

revistapodologia .com

Nº 32 - Junho 2010



Spa
Esthetic
Wellness

27 e 28 Junho
Curitiba - PR
Brasil

CONGRESSO MULTIPROFISSIONAL
PARA A SAÚDE DOS PÉS

Revista Digital de Podologia
Gratuita - Em Português



26 a 29
JUNHO
2010
CURITIBA
PARANÁ

bsg world Festival

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



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



Aqui, nós não precisamos manter os pés no chão!

Congresso Multiprofissional para a saúde dos Pés

Temas abordados:

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

Realização



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

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

www.bsgworldfestival.com

Apoio



BSG - Representante exclusiva
na América do Sul

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

27/06 - domingo



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



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



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



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



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

28/06 - segunda-feira



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



Técnicas Podológicas Atuais
Carlos Banegas (Argentina)



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



Podologia Geriátrica
Prof.º Adélcio Cordeiro (Brasil)

Coordenação científica:
revistapodologia
.com

LOCAL

Expo Unimed Curitiba

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

INFORMAÇÕES:

#55 (41) 3229-2885

congressos@bsgworldfestival.com

REALIZAÇÃO



APOIO BSG WORLD FESTIVAL



BSG - Representante exclusiva
na América do Sul



revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 32
Junho 2010

Diretor científico
Podólogo Israel de Toledo

Diretor comercial: Sr. Alberto Grillo

Colaboradores de esta edição:

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

ÍNDICE

Pag.

- 5 - Diabéticos Cegos: Educação Diabetológica em Braile.
- 6 - Diabetes Mellitus. Folheto Educativo como Aporte para a Prevenção.
- 12 - Diferenças entre Nevo e Meloma.
Método de Diagnóstico Precoces Mediante Dermatoscopia.
- 25 - Palmilhas Ortopédicas no Tratamento de Úlceras em Pés Diabéticos

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Novo tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - San Pablo - Brasil.
www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

Diabéticos Cegos: Educação Diabetológica em Braille.

Podologa Lic. Miriam Mesa Rosales. *Cuba.*

Finalizado, a sexta-feira 21 de Maio, ANGIO-CARIBE 2010, celebrado no Palácio das Convecções, incluiu o II Simpósio Internacional de Angiopatia Diabética. Em uma de suas conferências magistrais foi apresentado o tema “Diabéticos Cegos: Educação Diabetológica em Braille” pelo professor Alberto Quirantes Hernandez, Professor Consultor e Chefe do Serviço de Endocrinologia do Hospital Docente “Dr. Salvador Allende” do município Cerro da Cidade de Havana - Cuba.

Trabalho realizado com a colaboração da Associação Nacional de Cegos de Cuba (ANCI) e o Projeto Palomas, também participaram o Dr. Leonel López Granja, o Dr. Alberto Quirantes Moreno, a Lic. Miriam Mesa Rosales, a documentarista cubana Lizette Vila Espina e pela ANCI Raúl Martínez Correa.

Tendo em conta que a diabetes mellitus é a doença que mais cegos gera no mundo, uma equipe multidisciplinar desse centro dirigido pelo professor Quirantes e em coordenação com a Associação Nacional de Cegos (ANCI) e o Projeto Palomas levaram ao sistema Braille o conteúdo de um livro educativo intitulado “As 7 Leis do Êxito do paciente Diabético”. De elevada qualidade docente e derivado de uma investigação realizada no município Cerro por este grupo, foi apoiada por um comitê de experts como uma investigação ramal oficial do Ministério da Saúde publica onde se demonstra nos resultados sua efetividade para diminuir a mortalidade, as complicações e os custos desta doença.

Por tudo o anterior, o Comitê de Direção da ANCI decidiu a reprodução desta mensagem educativa para diabéticos ao sistema Braille e já se fez realidade sua distribuição massiva nas 139 bibliotecas e áreas especiais para cegos em todo território nacional.

Ao calcular a redução do gasto em relação aos custos diretos no nível de todo o país e tendo em conta o baixo preço do livro diabetológico em Braille, se deduziu que por cada mil cegos diabéticos deixados de ingressar ao seguir os conselhos da mensagem educativa contido neste livro, seriam economizados \$ 309,220 (pesos cubanos) anuais.

Considerando a utilidade deste manual em relação a educação diabetológica, primeiro material diabetológico educativo editado em Cuba para diabéticos cegos, foi oferecida sua distribuição gratuita a todos os países e associações de cegos no nível mundial que o solicitem.

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

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

HOSPITAL DOCENTE “DR. SALVADOR ALLENDE”
CIUDAD DE LA HABANA – CUBA



O Dr. Alberto Quirantes Hernández apresentado o tema na ANGIOCAERIBE 2010.



Cegos de ANCI imprimindo e estudando o plegavel diabetológico educativo em Braille



Diabetes Mellitus.

Folheto Educativo como Aporte para a Prevenção.

Autores:

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

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

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

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

*** Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna*

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

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

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

Hospital Docente Clínico-quirúrgico "Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro - Ciudad de la Habana - Cuba.

