

revistapodologia .com

Nº 4 - Outubro 2005

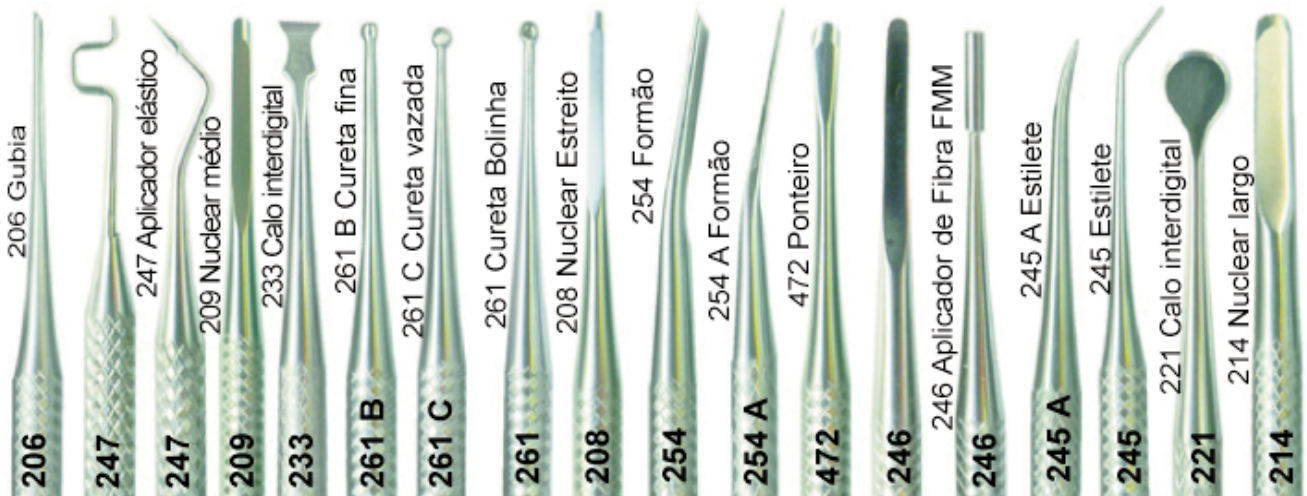
Revista Digital de Podologia

Gratuita - Idioma português.





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.

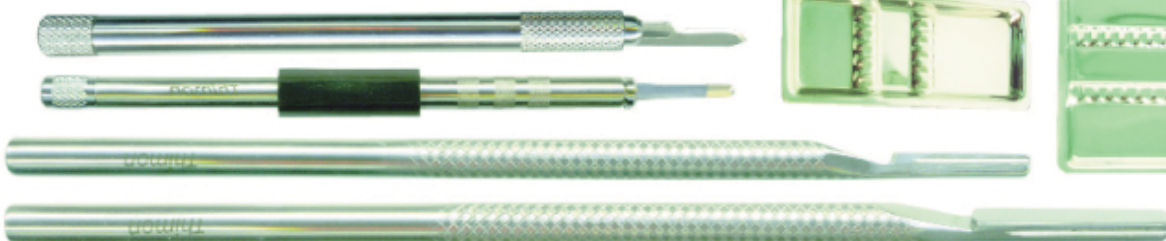


Dapen inox



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° 4
Octubre 2005

Direcora científica: Podóloga Márcia Nogueira
Direcor comercial: Sr. Alberto Grillo.

Colaboradores:

Podóloga Márcia Nogueira. **Brasil**
Pdga. Miriam Mesa Rosales. **Cuba**
Dr. Alberto Quirantes Hernández. **Cuba**
Dr. Leonel López Granja. **Cuba**
Dr. Vladimir Curbelo Serrano. **Cuba**
Dr. Jorge Jiménez Armada. **Cuba**
Dr. Alberto Quirantes Moreno. **Cuba**
Pdgo. Carlos Alberto Banegas. **Argentina**
Dra. Mónica Tenovsky. **Argentina**
Dr. Abnel Alecrim Andrade. **Brasil**
Pdga. María Eugenia Marquione. **Argentina**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 18

ÍNDICE

Pag.	
4	- Osteocondrites.
9	- Reflexologia Podal: Enxaqueca.
10	- Psoríase.
12	- Mesoterapia en Podología.
20	- Melhorar a qualidade de vida do paciente diabético.

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.

Osteocondrites.

Podologo Carlos Alberto Banegas - Podologa María Eugenia Marquione. **Argentina.**

Entende-se como osteocondrosis aqueles processos patológicos que afetam aos ossos jovens no seu centro de oxidação e crescimento e que tem como causa comum, os transtornos vasculares, associados a maior parte das vezes, com microtraumatismos reiterados.

E dizer, as forças que atuam sobre ossos em crescimento, com menor capacidade de resistir sobrecargas, ajudam a criar lesões isquêmicas nos diversos centros primários ou secundários de crescimento (1).

E comum, por tanto, que apareçam em sujeitos jovens, podendo afetar praticamente a totalidade dos ossos do pé (2). Esse tipo de lesões recebe diversos nomes, o qual pode levar-nos a um erro. Assim pode ver-se descritas como necroses assépticas, epifititis, apofisitis, osteocondritis, e osteocondrosis (3).

Na Figura 1 se descreve as mais freqüentes.

Processo de ossificação ou crescimento ósseo.

Durante o desenvolvimento, a maior parte dos ossos esta constituída por tecidos cartilagosos; logo no seno deste tecido se formam já durante a vida fetal, os pontos de oxidação que mandam a transformação da cartilagem em tecido ósseo definitivo. Estes são os ossos secundários ou de

origem endocondrial. Embora, outros ossos não vão precedidos de um esboço cartilaginoso, senão que se originam diretamente da transformação do conjuntivo em osso: são os ossos primários ou intramembranosos (4).

Lembremos que o tecido ósseo e uma forma rígida do tecido conetivo e se tem organizado em formas definitivas que constituem os ossos. Devido a sua rigidez brindam proteção a outros organismos, ou servem de inserção aos músculos, a contração destes move aos ossos que atuam como alavancas mecânicas.

Ossificação secundaria ou endocondrial

Desde o centro de oxidação da diáfises o processo de oxidação se expande ordenadamente para os epifisios ate completar o osso.

Até a finalização do processo, persiste entre as diáfises e epifises uma banda de cartilagem que se renova constantemente por mitoses ate os vinte ou vinte e cinco anos.

Assegurando o crescimento em distancia do osso.

Na figura 2 vemos um corte do extremo próximo de um osso largo em crescimento. As duas porções do osso - Epifises e Diafises - estão uni-

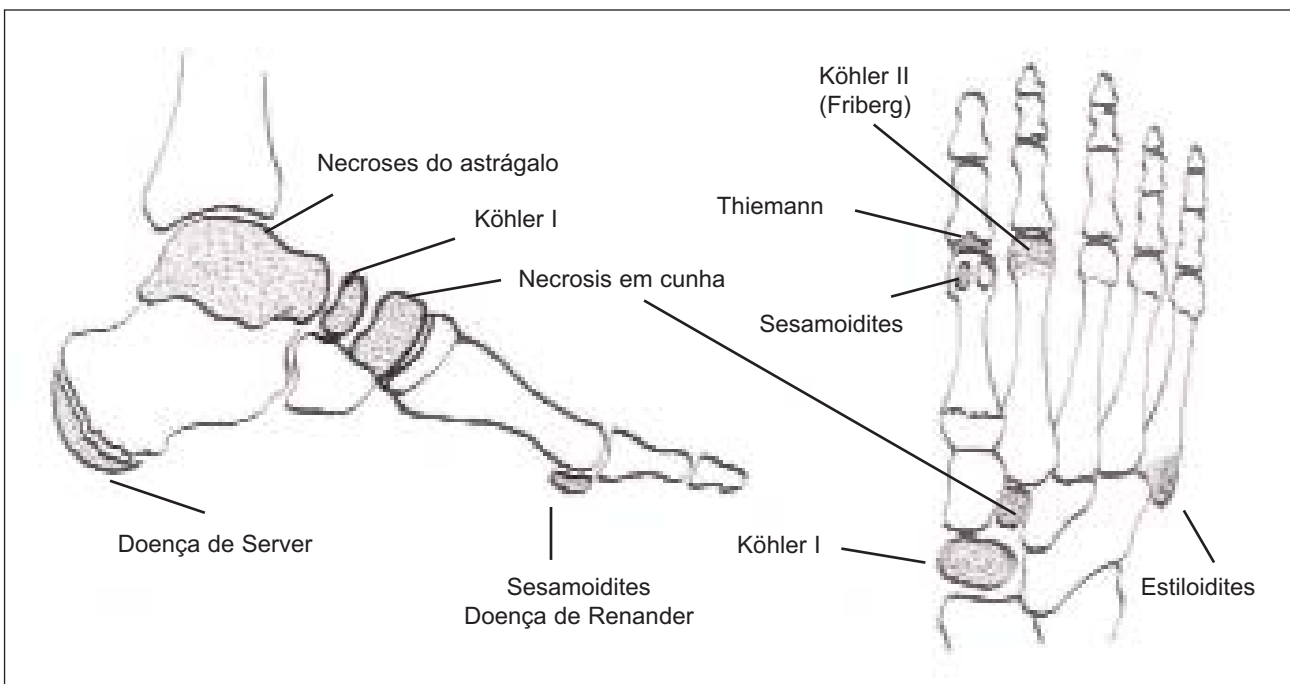


Fig. 1: Osteocondrites mais freqüentes nos ossos do pé.

