gordo (Fig. 85) son tres y se localizan en el compartimiento plantar interno (excepto el abductor). Se insertan en los tubérculos laterales de la base de la primera falange y en los dos huesos sesamoideos anexos a la metatarsofalángica del dedo gordo.

Este es el motivo por el cual también se les denomina músculos sesamoideos:

- En el lado interno, sesamoideo y falange reciben la porción interna del flexor corto (FC.p) y el abductor (Adu.g) que se origina en la tuberosidad posteroexterna del calcáneo (Fig. 86) y constituye uno de los sostenes del arco interno.

- En el lado externo, sesamoideo y falange reciben las dos porciones del abductor (Abd. 1 y 2) y la porción externa del flexor corto del dedo gordo (FC,p) que se origina en los huesos del tarso anterior.

Los músculos sesamoideos son potentes flexores del dedo gordo, desempeñan un papel importante en la estabilización del dedo gordo (insuficiencia = garra del dedo gordo bajo la acción del extensor corto) y en la primera fase del paso.

- El plano medio esta formado por los músculos flexores largos (fig. 87). El flexor común (Fd) cruza por debajo al flexor propio del dedo gordo (F. P) en la salida del canal calcáneo. Posteriormente cambian entre si una anastomosis tendinosa (9) tras lo cual el flexor común se dividen en cuatro tendones destinados a los cuatro últimos dedos. Los lumbricales nacen (fig. 88) de dos tendones vecinos excepto el primero (L1).

Cada tendón perfora para acabar en la tercera falange. La tracción oblicua de estos tendones se compensa por un músculo aplanado expandido por el eje de la planta (fig. 87) entre las tuberosidades posteriores del calcáneo y el borde externo del tendón del 5° metatarsiano: se trata del cuadro carnoso de Sylcius (S) o accesorio de flexor común.

- Su contracción simultánea corrige las desviaciones axiales de los tendones.

- El flexor propio del dedo gordo (F.p, figs. 85 y 87) se desliza entre los dos sesamoideos para insertarse en la segunda falange del dedo gordo a la que flexiona con fuerza.

- El plano superficial esta representado (fig. 86) por un solo músculo, incluido como flexor común en el compartimiento plantar medio, el flexor plantar corto (FPC), fijo por detrás en las tuberosidades posteriores del calcáneo y destinado a los cuatro últimos dedos. Es el equivalente del FCS de los dedos; sus tendones están perforados (Fig.88) y se insertan en la segunda falange, a la que flexionan. ▣

Nota extraída del libro Fisiología Articular de A. I. Kapandji. Ed. Médica Panamericana. Argentina. Nuevas técnicas quirúrgicas

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



En português



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

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

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

Autor dos livros:

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

Professor de Cursos de Doutorado para Licenciados em Medicina e Cirurgia, Cursos de aperfeiçoamento em Podologia, Aulas de prática do sexto curso dos Alunos de Medicina da Universidade Complutense de Madrid e da Aula Educativa da Unidade de Educação para a Saúde do Serviço de Medicina Preventiva do Hospital Clínico San Carlos de Madri.

Assistente, participante e palestrante em cursos, seminários, simpósios, jornadas, congressos e conferências sobre temas de Podologia.

Índice

Introdução - Lesões do pé

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

Capítulo 1

Explorações específicas.

- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

Exploração dermatológica.

Lesões dermatológicas.

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

Capítulo 3

Exploração articular.

Lesões articulares.

- Artropatias. - Cistos sinoviais.
- Sinovite. - Gota.
- Entorses do tornozelo.

Capítulo 4

Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.

Breve recordação dos músculos do pé.

Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.

- Tendinite do Aquiles.
- Tendinite do Tibial. - Fasceite plantar.
- Lesões musculares mais comuns.
- Câimbra. - Contratura. - Alongamento.
- Ruptura fibrilar. - Ruptura muscular.
- Contusões e rupturas.
- Ruptura parcial do tendão de Aquiles.
- Ruptura total do tendão de Aquiles.

Capítulo 5

Exploração vascular, arterial e venosa.

Exploração. Métodos de laboratório.

Lesões vasculares.

- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-flebitico.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Úlceras das extremidades inferiores.
- Úlceras arteriais. - Úlceras venosas.
- Varizes. - Tromboflebite.

Capítulo 6

Exploração neurológica.

Lesões neurológicas.

- Neuroma de Morton. - Ciática.

Capítulo 7

Exploração dos dedos e das unhas.

Lesões dos dedos.

Lesões das unhas.

Capítulo 8

Exploração da dor.

Lesões dolorosas do pé.

- Metatarsalgia.
- Talalgia. - Bursite.

Capítulo 9

Exploração óssea.

Lesões ósseas.

- Fraturas em geral.
- Fratura dos dedos do pé.
- Fratura dos metatarsianos.

Capítulo 10

Explorações complementares

- Podoscópio. - Fotopodograma.
- Pé plano. - Pé cavo.

Vendas: Mercobeauty Imp. e Exp. Ltda. Tel: (#55-11) 2292-8615
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

Cirugía Percutánea del Pie. (Minimal Incision Surgery - MIS).