Resumo

Considerando que a educação diabetológica é a base fundamental para prever nos pacientes diabéticos as complicações, a mortalidade e os custos que puderam derivar-se dessa doença, decidimos tomar de uma investigação ramal oficial do Ministério da Saúde Pública o código de conduta para os pacientes diabéticos desenvolvidos pelos autores dessa investigação e imprimi-la em um folder, veículo idôneo por seu baixo custo e a facilidade de sua distribuição, para que fosse distribuído de forma massiva entre os diabéticos de todos os níveis de saúde como ferramenta educativa.

Este código de conduta foi chamado "As 7 leis do Êxito do Paciente Diabético" e constitui uma mensagem compacta e fácil que ao repeti-lo com frequência se converte no reforço constante dessa plataforma educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem argumentada, a que atuem de determinado modo para eliminar da maneira mais completa possível os fatores de risco que favorecem a aparição das complicações, muitas delas graves e mortais, derivadas de sua doença, tendo em conta, ademais, que apóia de forma importante a educação popular diabetológica desses pacientes e de seus familiares. Outros países também se podem beneficiar deste folder já que tem a vantagem de sua fácil distribuição através do formato digital.

Introdução

Ao finalizar o ano 2005, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde Pública, existiam em Cuba 356,850 diabéticos.

Se por cada diabético conhecido pude-se exis-

tir ao menos duas pessoas vinculadas ao paciente por razões de parentesco e convivência, se pode pensar que em nosso país tem mais de um milhão de pessoas relacionadas com a diabetes mellitus, direta ou indiretamente, em uma população de 11,257,105 habitantes.

A diabetes mellitus é em muitos países o principal problema de saúde e esta alcançando proporções epidêmicas (1). A Organização Mundial da Saúde ressalta a importância de esses doentes logrem um maior grau de autocuidado e de qualidade de vida (2).

O objetivo deste trabalho é desenhar um folder educativo, sumamente fácil e econômico, com um conteúdo de elevado nível científico e pedagógico, que permite a educação diabetológica integral do paciente, dos seus familiares e do pessoal da saúde relacionado com a doença, para diminuir a mortalidade, as complicações, muitas delas graves e mortais, e os custos na diabetes mellitus.

Material e método

Se desenho um folder educativo com "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético", um completo código de conduta para lograr um ótimo controle destes doentes, exposto em um programa desenvolvido e proposto para sua generalização pelo Grupo de Expertos do Programa Ramal de Saúde "Qualidade de Vida" do Ministério da Saúde Pública No seu Trabalho de Fechamento de projetos ramais (3,4,5).

Parta o desenho do folder foi utilizado um computador Pentium IV com programa Word XP, com pagina horizontal de 8 por 11 polegadas e a ferramenta columnas. *

Cadeira Master

Cód. 13945

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

Cadeira Master

Cód. 13945 M2

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



Cadeira Master

Cód. 13945 M1

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

Opcionais:

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

Mocho

Cód. 15200

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



Linha Master



Luminária

Cód. 17201

Luminária com exaustor 110 ou 220 V.



Estufa

Cód. 17600

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

Armário

Cód. 15401

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

Cores de Estofamento



Para maiores informações consulte nosso site.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.

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

FERRANTE
80 anos valorizando o profissional

Resultados

Se adjunta o folder educativo para a diabetes mellitus com "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético" e a forma em que se deve dobrar para sua entrega. **

Discussão

"As 7 Leis do Êxito do paciente Diabético" constitui uma mensagem compacta e fácil que, ao repeti-lo com frequência, se converte no reforço constante dessa ferramenta educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem argumentada, a que atuem de determinado modo para eliminar da maneira mais completa possível os fatores de risco que favorecem a aparição das complicações derivadas dessa doença.

Tal como se expressa na Primeira Lei, a educação diabetológica e de vital importância para o diabético possa manter um controle adequado de sua doença. Com esta educação, que se incrementa com a assistência sistemática a consulta médica, tal como o diz a Segunda Lei, se consegue o cumprimento das restantes (6,7).

Em relação à Terceira Lei que orienta sobre a necessidade da assistência mensal a consulta de podologia com o fim de prever o chamado "pe diabético" e as subseqüentes amputações, aqui se podem tomar medidas oportunas na prevenção dessa complicação e reforçar a educação diabetológica do paciente 8.

O diabético é mais suscetível de padecer lesões gengivais e dentárias e na Quarta Lei se enfatiza a necessidade da visita mensal ao estomatólogo com a explicação correspondente 9.

A Quinta e Sexta Lei assinalam a importância de manter um peso adequado e de evitar o sedentarismo. Com o cumprimento dessas leis se controla e se prevê a diabetes e suas complicações (10,11,12,13).

A Sétima Lei proíbe nos diabéticos o alcoolismo, o tabaquismo e a drogadição, pois tais adições se apresentam com um risco incrementado nos pacientes diabéticos e com facilidade provocam estados de consciência alterados e graves deficiências econômicas que impedem apresentar a atenção necessária ao controle da doença, favorecendo a aparição de complicações vasculares ao facilitar a vaso-constricção e a aparição de severas e as vezes fatais hiperglicemias alcoólicas (14,15,16,17).