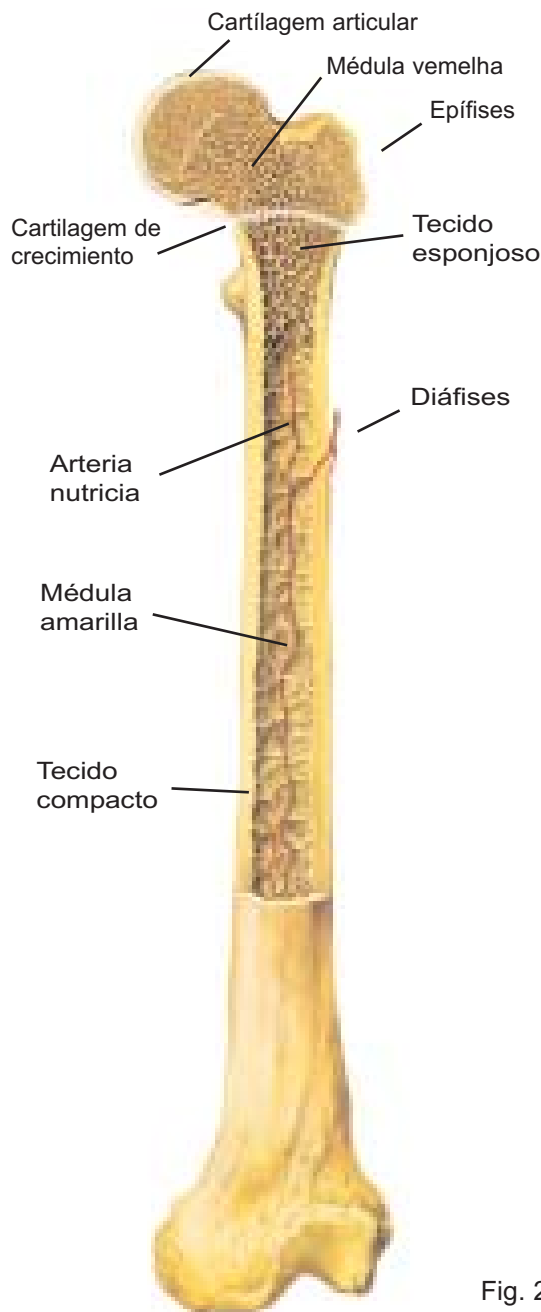


Fig. 2

das por uma capa firme de cartilagem em crescimento. Não é possível nenhum movimento. A articulação é temporária relacionada com o crescimento em longitude do corpo e denomina-se sincondroses. Quando para o crescimento esta articulação é reemplaçada pelo osso, formando uma sinostosis (6).

Sindroses: União imediata dos ossos por cartilagem: costelas ao esterno; sacro e osso ilíaco; vértebras entre si ou partes de um mesmo osso.

Sinostosis: União do osso adjacente por meio da matéria óssea: soldadura de epífises e diáfises; soldadura de ossos do crânio.

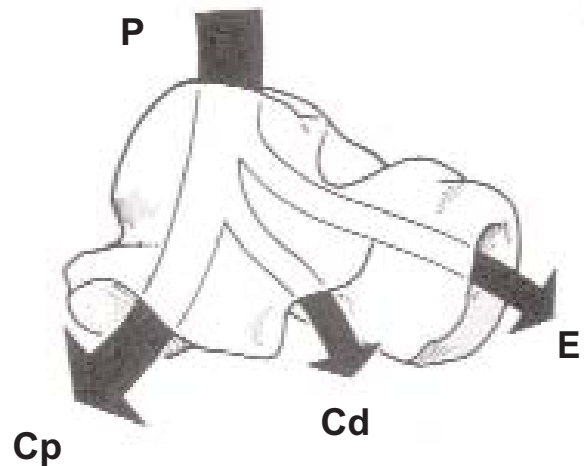


Fig. 3:

O astrágalo distribui a fuerça P que chega na fíbula, Cp- na subastragalina posterior, Ca- na subastragalina anterior, E- ao escafóides.

Epífises: São lesões fisarias ou desprendimento de uma epífises.

Osteonecroses do Astrágalo

É sabida a importância biomecânica do Astrágalo na distribuição da fuerça que chegam ao pé através dele (fig.3). Assim mesmo é um dos ossos pior irrigados da dita extremidade. Pelo que não é de estranhar a existência de fenômenos necróticos ou osteocondríticos ou dito nível. Podemos descrever necroses parciais do Astrágalo, segundo a maior ou menor afetação do osso ou de uma zona parcial dele. As necroses totais afetam todo o corpo do Astrágalo e geralmente são post-traumáticas, sendo excepcional as necroses que aparecem sem nenhum antecedente. Muito mais freqüente são as necroses parciais que possam localizar-se, sobre tudo, na cauda, e a troclea astragalina.

Quando afeta a cauda, se denomina síndrome e se apresenta preferentemente em bailarinas e futebolistas em quem é freqüente a colocação do pé em hiper extensão, com a cauda do astrágalo fica comprimida entre o reborde posterior da tíbia e o calcâneo. Este microtraumatismo repetido provocara a osteocondritis ao dito nível e não devera confundir com a fratura do Cloquet Shephard.

Clinicamente aparecera dor na zona posterior do Astrágalo por diante do calcânar de Aquiles que aumenta com o exercício e na posição do joelhos.

No Rx, a cauda do Astrágalo ou o osso Trígono

aparecera com um aspecto atigrado ou multifragmentado.

O tratamento, em ocasiões, consistira na extirpação cirúrgica da zona afetada por a osteocondritis da troclea astragalina pode localizar-se no angulo superointerno, considerada verdadeiras necroses assépticas produzidas pela lesão do vaso nutricao que penetra por debaixo do ligamento deltóideo, ou no angulo superoextremo, consideradas como fraturas subcondrales. São freqüentes em pacientes com instabilidade crônica do calcanhar, ainda que em outras ocasiões não se detectam antecedentes traumáticos (8).

Doença de Renander ou Osteocondrosis dos Sesamoideos

Clinicamente se apresentam de forma de metatarsalgia com uma dor especifica baixo a cabeça dos primeiros metatarsiano por micro traumatismo esportivos, bailarinos, tacos altos, pe cavo com rotação interna do antepe. A preferência, sexo feminino entre os 9 e 28 anos.

No Rx se observa uma pseudo fratura dos sesa-

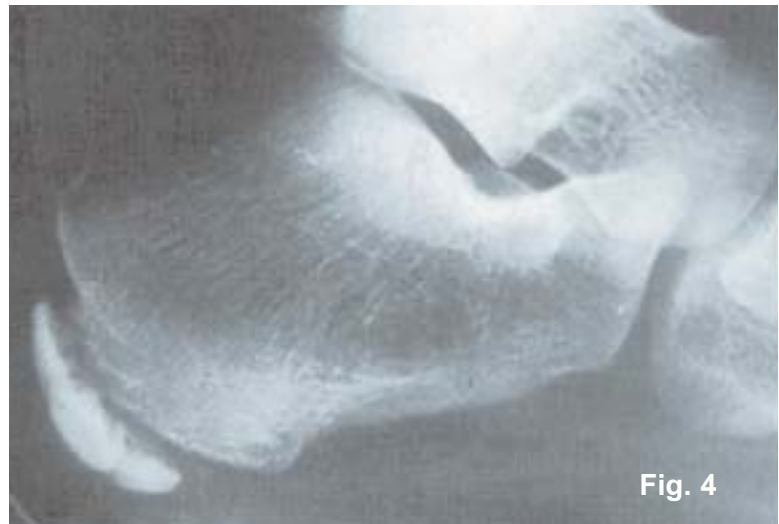


Fig. 4

moideos, não descartar o diagnostico diferencial com relação ao sesamoideo bipartito. (fig. 4)

O tratamento consiste em limitar toda possibilidade traumática e se confeccionara uma orteses de descarga para liberar a presas da cabeça do primeiro metatarsiano. O tratamento cirúrgico quase não existe.

Doença de Sever ou Epifisites Posterior do Calcâneo.

Na parte posterior do calcâneo se encontra o



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

ponto de ossificação secundário. A partir dos 8 até os 16 anos aproximadamente, em dita zona se pode dar uma osteocondrosis que se expressa com uma talalgia, depois de ter realizado algum tipo de esporte ou caminhadas prolongadas.

A dor pode claudicar a marcha, com uma dissimulada inflamação no calcanhar.

A causa deste quase desprendimento epifisiário esta produzida por uma sobrecarga no sistema Aquileo -Calcâneo-Plantar pelo uso de calçado plano, a violência dos esportes e a marcha forçada.

Estas situações isoladas ou combinadas farão que o núcleo epifisiário (forma de meia lua) se senta atraído de forma exagerada pelo calcanhar de Aquiles.

Na radiografia do calcâneo se pode observar a condensação óssea da epífises e a irregularidade da linha epifisiária. (ver fig. 5)

O tratamento consistira em distender o calcanhar de Aquiles elevando o talão (altura do salto de 4 a 6 cm).

Confeccionara-se uma orteses plantar do talão em goma espuma para amortecer os impactos, também se reduzirá temporariamente a atividade esportiva ou as largas caminhadas.

Doença de Kohler I ou Escafoiditis Tarsiana

No ano 1908 Kohler descobriu numa criança uma necroses do escafoídes.