Dr. Claudio Sapoznik - MN:91.400 - Argentina.

Se trata de una técnica quirúrgica a través de pequeñas incisiones (5 mm) por medio de la cual se realizan diversas prácticas en el pie con deformidad.

Los primeros intentos los desarrollaron los podiatras americanos como, Polokoff (1945), Prober (1960), Pritt (1970), más tarde los traumatólogos Stephen Isham (1980, mayor impulsor), Bosch (1990), De Prado y Ripoll (1995)

Como anestesia suele utilizarse el bloqueo regional del tobillo o mejor conocida como anestesia local, complementándose con una sedación (neuroleptoanalgesia) lo cual proporciona mayor confort al paciente.

Patologías a tratar:

- Hallux valgus (juanete)
- Hallux rigidus (artrosis del dedo gordo)
- Lesiones de huesos sesamoideos
- Hallux extensus
- Dedos en garra, martillo o en mazo
- Metatarsalgias
- Neuroma de Morton
- Enfermedad de Freiberg
- Clinodactilia
- Exostosis interdigitales
- Fascitis plantar
- Espolón calcáneo
- Enfermedad de Haglund

Detalles del procedimiento

Como detalle del procedimiento, el paciente es anestesiado minutos antes de la cirugía en región del tobillo, se efectúa la operación sin manguito hemostático o torniquete, se controla con rayos X, terminada la misma se utiliza un vendaje que deberá ser controlado periódicamente, se coloca una sandalia para posoperatorio y se retira del sanatorio, caminando, a las 2 o 3 horas de operado.

Obsevación

Comúnmente con la cirugía percutánea, no se utilizan implantes (clavos, tornillos, clavijas y otros), lo cual evita tener que retirarlos en el futuro.

Ventajas

- Mejor resultado cosmético
- Conservación de partes blandas
- Menor incidencia de pseudoartrosis (retardos en la consolidación)



- Menor dolor posoperatorio
- Mejor resultado funcional
- No requiere internación (ambulatoria)
- No requiere implante (por lo tanto no requiere nueva cirugía para retiro de implante)
- La anestesia la efectúa el cirujano
- Menor incidencia de trombosis venosa por no utilizar manguito hemostático

**Médico especialista en ortopedia y traumatología*

**Profesor adjunto de la Universidad Favaloro*

**Prof. adjunto de la Univ. Abierta Interamericana*

**Docente de la Universidad de Buenos Aires (Facultad de Medicina y Carrera de Kinesiología y Fisiatría)*

**Fellow en cirugía percutánea de pie en Clínica Reina Fabiola de Córdoba,*

Jefe de Servicio Dr. Juan Sánchez Pulgar.

**Fellow en cirugía percutánea de pie en el Hospital San Carlos de Murcia, España. Jefe de Servicio Dr. Mariano de Prado.*

**Miembro titular y de la comisión directiva de la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Pierna y Pie.*

**Coordinador de Cirugía del pie del Hospital Parmenio Piñero.*

Educadores en Salud.

Lic. Virginia Fedrizzi. Brasil.

Estuve participando de un evento de podología realizado en el mes de Abril de 2008, en Porto Alegre - RS, cuyo principal objetivo era el de establecer un contacto directo entre médicos de áreas afín de la podología y los propios podólogos. Algunas de las principales ideas y reflexiones sobre los asuntos tratados con toda propiedad en este evento están expresadas en este artículo.

Se trató de un rico intercambio de experiencias, una iniciativa mas, positiva realizada en Porto Alegre, proponiendo la continuidad y el refuerzo de un relacionamiento que esta siendo construido a los pocos, con base en el conocimiento y confianza mutuos. Es un importante paso para la afirmación de podólogo en su actuación en las áreas de la salud.

Médicos de las áreas de geriatría, dermatología, endocrinología, oftalmología y ortopedia colocaron nuevos conocimientos complementarios para el podólogo, orientando y sugiriendo caminos de profundización y de estudio para el profesional que debe acompañar los asuntos de la medicina y su evolución.

El podólogo es un profesional que debe estar habilitado para proporcionar calidad de vida a sus pacientes, pero este es un concepto que debe ser bien comprendido y practicado. Todavía es un atendimento puntual, con poca profundidad en el involucramiento del problema y su reflejo en los pies, y sus causas en los problemas de salud.

Los motivos que llevan a las personas a buscar los servicios de un podólogo son innúmeros, las posibilidades de investigación también crecen en varios niveles pudiendo sobrepasar o no la área medica.

Realidades como la disputa que todavía existe entre la área de enfermería y la área de podología con relación a cuestiones como la de procedimientos ambulatorios; o escasos reconocimiento de lo que es el tratamiento podológico por parte de los órganos de atendimento a la salud, dentro de los hospitales, UBS, entre otras, tiene dejado tanto los pacientes sin acceso a este tipo de beneficios, cuanto los podólogos sin el acceso las diferentes oportunidades de trabajo.

Existen muchas fallas en este proceso de inserción en áreas de la salud, pero la articulación y conducta de los podólogos entre si, de la forma como viene ocurriendo, tiene contribuido para su inexpresiva representatividad como categoría.