Este folheto educativo é uma forma econômica, simples, de fácil divulgação nacional e internacional que parte da orientação diabetológica

massiva ao conter um material educativo de elevado valor científico e pedagógico validado na investigação sobre como elevar a qualidade da vida do diabético que se realizou durante quatro anos em uma comunidade de mais de 130,000 habitantes e cuja base fundamental consistiu em instruir aos diabéticos estudados no cumprimento de "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético" (3,4,5).

Com uma sólida base científica este folder, voltado em código unificador de ações de prevenção na população diabética, é uma valiosa ferramenta que também serve de orientação ao pessoal da saúde tanto em contatos individuais como para guiar reuniões de treinamento de pacientes diabéticos e de seus familiares e se converte a sua vez em um guia de auto-controle desses doentes que lhes permite empenhar-se em alcançar o cumprimento das úteis orientações propostas, que de forma notável elevaria a qualidade da vida do paciente diabético.

Conclusões

A educação diabetológica do paciente diabético é a arma fundamental para aumentar a qualidade da vida desses doentes. Com isto em mente decidimos confeccionar um material educativo proveniente de uma investigação científica já validada e de comprovada efetividade, "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético", código unificador de ações de prevenção na diabetes mellitus, e imprimi-lo em formato folder, plataforma de fácil distribuição e muito baixo custo que contribui a melhorar da qualidade de vida destes doentes e diminuir a mortalidade, as complicações e os custos dessa doença em qualquer país do mundo.

Impressão e dobrado do folheto

* Para a montagem da revista teve que fazer modificações do trabalho original e o formato de impressão das páginas 9 e 10 é A4.

** Explicação de como dobrar o folheto.

Imprimir as páginas 9 e 10 em A4 frente e verso.

Atrás da Sexta Lei devera ficar impressa a Quinta lei.

Logo depois de imprimir as duas caras da folha, com a parte da Segunda à Quinta lei de frente, dobrar as partes de Segunda e Quinta lei para dentro, ficando a nossa vista a Primeira e a Sexta lei, dobrar novamente ao meio, assim ficara como primeira pagina a parte onde esta o texto Folheto Educativo.

Sexta Lei

PRATICAR SISTEMATICAMENTE ATIVIDADES FÍSICAS DE ACORDO COM A IDADE E COM O ESTADO DE SAÚDE.

A atividade física e uma forma de manter baixo controle as cifras da glicemia ao aumentar o consumo de açúcar pelos músculos.

A atividade física qualquer que seja sua intensidade,

facilita o gasto de energia e, por tanto ajuda a dieta na redução do peso.

O exercício físico também estimula a formação e inibe a perda do osso.

O exercício físico realizado regularmente também produz uma maior sensação de bem estar geral.

Sétima Lei

A LEI DO NÃO: - NÃO TABAQUISMO - NÃO ALCOLISMO - NÃO DROGADIÇÃO

Na diabetes mellitus a prática de qualquer deses estados aditivos adquire uma dimensão

nociva agigantada já que se produz um abandono no cuidado desta doença ao provocar-se estados de consciência alterados assim como uma afetação na economia pessoal e familiar. Se afeta

notavelmente a circulação sanguínea com o uso do tabaco ou da cocaína e seus derivados. Favorecem-se as infecções inoculadas com o uso freqüente e inapropriado de injeções endovenosas como é o caso da heroína que também traumatizariam repetidamente as valiosas veias do d,labético e se provocaria as vezes com resultados fatais, as hiperglicemias alcoólicas.

CENDA Reg.No. 2201-2007

FOLDER EDUCATIVO

AS 7 LEIS DO ÊXITO DO PACIENTE DIABÉTICO

Por:

Dr. Alberto Quirantes
Hernández

Dr. Leonel López Granja

Dr. Vladimir Curbelo Serrano

Dr. Jorge Jiménez Armada

Dr. Alberto Quirantes

Moreno

Pod. Miriam Mesa Rosales

Hospital docente

"Dr. Salvador Allende"

Municipio Cerro

Cidade de Habana - Cuba

E uma mensagem

compacta e simples, que ao repeti-lo com freqüência, se convertera no reforço

constante dessa

ferramenta educativa que exorta aos diabéticos, de forma razoável e bem

rgumentada, a que atuem de determinado modo para eliminar, da maneira mais completa possível, os

fatores de risco que

favorecem a aparição das complicações, muitas delas graves e mortais, derivadas desta doença.

Primeira Lei

EDUCAÇÃO DIABETOLOGICA PARA O PACIENTE E SEUS FAMILIARES

A educação diabetológica e uma arma preciosa no arsenal terapêutico do paciente diabético e por isso a colocamos em

primeiro lugar.

O paciente educado no que significa sua doença, dará aos diferentes níveis de saúde em que será atendido uma valiosíssima

cooperação que se reverterá em que sua saúde se mantenha em condições ótimas.

Ademais de que

conhecerá de maneira perfeita como afrontar as diferentes contingências que se lhes podem apresentar no curso de sua vida ainda quando não tenham um medico a seu lado. Uma família conhecedora do que é a diabetes será manancial inesgotável de compreensão na vida desses doentes.