Esta osteocondroses acontece em crianças entre 3 e 9 anos com uma dor direta a pressão sobre dito osso, que aumenta com a pronação do pé.

Muitas vezes esta afecção se descobre casualmente por outro tipo de exploração radiológica.

Na radiologia se observa o escafoídes aplanado e irregular.

É muito importante realizar Rx comparativas com o outro pé para determinar a bilateralidade da lesão. (ver fig.6).

Segundo Rochera, o escafoídes que esta no vértice da boveda plantar apresenta um importante compromisso mecânico, o qual se soma ao fato de que sua vascularização na infância e precária.

O tratamento esta enfocado para uma moderada deambulação com uma orteses que manten-



ha a boveda plantar para romper com a pronacção.

A patologia óssea pode ter seqüelas de esmagamento do escafoídes, o qual na idade adulta recebe o nome de doença de Muller-Weis (9).

Doença de Freiberg - Kohler II ou Epifisites Distal do Segundo Metatarsiano.

Apresenta-se clinicamente como uma metatarsialgia que pode incluir tumefacção dorsal.

Existe dor especifica na cabeça do meta comprometido.

Este tipo de osteonecroses e uma epifisites que pode assentar na cabeça do 2º, 3º e 4º e são

muito freqüentes no sexo feminino entre os 14 e 20 anos.

A causa desta afecção e de origem traumática, a compressão lateral que exerce o calçado e os saltos altos fomentam a má irrigação das epifises metatarsianas. No Rx se observa a triangulação, esmagamento e inchamento com um rodete osteofítico na periferia da cabeça do metatarsiano. (ver Fig.7)

O tratamento consiste em utilizar um calçado largo e baixo com uma ortesis plantar podológica com corredor descompressivo da cabeça do meta em questão.

Em alguns casos, cirurgicamente, se realiza uma limpeza articular por via dorsal. α

Bibliografia

1. Claustre J. y Dimeglio: "El pie de l'enfant"; Masson, Paris 1987.
2. Viladot, A. y González Casanova, J. C.: "Necrosis asépticas de los huesos del pie" Edit. Tratado de Cirugía, Tomo II; Toray, Barcelona 1989.
3. Mann, R. A.: "Cirugías del pie". Médica Panamericana, Buenos Aires 1987.
4. Fratelli Fabri: "Consulta Médica". Edit. S.R.L. Milán, Itália.
5. Pecci Saavedra - Vilar - Pelegrino de Iraldi: "Histología Médica". López Libreros Editores, Buenos Aires 1979.
6. Cunningham: "Manual de Anatomía" Volumen I; Intermédica Buenos Aires 1977.
7. Viladot Pericé: "Diez Lesiones Sobre Patología del Pie"; Ediciones Toray S.A., Barcelona 1979.
8. Mariano Nuñez - Samper - Luis Fernando - Llanos Alcázar: "Biomecánicas, medicina y cirugía del pie". Masson, Barcelona 1997.
9. Rochera, R. Aportaciones al conocimiento de la escafoíditis tarsiana. Chir Piede, 5:23, 1981.

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFEÇÕES!

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** PODLOGIA ESTÉTICA

Novo Telefax: (011) 6604-3030**
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL



HomeoFeet
Protetor para hidratação
Novidade!

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

Reflexologia Podal: Enxaqueca.

Dr. Abnel Alecrim Andrade - Fisioterapeuta - Especialista em Reflexoterapia - **Brasil.**

O que é ?

São dores de cabeça recorrentes, uni ou bilaterais, tipo pulsátil (que pulsa), de moderada a severa intensidade, acompanhada de vômitos, náuseas, sensibilidade à luz, distúrbios auditivos e visuais, podendo durar alguns minutos, ou até 72 horas. A proporção é de quatro a cinco mulheres para cada homem que é atingido pela enxaqueca.

Se os distúrbios visuais ou auditivos ocorrerem antes da cefaléia (dor de cabeça), chama-se de enxaqueca com aura, sem estes sintomas, enxaqueca sem aura.

Suas Causas ?

A enxaqueca é provocada pela queda da serotonina, substância que, entre outras funções, é um analgésico natural do corpo. A ciência ainda não sabe explicar, no entanto, o que provoca a diminuição da serotonina.

De acordo com a Dr^a. Jerusa Alecrim Andrade, Médica Acupunturista, especialista em enxaqueca, responsável pelo ambulatório de Acupuntura da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas), "muita gente sofre de enxaqueca e não sabe". De acordo com Jerusa, a doença atinge 35 milhões de brasileiros.

Os médicos descobriram, no entanto, que a tensão dos músculos localizados nas proximidades do local da dor não é causa, mas consequência de um processo desencadeado por um desequilíbrio na química cerebral.

Os percalços da vida moderna, como poucas horas de sono, servem de gatilho para que a alteração metabólica ocorra e desemboque em dor.

A enxaqueca é de caráter hereditário, embora a causa exata seja incerta. Com a vida moderna, a incidência aumentou. Suas crises podem ser iniciadas por estresse, desequilíbrio emocional, trauma, determinados alimentos (caféina, chocolate, álcool, queijos), mudanças de temperaturas, alterações hormonais em mulheres e sono incompleto.

Como Prevenir ?

A Enxaqueca não tem cura, e interferir no estilo de vida com mudança de hábitos, é uma alternativa muito eficaz para driblar a dor e a conviver com o problema. Só o remédio não resolve e cuidado, existem muitas pessoas que se entopem de analgésicos para aliviar a dor e o organismo acaba se acostumando. Dessa forma, o corpo não responde da forma esperada.

Evitar determinados alimentos (chocolate, queijos, caféina, álcool), estresse, fazer exercícios regularmente ajuda a conter as crises da enxaqueca.

Tratamento

- Reflexologia Podal;
- Acupuntura;
- Medicamentos para sair das crises;
- Medicamentos para prevenir as crises.

Reflexologia Podal e a Enxaqueca

A terapia preventiva através da Reflexologia Podal é muito útil para reduzir as crises de enxaqueca. É um método não medicamentoso, eficaz, seguro e sem efeito colateral.

O objetivo, é associar a Reflexologia com algumas medidas caseiras. Dormir cedo por exemplo, mesmo que não tenha sono, de preferência num quarto escuro. Com isso, o corpo produzirá a melatonina, substância que ajuda a produzir a serotonina, entre outras medidas.

A Reflexologia Podal é um método que apresenta uma resposta muito boa no combate do estresse.

Ela ajuda na normalização dos líquidos corporais, diminuindo a tensão muscular, descongestionando o fluxo da circulação sanguínea e linfática, aumentando ainda mais o poder curativo do corpo. A mudança de hábito ocorre à medida que o enxaquecoso (Pessoa acometida de enxaqueca), percebe que o seu estilo de vida interfere nas suas crises de enxaqueca.

Até então, aprender um pouco sobre a enxaqueca e, os fatores que predispoem as crises, combatendo de imediato o estresse, é o caminho ideal para o tratamento. ▣

O que é Psoríase ?

Podóloga Márcia Nogueira. **Brasil.**

A Psoríase é uma patologia dermatológica crônica, desencadeada pelo corpo humano através do sistema imunológico. Faz com que a pele se comporte como se houvesse um processo de cicatrização, inflamatório ou até uma reação alérgica. Embora, nenhum desses processos estejam instalados no organismo, as células da pele (queratócitos) se comportam como se houvesse uma lesão a ser reparada.

Essa reparação é feita no prazo de uma semana, células são formadas e empurradas para a superfície da pele. Esse excesso se acumula, resseca e descama, formando assim as placas descamativas, característica da Psoríase.

Essas placas são compostas de células mortas e a vermelhidão tem como causa, a irrigação sanguínea no local, o que favorece o crescimento

de novas células.

Não se tem conhecimento da causa exata dessa patologia, o que se tem conhecimento é que pesquisas demonstram que 30% dos casos são hereditários e que atinge indistintamente, homens e mulheres, entre 20 e 40 anos, sendo mais comum na raça branca.

Além do fator genético, outros fatores podem desencadear ou agravar a doença, como por exemplo: estresse emocional, traumas ou irritação da pele, baixa umidade no ar, o uso de alguns medicamentos e até ingestão alcoólica.

Existem vários tipos de Psoríase, que são classificados de acordo com o local, com o aspecto e com a gravidade.

São elas:



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



A. Psoríase em placas: é o tipo mais comum, com lesões róseas ou avermelhadas recobertas por escamas de cor branca.

B. Psoríase invertida: lesões vermelhas leves, que surgem normalmente em regiões de dobra, como axilas e virilhas.

C. Psoríase em gotas: segundo tipo mais comum, com lesões pequenas que se assemelham a gotas.

D. Psoríase palmo-plantar: lesões localizadas na palma das mãos ou na planta dos pés.

E. Psoríase eritodérmica: a forma mais grave e menos comum, com inflamações e manchas vermelhas em grandes áreas da pele.

F. Psoríase ungueal: quando as lesões de psoríase atacam as unhas, podendo fazer com que endureçam e se descolem do leito ungueal, é frequentemente confundida com onicomicose, devido à semelhança.

G. Artrite psoriática: uma pequena porcentagem de portadores de psoríase pode apresentar inflamações nas cartilagens e articulações, desenvolvendo dor física e dificuldade de locomoção.