Muchos de ellos, a pesar de que ya conquistaron su certificación en cursos técnicos, continúan procediendo de manera cuestionable con relación a los colegas en cuestiones éticas y de relacionamiento. Lo que estos profesionales no tiene vislumbrado es

la necesidad de un desenvolvimiento de la cultura personal, de conocer los procedimientos éticos en el trato de la profesión, de la atención a la educación y al respeto. Su posicionamiento como un todo depende de la observación y su desenvolvimiento como persona y es este aspecto que puede hacer la diferencia en la participación del podólogo delante del trabajo que empieza a aparecer en el área de la salud publica y privada.

Fundamental también es que el estudio esté siempre presente, conocer y estudiar el paciente, catalogar sus experimentos y técnicas, paso-a-paso, acompañarlos, desarrollando técnicas propias y posteriormente publicándolas. Solamente de esa forma el conocimiento practico y todavía empírico dejará de estar presente apenas en el relato y pasara a hacer parte del registro para estudios y servirá para cualquier profesional como conocimiento, pudiendo servir para desenvolver cada vez más procedimientos para atender los diferentes tipos de situaciones. Que existe una dificultad para la mayoría de los podólogos en la integración medico-podólogo, eso ya es conocido en este medio.

Probablemente esto ocurre porque una vez que en el área medica tradicionalmente estudia y basan sus decisiones en los registros y estadísticas cuando hay asuntos de interés. Cuando los médicos necesitan validar o indicar procedimientos que serán realizados por otros, y como las fuentes de estos asuntos de podología son escasas, y todavía, donde la comprobación y validación de cualquier procedimiento o técnica se tornan empírica, el reconocimiento y la indicación de las mismas para sus pacientes se torna prácticamente improbable debido a los riesgos a que estén profesionales están sujetos, inclusive a nivel de la justicia.

A partir de este encuentro fue dada una importante énfasis sobre el momento de registrar, publicar e iniciar el proceso científico del trabajo de estos profesionales.

Mientras la medicina tiene procedimientos, estadísticas y legislación para todos sus actos, la podología en Brasil todavía es muy reciente, pero no menos importante.

Podólogos disertantes practican e incentivan el trabajo voluntario como forma de prestar un servicio, siendo esta una manera accesible y eficaz de divulgar esta actividad todavía poco conocida en nuestro país para una parte de la población que carece de cuidados.

Las posibilidades son muchas, tales como asilos, asociaciones, centros comunitarios, Apae, escuelas públicas, campañas en la calle, oportunidades reales para desenvolver habilidades como la sensi-

bilidad, la paciencia, la improvisación, el control emocional, entre otros.

Estos atributos deben ser desarrollados y valorizados porque todo tipo de paciente percibe estas características en un profesional de cualquier área, pero, principalmente muy valorizado por aquel considerado de la tercera edad.

Anciano no es una "categoría", por tanto, no son todos iguales, como se podría pensar, cada uno de ellos requiere la atención de formas variadas, desde la percepción de ton de voz, o el ritmo usado en el atendimiento debido a la sensibilidad de los pies, todo requiere mucha paciencia y dedicación.

El futuro próximo reserva un porcentual generoso de la población en la fase de los ancianos, y para este momento es prudente estar bien preparados con los conocimientos necesarios para prestarles el debido atendimiento.

El énfasis en COMO recibir quien llega para ser atendido, sin distinción de edad, sexo, creencia o raza, pasa a ser fundamental porque muchas veces los pacientes llegan con heridas, traumatizados, con dolor, inseguros por no conocer quien le va a prestar el atendimiento. Es importante desenvolver un relacionamiento a partir del momento en que él llega al consultorio.

Poco o nada resuelve tentar actuar en el pasado con relación a los relatos del paciente y sin analizar

lo que puede ser hecho HOY y seguir el tratamiento.

Hacer preguntas, descubrir hábitos de los pacientes, hace parte del tratamiento, porque una anamnesis bien hecha echa puede revelar el panorama real de quien esta delante del podólogo y puede servir para facilitar los estudios, en el caso de su publicación, podrá servir como instrumento de consultas para otros profesionales, que nunca tuvieran y probablemente nunca tendrán contacto con este paciente, pero podrá venir a auxiliar en la identificación de casos similares.

Salud es el todo de la persona

Cada paciente es unico y con él su mundo, su historia. Saber valorizar en él este individuo puede auxiliar en el éxito del tratamiento.

Educadores em Salud, son los podólogos !

Tiene un papel importante a ser ocupado en la sociedad, pues es a través de ellos, siempre cada vez mas profesionalizados y preparados para "ver" el paciente a través de los pies, que estarán los verdaderos agentes de orientación de los pacientes con relación al calzar, caminar, alimentarse, en fin vivir mejor.

*Consultora em Calzados
vfedrizzi@terra.com.br*



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 - 1° Piso - Buenos Aires - Argentina - Horario: 10 a 20 hs.

Tel: #54 11- 4631-2044 - Email: inpoar@gmail.com - inpoar@hotmail.com