Segunda Lei

**ASSISTÊNCIA
TRIMESTRAL
A CONSULTA MEDICA
DE CONTROLE**

Aqui se identifica precocemente qualquer problema de saúde que possa apresentar o diabético, a que o paciente tenha acesso oportuno a qualquer outra especialidade em que precise ser atendido. A realização das investigações complementarias que se precisem, a verificação do controle metabólico do próprio doente e as determinadas e repetidas ações por parte do medico e do pessoal de enfermaria ajudante.

Terceira Lei

**ASSISTÊNCIA MENSAL
A CONSULTA DE
PODOLOGIA**

A principal causa de ingresso ao hospital do paciente diabético em muitos países são as lesões ulceradas dos pés. O chamado pe diabético e a primeira causa de amputações não traumáticas no mundo. É crucial para os diabéticos a visita sistêmica a consulta de podologia pois é nesta especialidade que se realiza um exame direto e minucioso dos pés e em etapas precoces se pode tomar medidas oportunas sobre as mais simples alterações que possam aparecer nos membros inferiores somado a educação constante do podólogo nas repetidas visitas do paciente diabético.

Quarta Lei

**ASSISTÊNCIA
SEMESTRAL A
CONSULTA DE
ESTOMATOLOGIA**

A visita ao estomatólogo de forma preventiva pode evitar ou detectar a tempo lesões sépticas bucais de diferentes causas, caries dentais, doença periodontal, etc. que de existir de forma mais ou menos inadvertida estabeleceria uma negativa relação com níveis elevados da glicemia, o que por sua vez permitira a aparição ou agravamento das complicações derivadas das hiperglicemias mantidas.

Quinta Lei

**ALCANÇAR E/OU
MANTER O PESO
IDEAL SEGUNDO
A DIETA INDICADA**

Pergunte a seu medico qual e seu peso ideal

O paciente deve manter uma alimentação saudável que lhe ajude a alcançar o peso ideal que se lhe tem calculado.

O excesso do peso corporal contribui a que se mantenham glicemias elevadas e a aparição de novas doenças associadas com a obesidade tais como a hipertensão arterial, o aumento das graxas no sangue, lesões nas articulações que suportam o peso, transtornos circulatórios, etc.

Bibliografia

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

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

AMPUTAR? NÃO!!!

Ozonomatic® ajuda salvar!

Registro Anvisa: 803827300001



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

Hidro-Ozonoterapia: A Renovação Diária da Sua Saúde.



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

- Fácil utilização / instalação em:
 - Banheiras convencionais
 - Banheiras de hidromassagem
 - Ofurôs até 300 litros / Home care
- Consulte-nos sobre:
Ofurôs, Banheiras,
Iluminação e Cromoterapia.

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



Diferenças entre Nevo e Meloma.

Método de Diagnóstico Precoce Mediante Dermatoscopia.

Dr. Podologo André Ferreira. *Portugal.*

O melanoma é o mais comum tumor cutâneo primário maligno no pé. Onde as melhorias no prognóstico têm sido observadas em comparação com pacientes com melanoma em outras parte do corpo, no entanto ainda são frequentes atrasos na sua identificação por negligência ou erro de diagnóstico. Detecção de melanoma do pé depende da habilidade do profissional de saúde e das observações no reconhecimento de alterações precoces.

Publicações recentes têm documentado o uso de um dermatoscópio como uma ferramenta para melhorar o reconhecimento de tais lesões suspeitas. Este artigo revisa a literatura actual, com ênfase especial nas suas potenciais aplicações no melanoma plantar e melanoma da unidade ungueal. Os dados destes estudos sugerem que esta técnica é um complemento útil e importante para o exame clínico, que em última instância pode levar ao reconhecimento deste tumor agressivo.

Os cancros cutâneos correspondem a um terço de todos os cancros humanos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o melanoma maligno (MM) é responsável por cerca de 132.000 novos casos por ano e cerca de 66.000 mortes. Globalmente, a incidência da doença continua a aumentar, sobretudo em populações caucasianas [1]. Como não existe tratamento eficaz para a doença, o objectivo é melhorar a sobrevivência em torno destas lesões malignas graças a uma detecção precoce.

O MELANOMA E O PÉ

Como já foi referido o melanoma é o tumor cutâneo primário maligno do pé mais frequente [7] representando entre 3-15% do total de melanomas cutâneos [8]. Considerando que as melhorias têm sido vistas no prognóstico para alguns pacientes com melanoma, estas lesões a nível dos pés ainda são uma grande preocupação. Os três tipos mais comuns que ocorrem no pé são a propagação superficial (figura 1), nodular e o melanoma acral lentiginoso (MAL - figura



Fig. 1 - Melanoma expansivo



Fig. 2 - Melanoma acrolentiginoso

2). O MAL é particularmente prevalente no pé, uma vez que tem uma predilecção para a planta do pé e unidade ungueal [9]. Além disso, é um subtipo de melanoma que afecta todos os tipos de pele [10]. Day [11] identificou MM no pé como um factor de risco independente para recorrência da doença. Isto foi analisado por Hsueh e colaboradores [12], que analisou 652 casos de melanoma cutâneo e os dados analisados comparando localização anatómica para as taxas de sobrevivência.