H. Psoríase pustulosa: forma aguda, com pústulas amicrobianas (embora aparentem a presença de pus, as lesões não contêm bactérias)



Só o dermatologista pode identificar essa patologia, que não é contagiosa nem por transfusão de sangue. Existem medicamentos utilizados em quadros graves de Psoríase, que são eficazes, mas devem ser evitados na gravidez.

Uma mulher com Psoríase terá uma gravidez normal e em alguns casos, as lesões podem até melhorar.

Um dos tratamentos mais antigos, consiste na exposição ao sol em períodos controlados e muita hidratação.

Tomar atitudes que aliviam o estresse, cuidar da alimentação, não consumir bebidas alcoólicas e ter cuidados adequados e contínuos, como tratar rapidamente infecções na garganta, evitar queimaduras, cortes, traumas, evitar medicamentos que agravam o quadro e hidratar a pele diariamente, são medidas de grande valia para o bom andamento do tratamento, com consideráveis chances de melhora. ▣

www.revistapodologia.com

Desde 1997 en internet
informando a los profesionales

Desde o ano 1997 na internet
informando aos profissionais

Mesoterapia en Podologia

Dra. Mónica Tenovsky. **Argentina.**

"A ciência vive corrigindo-se a si mesma. Nela não existem idéias "definidas", cada conceito esta sujeito aos desafios que representam aos novos descobrimentos".

Carl Sagan

"Quando alguém deixa de aprender, deixa de escutar, deixa de olhar, e de fazer perguntar, sempre perguntas novas, então é tempo de morrer"
Santiago Ramón e Cajal

O que é a mesoterapia?

E uma conceição terapêutica nova e simples, aonde aproxima o medicamento ao lugar da patologia, com doses intradérmicas mínimas e regionais.

Etimologicamente:

MESO: meio-metade

TERAPIA: tratamento

MESO: e a capa intermediaria, entre o Ectodermo e o Endodermo.

Da origem ao tecido conjuntivo que forma a dermes, e é o lugar aonde se injeta o medicamento.

Qualidades da mesoterapia:

Medicina Alopática: os medicamentos são da farmacêutica Oficial.

Medicina ligeira: doses sempre baixas.

Medicina Parenteral: intradérmicas, às vezes subcutâneas, associado à Procaina.

Medicina Polivalente: tratam-se múltiplas patologias.

Medicina Regionalizada: no sitio mais perto a lesão.

Até a chegada desta técnica se usava a VO, IM ou EV. Valoriza a via ID demonstrando que o medicamento e capaz de chegar até o órgão afetado de localização mais profunda, se a infiltração se realiza na derme perto ao mesmo.

Mecanismo de ação

Ainda não se logro com certeza descobrir nos mecanismos de ação pelos quais atua a mesote-

rapia. Tentaremos de colocar as diversas teorías no seguinte quadro:

1- Modificação dos tecidos: induzida pela substancia farmacologicamente ativa injetada localmente.

2- Estimulação cutânea refilete: induzida pela própria injeção.

3- Estimulação imunizaria:

Lembrar que:

A injeção se praticara no território aonde reside ou irradia o signo funcional da doença.

O farmacêutico devera ser reconhecido pela farmacêutica Oficial.

A mesoterapia não inclui associações com o tratamento clássico pela via geral.

Usando agulhas de 4mm de largura ID ou SC se evitam abscessos.

Em pacientes com varizes ou teliangectacis se usara seringas com agulhas únicas, e não tem que trabalhar sobre nervos y/o verrugas.

A Mesoterapia é um ato exclusivamente medico já que prevê:

Um diagnostico

Um conhecimento farmacêutico

A instrumentação e sua pratica.

Aspectos farmacêuticos

A droga e liberada sempre a mesma velocidade, ou seja e constante, desta forma se suprimem os picos plasmáticos, que e quando se produzem os efeitos indesejáveis.

A via mesodermica possibilita:

a- Empregar doses mais baixas de medicamentos alopáticos, os quais aplicados perto da lesão nos dão um melhor resultado terapêutico com menores efeitos indesejáveis.

b- Elimina a possibilidade de irritação das mucosas digestivas (ulceras, gastrites). Evita a passagem hepática (cirroses, hepatite), que amais desnaturaliza e minimiza o potencial de ação das moléculas ativas.

Pontos fundamentais do mecanismo de ação da mesoterapia

O medicamento introduzido pela via mesoterápica, chega ao lugar aonde deve exercer sua ação.

Sua persistência no órgão destinatário e maior que por outras vias, por isso uma dose mínima pode exercer um efeito Máximo (esta atrasando sua passagem ao sangue).

A procaina presente em todas as misturas, e a que favorece a ação anterior.

Métodos de administração e materiais

Medicamentos

Substancias Constantes: Procaina - Lidocaina

Substancias Variáveis: antiinflamatório, vaso-activos, imunoestimulantes, enzimas, hormônios, misturas.

Todos pertencem a Farmacêutica Oficial, e devem cumprir com o seguinte pautas:

- Não devem produzir irritação local, dor, necrose, nódulos, no sitio de injeção.
- Ser solúvel na água.
- Baixo risco de reação adversa, alergia, intoxicação, etc.

Os constantes: intervem em todas as misturas, é a Procaina, pelo seu efeito "retard"

Procaina

É um analgésico local, efetivo e seguro. Início de ação rápida aos dois ou três minutos e dura em torno de uma hora segundo a concentração.

Ações sistemáticas:

Sistema Nervoso: provoca estimulação central, seguida de depressão.

Sistema Cardiovascular: prolonga o tempo de condução, diminui a irritabilidade.

Se Aumenta-se a dose, cai a tensão arterial, isto se deve à depressão cardíaca, a vasodilatação periférica e ao bloqueio ganglionar, aumenta a frequência cardíaca.

Efeito "retard": Isto lhe dá a categoria de medicamento do uso constante na mesoterapia.

De forma que a procaina consegue que as drogas permaneçam em concentrações farmacêuticas ativas na zona afetada ?

Possui a ação estabilizante da membrana, razão pela qual retraz a passagem de medicamentos aos capilares venenosos. Estes difundem pelo interstício chegando aos tecidos profundos em alta concentração. Liberação lenta.

Destino no organismo

Os metabolismos da procaina, 80% se eliminam pela urina: 30% passam pelo rim e outro pouco pelo fígado.

Lidocaina

É o de maior uso, ação mais rápida e duradoura, ao 0,5% da intoxicação.

Ações Sistemáticas:

Semelhantes as da procaina, aplicação local (da vasodilatação). A lidocaina se utiliza para analgesia local por infiltração, bloqueio nervoso, epidural e aplicações tópicas. Da-se em arritmias cardíacas post IAM.

Destino no organismo

A maior parte se degrada no fígado.

Procaina 1%

Lidocina 0,5%

Ação anestésica local: 3 ou 4 vezes mais intensa início da anestesia, 4 a 5 vezes mais rápida, maior duração do efeito.

Substancias variáveis

Os corticoides tem rara utilização na mesoterapia pelo perigo de necrose cutânea e atrofia do tecido celular subcutâneo, mais se são superficiais.

O tecido conjuntivo esta cheio de células imunocompetentes, pelo qual não se aconselha o corticoide porque é imunodepressora.

Excepção: patologias aonde se busca efeito depressor, por exemplo: Alopecia areata, eczemas, etc. Provocaria alteração microcirculatoria.

A via ID sempre serviu para a vacinação, se sabe que a resposta humoral e celular é maior que por outra via.

E que aporta de novo a mesoterapia?

Que se obtém maior resposta imunitaria vacinando mesoterapeuticamente, ou seja Atg + procaina, em baixas diluições em relação à vacinação com doses habituais. Usa-se em ORL.

Misturas: ter em conta: Antagonismo e Sinergismo.

Antagonismo: um medicamento pode inibir a ação do outro.

Sinergismo: a magnitude pode ser igual à soma de ambas ações $1+1=2$ ou maior $1+1=3$.

Qual é o benefício de usar as drogas sinérgicas em vez de uma sola a maior doses?

Utilizaram-se menos doses de cada uma e se evitam os efeitos adversos. Associar drogas de ação rápida e de ação lenta.

Técnicas

É considerada medicina alopática, pelo qual se requer da historia clinica, anamneses, exame físico

co e diagnóstico de certeza. Antes de iniciar o tratamento tem que avaliar onde infiltrar e a que profundidade.

Doses

Que são doses pequenas?

¼ das doses clássicas, e às vezes é suficiente com umas gotinhas e não cada 6, 8 ou 12 horas, senão 1 vez por semana, por mês ou talvez 1 só sessão.

Volumem

Máximo 3 ml, se usam diferentes seringas (porque não se pode misturar as drogas), se somam os volumem.

Exceção: celulites.

À medida que se avança na mesoterapia se usam menos quantidade de medicação, pero aumenta-se a concentração.

Se utilizarmos mesoperfusão os medicamentos serão em maior quantidade e mais diluído.

Medicamentos

No momento de escolher, devemos lembrar as incompatibilidades.

As misturas não levam mais de 1 ou 2 drogas mais a procaína.

A celulites e uma exceção.

Nas vacinas não aplicar mais de ¼ do vidrinho.

Freqüência

O intervalo da sessão mais curta seria 1 vez por semana, em patologias agudas, mas quando começa a melhorar, se vão espaçando.

Os esguinces, crises de gotas, laringites aguda etc. respondem bem com uma sessão.

Pistor diz:

"Pouco, raramente, em bom lugar e em bom momento"

Pouco: doses baixas.

Raramente: sessões não freqüentes.

Em bom lugar: marcar previamente o ponto correto, para não infiltrar em zonas de irradiação da dor.

Em bom momento: no período de máxima intensidade patológica ou de dor aguda.

Cada paciente tem sua indicação precisa, esta se desprende do diagnóstico de certeza.

"É UM ATO MEDICO"

Principais indicações

Afeição Dolorosa Reumática:

- osteoporoses
- artroses

- lumbalgia

- lumbociatalgia

Vasculopatia Periférica: DBT

Podologia

Neurologia

Dermatologia

Oftalmologia

Otorrinolaringologia

Geriatria

Ginecologia

Linfologia

Gastroenterologia

Neumonologia

Urologia - Nefrologia

Estomatologia

Medicina Estética

Outras disciplinas:

Veterinária

Odontologia

Medicina no Tradicional: Acupuntura

Homeopatia

Afeições do Desportista

- Muscular: alongações e contraturas e desgarrados.

- Articular: esguince leve e moderado, seqüelas, sinovi, bursites, condropatias.

- Tendinosa: tendinites aguda e subaguda, calcificante, tenosinovitis.

- Óssea: periostitis e distrofias.

- Env. Articular: bursites (higroma de cotovelo, retrocalcâneas, capsulitis)

- L. Sinovial: sinovitis do carpo, quiste sinovial, plica.

- L cartilaginosas: condropatia femoropatelar, lesão condrocostal.

Síndrome da cauda do astrágalo

Por extensão forçada do calcânhar, impacto entre a rabo do astrágalo e a maza tibial inferior, as lesões são só cartilaginosas, Rx negativo. 0,5 ml de mistura do xilo + AINE..Aqui se indica corticoides.

Fórmulas:

Diclofenac + procaína 1ml.

Piroxicam + procaína 1 ml.

Ketoprofeno + procaína 1ml

Buflomedil 0,5 ml + Thiomucase 0,5 ml + procaína 0,5 ml.

Calcitonina + procaína 1ml.

Osteoporoses

Diminuição da massa óssea, invalidante pela dor e ação, predisponente as fratura espontâne-

as, usamos calcitonina, esta inibe a reabsorção óssea, inibe a atividade osteolítica dos osteoblastos, ativa a maturação dos osteoblastos. Podem ser localizadas e generalizadas, primitivas e secundárias.

Aparte da mesoterapia, se dá cálcio VO, e tratamento coadjuvante: fisioterapia: raios infravermelhos, iontoforesis, contrator, ultra-som, diatermia, onda curta, raio laser, magnetoterapia.

Masoterapia: relaxamento muscular manual.

Kinesioterapia: exercícios para a articulação, descargadas.

Calcitonina Sandoz + procaína 2% 1 ml.

Infiltra-se sobre os pontos dolorosos e arredor do osso em forma de rafaga superficial.

Ritmo: formas agudas: semanalmente. Depois da 3° ou 4° sessão aparecera um efeito favorável, às vezes depois de um rebrote doloroso intenso, pelo qual NÃO deve suspender-se a meso, pelo contrario, e uma reação favorável pela parte do organismo ao tratameto. Passada a fase aguda, meso cada 15 dias, manutenção cada 3 meses.

Artroses

Alteração degenerativa do cartilagem articular e proliferação óssea subcondral, toma articulações moveis e semimoveis, o objetivo e acalmar a dor, melhorar a mecânica articular e prevêm artroses secundárias.

Utilizam-se: diclofenac, piroxicam, calcitonina, clorpromacina, cartilagem e medula óssea, ketoprofen, todas associadas à procaína a 2%, e todas 1ml.

Infiltra-se rodeado a articulação afetada, também a articulação homônima.

Ritmo: fase aguda 1 sessão por semana, logo cada 15 dias, logo 1 mês.

Mantenimento: 1 sessão cada um ou dois meses, mais os coadjuvantes.

Lumbalgia

80% se atribuem a hérnia discal ou a artroses vertebral, a meso tem uma indicação precisa.

Se usa:

Diclofenac 2 ml + procaína 2% 3 ml

Piroxicam 2 ml + procaína 3 ml

Ketoprofen 2 ml + procaína 3 ml

Clorpromacina 1 ml + procaína 4 ml

Infiltra-se ao longo dos músculos paravertebrais a 3 cm das espinhas dorsais.

A nível cervical aonde se inseram os trapézios, e na região sacro-ílica, 1 sessão por semana ate a calma e logo mensal ou bimensal.

Afeições do esportista

Patologia muscular

Diclofenac + procaína 1 ml

Piroxicam + procaína 1 ml

Ketoprofeno + procaína 1 ml

Buflomedil 0,5 ml + thiomucase 0,5 ml + procaína 0,5 ml

Nicergolina (Sermion) + procaína + thiomucase 0,5 ml

Calcitonina + procaína 1 ml

Câimbra: contração brusca e global de 1 músculo, involuntário.

Contratura: contração involuntária de grupos musculares muito dolorosas.

Elongação: excessivo estiramento. Lesão de miofibrilhas.

Ruptura fibrilar: sc da continuidade em miofibrilhas.

Desgarro muscular: ruptura mais importante

Desgarro aponeurótico agudo intrínseco: maior sintomatologia

Ruptura muscular: Lesão muito importante.

Extrínseco: contusão

Desgarro aponeurótico externo: seqüelas hérnia muscular

Favorecem aos acidentes musculares, as alterações iônicas, a desidratação, a hipertonia muscular, a espasmofilia.

Diagnostico por ecografia, Rx, termografia, RM, gamagrafia.

A mesoterapia e inútil se tem hematoma. Usa-se em distensões mínimas com repouso absoluto. Gelo e fisioterapia.

Na distensão com hematoma primeiro tem que fazer punção, e logo comprimir. Infiltra-se sobre a massa muscular afetada.

Ritmo: cada 3 ou 4 dias a primeira semana, logo 1 vez por semana. Pode treinar a partir dos 15 dias.

Patologia tendinosa

Injeção a ambos lados da projeção cutânea da zona do tendão inflamado.

Ritmo: 2 sessões a cada três ou quatro dias, logo 1 por semana, reinicia a atividade ao décimo dia.

As tendinites são simples, nodular (microdesgarros), calcificante aguda e crônica (hidroxiapatita).

As tenosinovitis são: exudativa, crepitante, estenosante. Fazer diagnostico diferencial com: bur-sites, aponeurosis, quiste sinovial, ruptura tendinosa.

Clinica:

Estado I: dor no repouso

Estado II: dor que para no fim do treinamento.

Estado III: dor durante o treinamento, e diminui

a intensidade do esforço.

Estado IV: dor que impede esforço.

Inspeção. Probas isométricas, Rx, xerografia, ecografia, escaner, RMN, termografia, gamagrafia, artografia.

Patologia articular

Pubalgia, Artropatia acrômio clavicular, Algodistrofia, esguinces.

Nem todos os esguinces se podem tratar com mesoterapia, se os moderados e leves. Vendagem. Infiltra-se na zona de projeção dos fascículos ligamentarios afetados.

Ritmo: geralmente 1 sessão e suficiente, ao retirar a vendagem tem que fazer outra sessão, na semana pode treinar.

Patologia óssea

Periostitis, Fratura por fadiga, Artropatias.

Simpaticolítico + AINE + calcitonina

Injeta-se a nível suprapúbico, e na inserção dos adutores.

Em tendinites isolada, AINE + VD, e outra igual que a anterior.

Artropatia acromioclavicular: diagnostica-se por Rx, se vem as microgeodas quase sempre no borde clavicular externo, a palpação e dolorosa.

Algodistrofia: p. Heparine ou Lofton + procaína + calcitonina (diminui o avermelhamento).

Mais freqüente se vê periostitis na tíbia, bordes anteriores e anteriointerno. Quando tem engrossamento nas crestas tibiais do tecido celulo-cutâneo: procaína + esberiven + thiomucase

Outros casos: procaína + p heparine + vit B12.

Fratura

Rx, e se tem duvida tomografia, e comum à fratura do: metatarso, tíbia, perônio, escafóides, tarsiano, calcâneo, rotula.

Usa-se: simpaticolítico + AINE + calcitonina.

Infiltra-se ao redor do osso afetado, a mistura e melhor que tenha clcitonina.

Ritmo: semanal.

Envolturas Articulares

Bursites (higroma de cotovelo), b. preaquilea ou retrocalcanea, capsulitis.

Lesão Sinovial: sinovitis do carpo, quiste sinovial, plica.

Higroma: proca + p heparine + 1 gota de AINE.

Se e muito grande 1º punzar. Fazer 2da sessão depois de 3 semanas.

Bursitis retrocalcanea: dco por ecografia. AINE + esberiven + thiomucase.

Capsulitis: do ombro, dor intensa, limitação,.

Mesoperfusão, com 6 agulhas, 3 em parte post do ombro e 3 na zona anterior misturada descontracturante. Sessões cada 10 dias.

Reabilitação em piscina.

Sinovitis do carpo: para injetar, dobrar a pele, usar AINE diluído. Na cara dorsal do carpo, semanalmente durante 15 dias.

Quiste sinovial: AINE no perímetro do quiste drenado.

Plica: resto sinovial que se inflama, se associa a s. rotuliano, tem pseudobloqueios. 2 a 3 sessões de mesoterapia com AINE diluídos.

Em traumatologia geralmente manda-se fazer 1 vez na semana, excepcionalmente 2 na 1ra semana, se ao termino de 3 sessões não se obtve melhoria, propor outra terapêutica.