O controle de variáveis, incluindo a espessura do tumor, os resultados confirmaram que o melanoma primário no pé tinha uma taxa de sobrevivência de cinco anos ou seja de 77% em comparação com 94% e 95% para as lesões no tornó-

zelo e coxa, respectivamente. Eles concluíram que o prognóstico se deteriorou ainda mais se a lesão se encontra no tronco.

A partir dos dados disponíveis, a razão para isso não é clara, mas provavelmente está menos relacionada com a natureza física do tumor e mais a ver com os atrasos na apresentação e diagnóstico. O prognóstico, em parte, é agravado no pé com melanoma pois as lesões frequentemente apresentam-se mais tarde e são portanto mais espessas no momento do diagnóstico [13]. As razões para os atrasos têm sido bem estudadas [5,14-17].

Richard et al observou 590 pacientes com melanoma e relatou uma série de factores, que predisseram lesões mais espessas, incluindo os melanomas que se encontravam fora da visão dos pacientes (como a superfície plantar do pé). Do ponto de vista médico os atrasos no diagnóstico clínico também têm sido observados com as lesões acrais [18].

O diagnóstico incorrecto também poderá explicar um prognóstico reduzido em pacientes com melanoma acral. Bristow e Acland [19], analisaram 27 casos de melanoma acrolentiginoso no pé e sugeriram uma taxa de erros de diagnóstico

de 33%, enquanto os outros investigadores relataram taxas muito maiores de até 60% dos melanomas do pé [20].

Metzger e colaboradores [21], em uma revisão do diagnóstico tardio do melanoma acral destacaram que muitos melanomas acrais não são considerados relevantes por certos clínicos na consulta inicial, pois estes não suspeitam que o problema possa ser um melanoma.

Como certos clínicos são menos conscientes sobre esta patologia; o diagnóstico errado constitui mais um problema. Ilustrando isso, muitos trabalhos têm sido publicados destacando que o erro no diagnóstico dos melanomas no pé e deve a este muitas vezes ser confundido com outras patologias como sendo infecção por fungos, onicomicose, úlceras, hematoma e outras patologias do pé mais comum [20,22-27].

IDENTIFICAÇÃO DO MELANOMA

A importância de educar os pacientes e profissionais através de campanhas de sensibilização sobre o melanoma é de extremo interesse e diversas iniciativas têm tentado aumentar a consciência pública para a vigilância da pele. Igualmente importante é o papel do médico na triagem de

SISTEMA PODOLÓGICO

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

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

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



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

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

O que seus olhos não vêem a Cristófoli esteriliza.



Autoclave
Vitale Plus
12 e 21 Litros
Esterilizador a vapor



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



Seladora 30 cm
Cristófoli



Higipratic I



Cuba Plástica



Maleta Cristófoli



Lupa com
Iluminação
Cristófoli



Lixeira Automática
Cristófoli

Tudo o que você precisa
em biossegurança.



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

pacientes – os médicos que detectam melanomas foi mostrado ser significativamente mais baixo no diagnóstico do que os detectados pelos pacientes [6].

A regra do ABCD, concebida em 1985 por Friedman [28], foi bem utilizada como um mnemónico de avaliação da pele para o reconhecimento de mudança de nevos melanocíticos.

O seu valor no melanoma do pé tem sido questionado visto que as lesões acraís não apresentam as características típicas do melanoma maligno em outra parte da pele [19,21]. Portanto, a nível clínico, a decisão de monitorizar, intervir ou remeter uma lesão suspeita pode ser uma tarefa difícil.

DERMATOSCOPIA

O exame visual de uma lesão cutânea suspeita, como um melanoma pode ser significativamente melhorado pela adição de microscopia de superfície. Isto foi inicialmente reconhecido pela Dermatologista Escocesa Rona MacKie que em 1971 publicou um artigo que demonstrou no pré-operatório, o alto valor preditivo de um exame aprofundado de melanoma [29].

A dificuldade surge no entanto, em que a avaliação da pele em condições normais, com uma lupa padrão, é limitado devido à superfície de reflexão e refração. Para superar isso desenvolveu-se o dermatoscópio que é um simples e relativamente barato, dispositivo de ampliação manual (normalmente 10 ×), que utiliza um meio de óleo ou luz polarizada permitindo ao clínico observar estruturas mais profundas da pele que não podem ser visíveis a olho nu (Figura 3).

Desde a década de 1980 a ideia da "dermatoscopia" começou a ganhar impulso e sua popularidade como uma ferramenta auxiliar na tomada de decisões clínicas aumentou, especialmente na Europa onde a sua evidência de pesquisa foram publicadas. Em 1990, cerca de 13 trabalhos foram publicados, em 2007, subiu para mais de 500.

Deve-se ressaltar que o dermatoscópio em si não é uma ferramenta de diagnóstico, mas permite auxiliar a tomada de decisão quando confrontados com uma lesão suspeita, o que permite ao clínico maior confiança na hora de decidir como proceder perante uma lesão cutânea.

O uso do dermatoscópio foi inicialmente do domínio exclusivo do dermatologista, o trabalho experimental deu lugar a extensas descrições de padrões e características visualizado em nevos



Fig. 3 - Dermatoscopia

melanocíticos, melanoma e outros tumores de pele. Isso permitiu a formalização da técnica em diversos algoritmos, como análise de padrões [30], a técnica de 7 pontos [31], a técnica modificada ABCD [32] e o método Menzies [33].