Consideramos ademais, ligamentos, envolturas articulares, cartilagem.

Dermatologia:

Acne

Aftas

Alopecias

Balanitis

Botão de Oriente

Eczemas

Escaras de decúbito

Esclerodermia

Furúnculos

Herpes simple

Zoster

Intertrigo retroauricular

Liquenificacion

LES

Necrobiosis lipoidica

Neoplasias

Urodermitis

Onicopatias

Onicosis psoriásicas

Perniosis

Psoriasis

Prurigo

Pustulosis

Ulceras

Verrugas

Vitiligo

Xantelasma

E absolutamente lógico que se percam os limites a nível podológico, já que tem uma sorte das variações considerando a anatomia e fisiopatologia do pé, que este tem envoltura (a pele), que apresenta linfáticos, artérias, veias, ossos, articulações, glândulas, etc.

Olhando de uma forma pareceria como que nossos pés fossem alguém aparte dentro de nossas arquiteturas. ▣

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



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

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

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

Autor dos livros:

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

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

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

Índice

Introdução - Lesões do pé

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

Capítulo 1

Explorações específicas.

- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

Exploração dermatológica.

Lesões dermatológicas.

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

Capítulo 3

Exploração articular.

Lesões articulares.

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

Capítulo 4

Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.

Breve recordação dos músculos do pé.

Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.

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

Capítulo 5

Exploração vascular, arterial e venosa.

Exploração. Métodos de laboratório.

Lesões vasculares.

- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-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: shop virtual www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com



www.revistapodologia.com

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

Desde o ano 1997 na internet
informando aos 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

Melhorar a Qualidade de Vida do Paciente Diabético.

Dres. Alberto Quirantes Hernández¹, Leonel López Granja², Vladimir Curbelo Serrano², Jorge Jiménez Armada², Alberto Quirantes Moreno³, Podologa Miriam Mesa Rosales⁴. **Cuba.**

1-Especialista de II Grau em Endocrinologia. 2-Especialista de I Grau em Medicina Interna.

3-Especialista de I Grau em Medicina General Integral. 4-Profesora Área Práctica de Podlogia.

Programa "Mejorar la Calidad de Vida del Paciente Diabético". Resultados finales sobre mortalidad. Hospital Docente "Dr. Salvador Allende" y Facultad de Medicina "Dr. Salvador Allende" del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana - Cuba. Municipio Cerro, ciudad de La Habana.

Resumo

Apresentam-se os resultados finais sobre mortalidade do programa 'Melhorar a qualidade de Vida do Diabético' desenvolvido no município Cerro da cidade de Habana. Analisa-se a mortalidade destes doentes no território investigado e comparando aos dois anos precedentes ao programa (1995-1996) com os quatro anos em que foi aplicado (1997-2000). Comparam-se as cifras encontradas com as do resto do país analisando-se por sexo e por grupos etários. Em todos os casos o crescimento foi maior no município Cerro.

A porcentagem de falecidos por cetoacidoses e coma diabéticos em relação ao total de falecidos por diabetes não se modificou em nenhum dos territórios comparados, menos nos dois últimos anos da investigação que se produz uma baixa, por demais evidente, no município Cerro. O programa que aqui se apresenta se baseia na aplicação de um código de conduta que desenhamos para os pacientes diabéticos que decidimos chamar 'As 7 Leis do êxito do paciente diabético' e na inter-relação efetiva entre os níveis de saúde primário e secundário.

I - Introdução

Na declaração das Américas sobre a Diabetes pode ler-se 'que se tem oportunidade para melhorar a assistência e ao mesmo tempo baixar o custo por paciente, prestando atenção ao desenvolvimento e a utilização mais adequada da assistência ambulatoria e comunitária.

Igualmente importante e a necessidade de incluir as pessoas com diabetes no time de assistência sanitária para que logrem um maior grau de autocuidado e de qualidade de vida'(1).

Em nosso hospital docente 'Dr. Salvador Allende' e em estreita coordenação com o nível de atenção primária de saúde de nosso município aplicamos durante quatro anos um programa que decidimos chamar 'melhorar a qualidade da vida do diabético' com o fim de tentar diminuir a mor-

talidade, as complicações e os custos desta doença (2,3,4). Em este trabalho oferecemos os resultados que encontramos em relação à mortalidade dos pacientes diabéticos do município Cerro.

II - Material e Método

A continuação se expor as características do programa e o método seguido para a análise da mortalidade dos pacientes diabéticos.

Estrutura do programa

1) O programa foi denominado 'melhorar a qualidade da vida do diabético' e como base operativa do mesmo foi selecionada a unidade funcional independente desde o ponto de vista administrativo mais simples do país que é o município. Em nosso caso se determinou que fosse o município Cerro que é aonde se encontra localizado o Hospital Docente ' Dr. Salvador Allende'. Este município se encontra situado aproximadamente no centro geográfico da Cidade da Habana e tem uma superfície de 10.2 Km quadrados. Quando começou a aplicar-se o programa recém começado no ano 1997 contava com uma população de 5,156 diabéticos para uma taxa de 38,1 por 1000 habitantes.

Ao finalizar o programa concluído no ano 2000, os diabéticos registrados ascendiam a 5,430 doentes para uma taxa de 38,3 por mil habitantes.

2) A este nível municipal e criado um grupo multidisciplinar de trabalho (GMT) composto por pessoal medico do hospital e que é parte do nível de atenção secundário da saúde (NASS), junto com membros do nível de atenção primaria de saúde (NAPS) com o fim de estruturar, hierarquizar, coordenar e controlar todo o relativo ao programa.

3) O time da NASS esteve composto por especialistas do maior nível científico e docente que

estiveram vinculados diretamente ao diabetes mellitus através de suas respectivas especialidades e estas foram Endocrinologia e Medicina Interna.

4) A equipe da NAPS esteve representada por médicos especialistas em medicina Geral Integral e esteve constituído pelo subdiretor de assistência médica, o responsável pelas doenças crônicas não transmissíveis e um membro do centro de higiene e epidemiologia, todos do nível municipal, assim como um médico facilitador em diabetes mellitus por cada um dos 12 grupos básicos de trabalho (GBT) em que se encontra agrupados os 190 médicos dos respectivos consultórios da atenção primária de saúde com que conta o município. A sua vez, estes GBT pertencem, também de maneira proporcional, aos quatro policlínicos municipais.

Dinâmica do programa

O programa se fez funcionar através de um mecanismo de cascata em duas etapas que foram controladas e avaliadas através de reuniões mensais do GMT.

A primeira etapa do programa começou em 1997, e no primeiro trimestre desse ano se deram pela NASS cursos para todos os médicos da NAPS, incluindo seus dirigentes, os que seguiram oferecendo nos três anos posteriores para todos os médicos da NAPS que iam incorporando a laborar no município.

Os cursos, de 20 horas de duração e divididos em cinco dias, foram de atualização em diabetes mellitus e de orientação em quanto à aplicabilidade e na população diabética de todo o município de um código de conduta para estes doentes, estruturados pela NASS, e que foi chamado '**As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético**'.

Elas são:

- 1- Educação diabetológica para os diabéticos e seus familiares.
- 2- Assistência trimestral a consulta médica de controle.
- 3- Assistência mensal a consulta de podologia.
- 4- Assistência semestral a consulta de estomatologia.
- 5- Alcançar e manter o peso ideal seguindo a dieta indicada.
- 6- Praticar sistematicamente atividades físicas de acordo a idade e ao estado de saúde.
- 7- A lei do 'NÃO':
 - Não tabagismo
 - Não alcoolismo
 - Não drogar-se

A segunda etapa foi desenvolvida em todos os consultórios da NAPS aonde em cada um deles existe uma população diabética que compreende entre 20 e 30 pacientes os que foram reunidos junto com seus familiares uma vez ao mês em plenárias de instrução diabetológica para oferecer-lhes conferências educativas sobre doença, instruir-los em 'As 7 leis do êxito do paciente diabético' e controlar-los no seu cumprimento.

As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético

É uma mensagem compacta e fácil que, ao repetir-la com frequência, se converteu no reforço constante desta ferramenta educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem argumentada, a que atuam determinado modo para eliminar da maneira mais completa possível os fatores de risco que favorecem a aparição das complicações derivadas desta doença.

As 7 leis do êxito do paciente diabético foram desenhadas tomando em conta as seguintes considerações. Tem sido demonstrado que a melhor controle da glicemia, tem menos complicações derivadas desta doença (5). A melhor maneira de alcançar este controle e através de uma educação diabetológica adequada que pode ser instrumentada decisivamente com o cumprimento das duas primeiras leis. Ademais, ambas permitem controlar sistematicamente o cumprimento das cinco restantes.

Devemos ter em conta que com só o cumprimento da Segunda Lei já se esta garantindo a identificação antecipada de qualquer problema de saúde que apresente o diabético, que o paciente tenha acesso oportuno a qualquer outra especialidade em que precise ser atendido, a realização das investigações complementarias que precisem, a verificação do controle metabólico do próprio doente e ainda a determinadas ações educativas no limitado tempo de uma consulta

Com o cumprimento da Primeira Lei se completa, se detalha e se aperfeiçoa a educação diabetológica do paciente e de seus familiares, arma preciosa em nosso arsenal terapêutico.

Em relação à Terceira Lei, a visita mensal ao podólogo, se deve ter em mente que a principal causa de ingresso hospitalar em muitos países são as lesões ulceradas dos pés (6). Por tanto, e tendo em conta o elevado custo material e em sofrimento humano do pé diabético, primeira causa de amputação não traumática, decidimos considerar como crucial para o diabético a visita sistemática a consulta de podologia pois em esta

especialidade é aonde se realiza o exame mais direto e minucioso dos pés da maneira sistemática, e em etapas anteriores se podem tomar medidas oportunas as mais irrelevantes alterações que possam aparecer nos pés destes doentes, somando ao anterior a labor educativa constante do podólogo nas repetidas visitas do paciente diabético (7, 8).

Ainda que o angiologista também joga um papel preponderante em relação aos pés destes doentes, lamentavelmente os pacientes que vão ou são remetidos a estas especialidade e porque já apresentam manifestações clínicas em membros inferiores de diversos graus e quase sempre de certa magnitude e uma vez de alta, os pés destes doentes não são revisados por estes especialistas com a frequência e sistematicidade com que o faz um podólogo.

A Quarta Lei, a visita semestral ao estomatologista de forma preventiva, permite evitar ou detectar a tempo lesões sépticas bucais de diferentes causas, caries dentais, doenças periodontais, etc., que de existir mais ou menos inadvertidamente estabeleceriam uma nefanda inter-relação com níveis não ideais de glicemia que a sua vez ajudariam para a aparição, permanência ou agravamento das complicações derivadas das hiperglicemias mantidas, incluídas as antes descritas.

A Quinta Lei, alcançar ou manter o peso ideal seguindo a dieta indicada e a Sexta Lei, praticar sistematicamente atividades físicas, instruem ao paciente a que segure ou alcance o peso ideal através da dieta indicada e de uma atividade física sistemática de acordo a idade e ao estado de saúde.

Um cambio favorável no estilo de vida que inclua ambos parâmetros influiria decisiva e favoravelmente no controle metabólico do paciente diabético e na prevenção de complicações invalidantes e perigosas detalhes (9,10,11,12,13,14). O estresse oxidativo visto como facilitador das complicações da diabetes mellitus pode ser neutralizado eficazmente através do cumprimento de ambas Leis (15).

A Sétima Lei, não tabagismo, não alcoolismo e não drogas, e de acionar negativo ou pela omissão as adições ao tabaco, ao álcool e as drogas. Adotaríamos uma posição ingenuamente reducionista si nos limitarmos a preconizar que o paciente diabético deve evitar estas perniciosas adições ao igual que qualquer outra pessoa comum e corrente que deseja proteger sua saúde e sua vida.

Na diabetes mellitus a pratica de qualquer destes aditivos adquirem uma dimensão negativa notavelmente agigantada, aonde ademais de descuidar-se a atenção na doença nos casos aonde se produzem estados de consciência alterados, assim como desfavoráveis desequilíbrios económicos em detrimento de um bom cuidado da doença, se atenta contra a boa circulação sanguínea pelos mecanismos vaso-constritores do tabaco e da cocaína, se favorecem as sepsis inoculadas com o uso freqüente e inapropriado de injeções endovenosas que também traumatizam repetidamente as valiosas veias do diabético e se provocam estados de hipoglicemia alcoólica nos bebedores habituais (15,26).

Controle do programa

O programa foi aplicado durante os quatro anos compreendidos entre 1997 e 2000, ambos inclusive, e o controle sobre suas etapas se realizou através das reuniões mensais do GMT que foram complementadas em um 100%. Na primeira etapa foram oferecidos onze cursos de atualização em diabetes mellitus aos que assistiram o 96.9% dos médicos do NAPS e da direção municipal da atenção primaria de saúde. Na segunda etapa se constato que se realizaram 8,292 plenárias de instrução diabetologica (91% do total possível) as que somaram 206,400 assistência/pacientes (86.2% do total possível).

O método que foi observado para analisar a mortalidade entre os pacientes diabéticos consistiu em obter a cifra de todos os diabéticos falecidos e entre eles os que foram por cetoacidosis e coma diabética (coma diabética com ou sem cetoasidosis, coma hiperosmolar e coma hipoglicemico) tanto no território que compreende o município Cerro como no que corresponde ao resto do país, comparando-se as cifras encontradas no biênio previo a aplicação do programa (1995-1996) com os dois biênios posteriores (1997-1998 e 1999-2000) e que representam os quatro anos em que foi aplicado o programa. Em ambas etapas se compararam as cifras encontradas nas duas zonas analisadas, município e país, a fim de precisar se entre ambas se encontro alguma diferença.

Em relação à mortalidade total se precisa em ambos territórios teve alguma porcentagem de decrescimento deste indicador nas etapas de tempo analisadas assim como por sexo e grupos etários (0-19, 20-39, 40-59 e maiores de 60 anos de idade).

A respeito dos falecidos que tiveram em seus certificados de óbito os diagnósticos de cetoaci-

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

dosis e coma diabética, se compara a representatividade percentual destas causas de morte com o total dos falecidos em cada um dos biênios estudados nos dois territórios que se investigaram. Posteriormente se analisa se teve algum por cento de decréscimo destas complicações em cada um dos biênios em que foi dividida esta investigação.

Os dados analisados se obtiveram da Direção Nacional de Estatística do Ministério da Saúde Pública de Cuba.

III - Resultados

Na tabela I se compara a porcentagem do decréscimo da mortalidade por diabetes mellitus nos dois biênios em que foi aplicado o programa e que se comparam com o biênio precedente, tanto no município Cerro como no resto do país. Ainda que nos dois territórios comparados possa observar-se um decréscimo progressivo, este é significativamente maior nos falecidos no município Cerro.

Na tabela II se realiza a mesma análise comparativa mas agora entre sexos e se confirma que tanto entre homens como entre mulheres, o maior decréscimo se observa entre os falecidos do município Cerro.

Na tabela III a investigação é realizada entre os diferentes grupos etários que foram considerados em este trabalho.

Deve-se fazer notar que no município Cerros e durante os quatro anos da aplicação do programa só se constataram quatro falecidos entre menores de 40 anos, menos da metade dos nove que se encontraram nos dois anos precedentes antes que se iniciara o programa. Nenhum desses quatro falecidos se encontrava no grupo dos menores de 20 anos de idade. Este comportamento contrasta com os falecidos do resto do país em que, comparativamente, a mortalidade diminui de forma moderada e apenas se evidencia esta diminuição entre os menores de 20 anos de idade.

Entre maiores de 40 anos também a mortalidade diminui de maneira muito mais evidente no município Cerro que no resto do país.

Na tabela IV se analisa a mortalidade por cetoacidosis e coma diabética e nela apresenta-se o percentual desta entidade como causa direta da morte em pacientes diabéticos. Nos dois territórios e nos biênios estudados se sustenta em cifra estável os falecimentos encontrados por esta causa, salvo no último biênio investigado (1999-2000) e no município Cerro, em que esta causa de morte diminui de maneira

apreciável.

Na tabela V se apresenta em valor absoluto o decréscimo dos falecidos por cetoacidosis e coma diabética, constatando-se uma maior diminuição nos dois biênios após programa no município Cerro que nos casos reportados no resto do país.

IV - Discussão

Com nossos resultados demonstramos que desenvolvendo um programa que não só exponha os que deve fazer no manejo do paciente diabético, senão que defina claramente o 'como fazer-lo' se pode alcançar resultados altamente satisfatórios.

O programa 'Melhorar a Qualidade de Vida do Diabético' foi baseado em dois pilotes complementados estreitamente entre si:

- O primeiro deles consistiu em empregar da maneira mais eficiente possível a inter-relação que deve existir entre os níveis de atenção da saúde primária e secundária utilizando os mecanismos oficialmente criados para seu obrigatório cumprimento.

- O segundo piloto consistiu em dotar ao programa de uma importante ferramenta de trabalho de base científica e educativa e que se ergue como um código de conduta para o paciente diabético e que denominamos 'As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético'. Este código de conduta se concedeu de forma que fora fácil e de simples lembrança por parte de todos (os pacientes, seus familiares e o pessoal da saúde), de fácil aplicabilidade, verificável, de baixo custo e de provada efetividade.

Não resulta ocioso que reiteremos, dada sua importância, que foi relatado como 'uma mensagem compacta e fácil que, ao repetir-lo com frequência, se tornaria o reforço constante desta ferramenta educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem argumentada, a que atuem determinado modo para eliminar da maneira mais completa possível os fatores de risco que favorecem a aparição das complicações derivadas desta doença'

Os diabéticos não bem controlados tem um risco superior de morte em relação aos não diabéticos e esta doença consome grandes partidas do orçamento de saúde de qualquer país. Conhece-se que nos Estados Unidos se invertem anualmente mais de 98 bilhões de dólares em gastos derivados desta doença (17,18). A única maneira de reverter esta tendência e através da educação preventiva que conduz a câmbios e definitivos no estilo de vida dos pacientes diabéticos (19,20).

Tabela I - Mortalidade por diabetes mellitus. Estudo comparativo de seu tratamento por biênios no município Cerro e em Cuba.

TERRITORIO				
	CERRO		CUBA	
Bienios Biênios	Fallecidos Falecidos	% Decrecimiento Decrecimento	Fallecidos Falecidos	% Decrecimiento Decrecimento
95-96	126	0.0	5,100	0.0
*97-98	63	- 50.0	3,481	- 31.7
99-00	47	- 62.7	2,745	- 46.2

* Ano do começo do programa - Fonte: Direção Nacional de Estatística - Ministério da Saúde Pública

Tabela II - Mortalidade por diabetes mellitus. Estudo comparativo de comportamento por biênios e por sexo no município Cerro e em Cuba.