Duas análises iniciais da técnica de dermatoscopia foram publicadas e concluíram que aumenta a sensibilidade e especificidade para o diagnóstico do melanoma, quando comparado a olho nu, nas mãos de um médico experiente [34,35].

Em 2004, foi reconhecido que, a fim de obter uma diminuição da morbidade e mortalidade, a dermatoscopia deve ser o teste de selecção para todos os profissionais envolvidos no exame da pele, visto ser um exame de fácil aplicação e baixo custo. Tal exame têm como objectivo realçar as lesões suspeitas e permitir ao profissional de saúde encaminhar os pacientes para um especialista [36].

Usando uma metodologia de ensaio randomizada Westerhoff e colegas [37] demonstraram que era possível formar um grupo de profissionais não-especialistas em dermatologia geral e melhorar significativamente as suas capacidades de reconhecimento clínico comparado com um grupo controle. Argenziano et al [38] relataram resultados semelhantes, com um grupo de 73 médicos de cuidados primários. No Reino Unido, existem um certo número de cursos todos os anos que incluem uma gama de profissionais de

saúde muito vasta a fim de ensinar esta técnica.

A meta-análise mais recente da dermatoscopia [36] abrangeu uma revisão da literatura, incluindo os estudos realizados por profissionais com formação mínima nesta técnica e comparando a percentagem de diagnóstico relativo entre a dermatoscopia com o exame de olho nu a 15,6 (IC 95 %, 2,9-83,7, $p = 0,01$).

Parece, portanto, pertinente a explorar esta técnica como uma extensão na consulta de Podologia. Até ao momento os autores não têm conhecimento de qualquer literatura publicada documentar sua aplicação dentro desta profissão.

TÉCNICA DE 7 PONTOS DE GLASGOW

Esta técnica reconhece que a dermatoscopia pode ser uma ferramenta de rastreio de todos os envolvidos no cuidado da pele.

Como resultado, é uma técnica simplificada para a detecção de lesões suspeitas e é particularmente útil para que se inicia na sua aplicação. Através do dermatoscópio, avalia-se as lesões individuais em 7 critérios:

Critérios Maiores:

1- Alteração do Tamanho



Fig. 4 - Nevo benigno - Melanoma

2- Alteração de forma

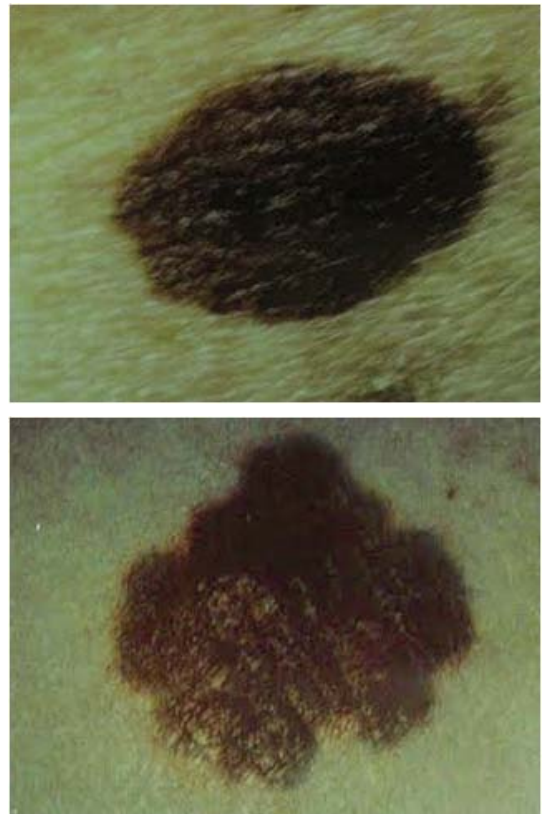


Fig. 5 - Nevo benigno - Melanoma

3- Alteração da cor

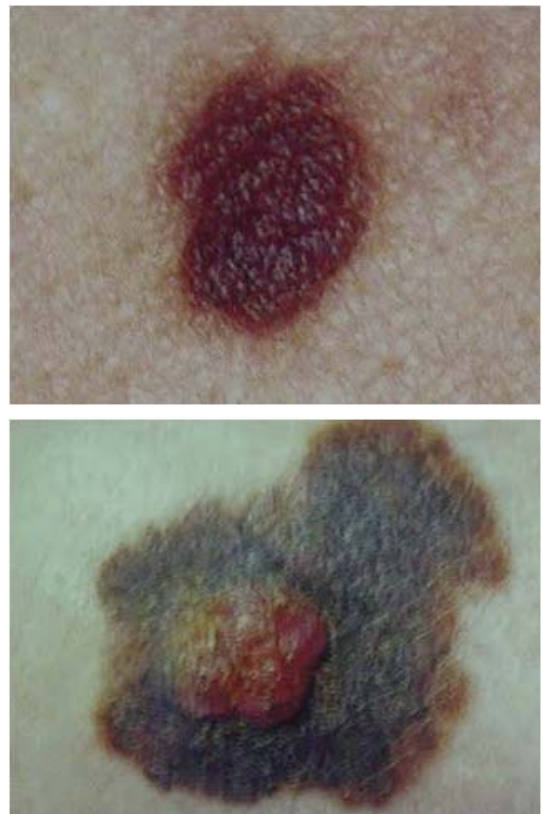


Fig. 6 - Nevo benigno - Melanoma



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

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



Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

Gomage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.

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

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE



Tudo para Podologia em um só local!

Artigos Nacionais e Importados

LINHA COMPLETA DE PRODUTOS:

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

**CENTRO
TÉCNICO
DE
APERFEIÇOAMENTO**
Podoplus

Cursos de:
Atualização / Reciclagem / Treinamento



Podocauter

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

**Promoção
Autoclave Bioflex**



Autoclave BIOFLEX 12 Litros
Tanque em Aço Inox
Digital / Bivolt
Registro: M.S. / ANVISA



Laser Vermelho DMC
Laser InfraVermelho DMC
100 MW de Potência
Registro: M.S. ANVISA
Bivolt

* O mais sofisticado da categoria



Micromotor Beltec LB-100
30.000 RPM / Bivolt
Caixa Branca: exclusivo
Registro: M.S. ANVISA

*** Despachamos para todo território nacional ***

WebSite: www.podoplus.COM

São Paulo

Rua Natal, 623 - Vila Pires
Santo André / SP
Cep. 09195-310
Tel/Fax (11) 4972-3857 / 4972-4369
e.mail: podoplus@podoplus.COM

Rio de Janeiro

Rua Conde de Bonfim, 346 subsolo 108
Praça Saens Peña - Tijuca / Rio de Janeiro / RJ
Cep. 20520-054
Tel/Fax (21) 2254-1394 / 8875-8255
e.mail: podoplusrj@podoplus.COM

* Aceitamos todos os cartões de crédito

CrITÉRIOS Menores:

- 4- Diâmetro superior ou igual a 7 mm



Fig. 7 - Nevo benigno - Melanoma

- 5- Inflamação
6- Sangramento
7- Alteração da sensibilidade

Cada um dos critérios maiores atribuídos dois pontos, e a cada um dos critérios menores são atribuídos um ponto.

Considera-se que uma lesão é suspeita de melanoma, quando se obtém um resultado 3 pontos ou mais e devem ser considerados para biopsia e excisão logo que possível.

DERMATOSCOPIA E O PÉ

O dermatoscópio foi considerado útil para o exame da pele, mas o pé tem oferecido um desafio particular para esta técnica, em primeiro lugar, devido à sua superfície plantar acral engrossado que dá uma apresentação de pigmentação alterada [40] e por outro lado a unidade ungueal que frequentemente se apresenta com uma pigmentação devido a uma série de causas, incluindo hematoma e melanoma. Na planta (e palma) a pele do véu azul e branco é

raramente observada, embora a assimetria de cor e de forma ainda deve ser considerada.

Além disso, outras observações dermatoscópicas da pele acral e volar têm sido relatados. Saida, Myazaki e seus colegas identificaram três padrões de pigmento específico determinado como normal em nevos melanocíticos benignos do sulco paralelo, reticulado e fibrilar da pele plantar [41-44]. Em cada um destes o pigmento é localizado nos sulcos dos dermatoglífos plantar. Os padrões surgem como um reflexo das colunas de melanina normal no estrato córneo ou em um sulco (vertical paralelo) ou oblíquos [40].

O melanoma maligno foi mostrado exibir diferentes padrões na superfície palmar e plantar. Saida [42] e os seus colaboradores relataram, em concordância com a assimetria do algoritmo de três pontos e irregularidade onde verificaram que a cor era uma característica comum.

Além disso, a pigmentação do melanoma maligno é frequentemente mais acentuada nas cristas das dermatoglífos e não nos sulcos como em lesões benignas [45] (Figura 8).

Para testar a hipótese de Saida e colegas [46] estudou-se 712 lesões melanocíticas em áreas acrais, para determinar a sensibilidade e especificidade destes padrões para determinar a presença de melanoma maligno.

O padrão da crista paralela mostrou um valor preditivo positivo de 93,7% (a proporção de pacientes com melanoma provado que apresentaram um padrão de cristas paralelas) e em lesões melanocíticas benignas o valor preditivo positivo do padrão de sulcos paralelos e malha como padrão foram muito elevadas em 93,2% e

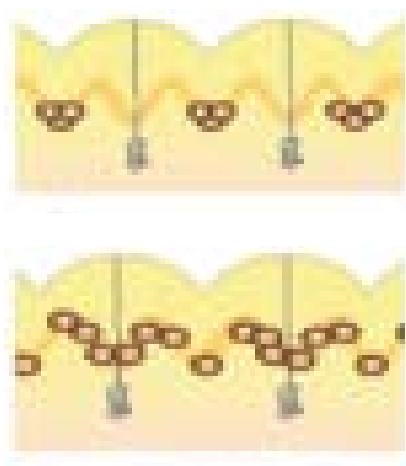


Fig. 8 - Padrões de distribuição de melanina na pele acral.