TERRITORIO								
	CERRO				CUBA			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
Bienios Biênios	Fallecidos Falecidos	% Decreci- miento	Fallecidos Falecidos	% Decreci- miento	Fallecidos Falecidos	% Decreci- miento	Fallecidos Falecidos	% Decreci- miento
95-96	84	0.0	42	0.0	3,346	0.0	1,754	0.0
* 97-98	37	- 56.0	26	- 38.1	2,192	-34.5	1,289	26.6
99-00	32	- 61.9	15	- 64.1	1,788	- 46.6	957	45.3

* Ano do começo do programa - Fonte: Direção Nacional de Estatística - Ministério da Saúde Pública

Tabela III - Mortalidade por diabetes mellitus. Estudo comparativo de seu tratamento por biênios e por grupos etários no município Cerro e em Cuba.

MUNICIPIO CERRO								
GRUPOS ETARIOS								
	0 - 19		20 - 39		40 - 59		+ 60	
Bienios	Nº	% Decrec.	Nº	% Decrec.	Nº	% Decrec.	Nº	% Decrec.
95-96	1	0.0	8	0.0	24	0.0	93	0.0
* 97-98	0	-100.0	3	- 62.5	7	- 70.8	53	- 43.0
99-00	0	- 100.0	1	- 87.5	3	- 87.5	43	- 53.8
CUBA								
GRUPOS ETARIOS								
	0 - 19		20 - 39		40 - 59		+ 60	
Bienios	Nº	% Decrec.	Nº	% Decrec.	Nº	% Decrec.	Nº	% Decrec.
95-96	12	0.0	261	0.0	902	0.0	3,925	0.0
* 97-98	13	8.3	192	- 26.4	626	- 30.6	2,650	- 32.5
99-00	10	- 16.7	148	- 43.3	528	- 41.5	2,059	- 47.5

* Ano do começo do programa - Fonte: Direção Nacional de Estatística - Ministério da Saúde Pública

Tabela IV - Mortalidade por cetoacidosis e coma diabética. Estudo comparativos por biênios e em relação ao total de falecidos no município Cerro e em Cuba.

TERRITORIO						
	CERRO			CUBA		
Bienios	Fallecidos	Cetoacidosis y coma	% del total	Fallecidos	Cetoacidosis y coma	% del total
95-96	126	9	7.1	5,100	377	7.4
* 97-98	63	5	7.9	3,481	293	8.4
99-00	47	2	4.2	2,745	220	8.0

* Ano do começo do programa - Fonte: Direção Nacional de Estatística - Ministério da Saúde Pública

Tabela V - Mortalidade por cetoacidosis e coma diabética. Estudo comparativo de seu comportamento entre biênios no município Cerro e em Cuba.

	T E R R I T O R I O			
	C E R R O		C U B A	
Bienios	Cetoacidosis y coma	% decremento	Cetoacidosis y coma	% decremento
95 - 96	9	0.0	377	0.0
* 97 - 98	5	- 44.4	293	- 22.3
99 - 00	2	- 77.8	220	- 41.6

* Ano do começo do programa - Fonte: Direção Nacional de Estatística - Ministério da Saúde Pública

Agradecimentos:

Lic. Armando H. Seuc

Doctor en Ciencias Matemáticas
Investigador Titular - Profesor Asistente
Instituto Nacional de Angiología

MSc. Ana G. López Fernández

Licenciada en Matemáticas
Profesora de Informática Médica
Facultad de Medicina "Dr. Salvador Allende"

Pela colaboração prestada na revisão deste trabalho:

Dr. Alberto Quirantes Hernández

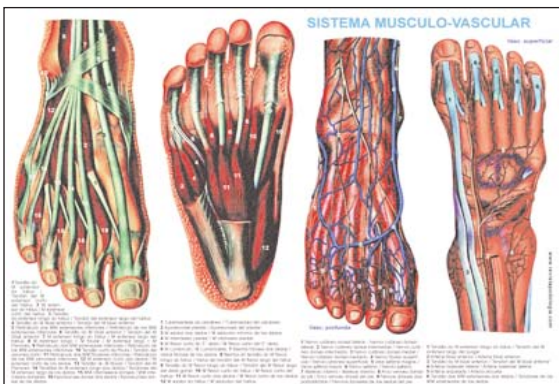
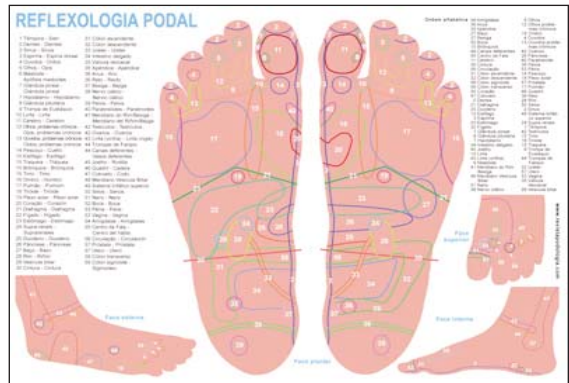
Profesor de Medicina - Jefe del Servicio de
Endocrinología - Hospital Docente Clínico
Quirúrgico "Dr. Salvador Allende"
Municipio Cerro
Ciudad de la Habana - CUBA.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Alleyne, G.: La diabetes: una declaración para las Américas. Bol Of Sanit Panam 1996; 12(5):461-66.
- 2- Quirantes Hernández, A., López Granja, L., Curbelo Serrano, V., Montano Luna, A., Machado Leyva, P., Quirantes Moreno, A.: La Calidad de la Vida del Paciente Diabético. Rev Cub Med Gen Integr 2000; 16(1):50-6.
- 3- Quirantes Hernández, A., López Granja, L., Curbelo Serrano, V., Jiménez Armada, J., Tubau Campos, F., Quirantes Moreno, A.: Programa piloto municipal "Mejorar la Calidad de la Vida del Diabético". Resultados sobre mortalidad, complicaciones y costos en la diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(3):227-32.
- 4- Quirantes Hernández, A., López Granja, L., Curbelo Serrano, V., Montano Luna, A., Machado Leyva, P., Quirantes Moreno, A.: La Calidad de la Vida del Paciente Diabético Rev El Hospital 2003; 59(1):36-41.
- 5- Menzin, J., Langley-Hawthorne, C., Friedman, M. et al.: Potential short-term economic benefits of improved glycemic control. A managed care perspective. Diabetes Care 2001; 24:51-5.
- 6- Armstrong, D.G.: 10 key principles in diabetes care. Podiatry Tod 2001; 14(3):28-36.
- 7- Mason, J., O'Keefe, C., McIntosh, A. Et al.: A systematic review of foot ulcers in patients with type 2 diabetes: prevention. Diabetic Med 1999; 16:801-62.
- 8- Faglia, E., Favales, F., Morabito, A.: New ulcerations, new major amputation, and survival rates in diabetic subjects hospitalized for foot ulcerations from 1990 to 1995. A 6.5-year follow-up. Diabetes Care 2001; 24:78-82.
- 9- Martinson, B.C., O'Connor, P.J., Pronk, N.P.: Physical inactivity and short-term all-cause mortality in adults with chronic disease. Arch Intern Med 2001; 161(9):1173-80.
- 10- Williamson, D.F., Thompson, T.J., Thun, M. et al.: Intentional weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes. Diabetes Care 2000; 23(10):1499-504.
- 11- Giacco, R., Parillo, M., Rivellese, A.A. et al.: Long-term dietary treatment with increased amounts of fiber-rich low-glycemic index natural foods improves blood glucose control and reduces the number of hypoglycemic events in type 1 diabetic patients. Diabetes Care 2000; 23(10):1461-6.
- 12- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J. et al.: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Eng J Med 2001; 344(18):1343-50.
- 13- Hu, F.B., Stampfer, M.J., Solomon, C. Et al.: Physical activity and risk for cardiovascular events in diabetic woman. Ann Intern Med 2001; 134(2):96-105.
- 14- Jensen, P.M.: Educating your patients on nutrition and exercise. Podiatry Tod 2002; 15(9):14-8.
- 15- Uprichard, J.E., Sutherland, W.H.F., Mann, J.L.: Effect of supplementation with tomato juice, vitamin E, and vitamin C on LDL oxidation and products of inflammatory activity in type 2 diabetes. Diabetes Care 2000; 23:733-8.
- 16- Cecil: Tratado de Medicina Interna. 20ª ed. Ed McGraw-Hill Interamericana, 1998: 40, 60, 61, 863.
- 17- Morgan, C.L., Currie, A.J., Peters, J.R.: Relationship between diabetes and mortality: a population study using record linkage. Diabetes Care 2000; 23(8):1103-7.
- 18- Steinberg, J.: What NIH statistics reveal about diabetes prevalence. Podiatry Tod 2002; 15(8):1648.
- 19- Ahluwalia, H.K., Miller, C.E., Pickard, S.P. et al.: Prevalence and correlates of preventive care among adults with diabetes in Kansas. Diabetes Care 2000; 23(4):484-9.
- 20- Wing, R.R., Goldstein, M.G., Acton, K.J.: Behavioral science research in diabetes; lifestyle changes related to obesity, eating behavior and physical activity. Diabetes Care 2001; 24(1):117-23. ■

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



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