98,3%, respectivamente (a proporção de pacientes com diagnóstico de um nevo melanocítico benigno que apresentaram o padrão de sulcos paralelos). O estudo foi realizado num grupo de japoneses, embora alguns estudos mais tarde confirmaram as conclusões em populações caucasianas [47,48].

Dermatoscopia e seu potencial na avaliação da pigmentação da unha

Além da aplicação da dermatoscópio para avaliar lesões pigmentadas plantares, a sua utilidade na avaliação da pigmentação da unha foi discutida [49]. Um paciente que se apresenta com uma melanoníquia longitudinal constitui sempre um desafio de diagnóstico para os Podologistas devido às suas várias causas, como por exemplo a etnicidade, drogas, trauma, hematoma e ocasionalmente melanoma. A biopsia dessas lesões tem o potencial de causar cicatrizes permanentes para a unidade ungueal. Ronger et al [50] discutiu o papel do dermatoscópio na pigmentação da unha e sugeriu-nos o seu uso como uma ferramenta para decidir se uma biopsia da unha deve ou não ser realizada. Publicações subsequentes têm explorado esse conceito. Braun e colaboradores [51] descreveram as características das diferentes causas de melanoníquia e pro-

puseram um algoritmo. Do mesmo modo Jellinek [52] sugere que o dermatoscópio tem um papel importante na avaliação das unhas antes da biopsia e novamente propõe um algoritmo. Embora nenhum destes tenham sido formalmente testados para identificar a sua validade, com o tempo seria de se esperar um maior desenvolvimento nesta área com o aumento da experiência.

Conclusão

As evidências actuais ainda demonstram um aumento na incidência de melanoma, a forma mais letal de cancro de pele. Um tratamento eficaz, a detecção precoce e a excisão destas lesões são vitais para melhorar o prognóstico e a taxa de sobrevivência. Lesões localizadas no pé tem se mostrado propensas a atrasos de diagnóstico e equívocos em comparação com os tumores em outra parte do corpo, resultando em piores prognóstico.

A dermatoscopia é um meio simples e barato de visualizar lesões pigmentadas e tem sido demonstrado ser a melhor forma de se obter um diagnóstico mais preciso. Embora originalmente considerada uma técnica para a especialidade de Dermatologia, desenvolvimentos posteriores têm sugerido que a dermatoscopia pode ser uma ferramenta útil para profissionais de saúde envolvi-

APARELHO MASTER FOTON PODOLOGIA

IDEAL PARA O TRATAMENTO DE:

- ONICOMICOSE
- MICOSES DE PELE
- GRANULOMAS
- FERIDAS DIABÉTICAS

É FUNGICIDA,
BACTERICIDA E
FOTOPOLIMERIZADOR !!!



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

GRATIS BOLSA PARA TRANSPORTE !!!!

dos no cuidado da pele. Nesta base, a dermatoscopia é, potencialmente, uma nova extensão para o âmbito da consulta em Podologia. Em teoria, seria de extrema importância a realização na consulta de Podologia rastreios de modo a despistar lesões cutâneas graves que surjam na pele do pé. Muitos pacientes são visitas rotineiras da nossa consulta, em especial os idosos (faixa etária onde a maioria dos melanomas são observados). A adição da dermatoscopia na avaliação inicial do paciente pode aumentar não só a consciência profissional, mas também tornar-se numa excelente oportunidade para discutir a auto-exame com o paciente e reforçar a mensagem de saúde pública. Em sua curta história da dermatoscopia demonstrou ser eficaz na redução destacando enquanto melanoma excisões de lesões benignas, mas a sua capacidade real ainda estão sendo descobertos.

A investigação continua, com o tempo, deve descobrir o seu verdadeiro potencial.

Bibliografia

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

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

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

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

27.Valdes A, Kulekowskis A, Curtis L: Case Report: Amelanotic Melanoma Located on the Lower Extremity (letter). *Am Fam Physician* 2007, 76:1614.

28.Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW: Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin* 1985, 35:130-151.

29.Mackie RM: An aid to perioperative assessment of pigmented skin lesions. *British Journal of Dermatology* 1971, 85:232-238.

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

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

32.Stolz W, Riemann A, Cagnetta A: ABCD rule of dermoscopy: a new practical method for early recognition of malignant melanoma. *Eur J Dermatol* 1994, 4:521-527.

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

34.Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, Saiag P: Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? Results of a meta-analysis using techniques adapted to the evaluation of diagnostic tests. *Arch Dermatol* 2001, 137:1343-1350.

35.Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M: Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol* 2002, 3:159-165.

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

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

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

Suggestive of Skin Cancer. *J Clin Oncol* 2006, 24:1877-1882. Johr R, Soyer HP, Argenziano G, Hofmann-Wellenhof R, Scalvenzi M: *Dermoscopy. The essentials*. London: Elsevier; 2004.

39.Kimoto M, Sakamoto M, Iyatomi H, Tanaka M: Three-Dimensional Melanin Distribution of Acral Melanocytic Nevi Is Reflected in Dermoscopy Features: Analysis of the Parallel Pattern. *Dermatology* 2008, 216(3):205-212.

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

41.Saida T, Oguchi S, Ishihara Y: In vivo observation of magnified features of pigmented lesions on volar skin using video macroscope. Usefulness of epiluminescence techniques in clinical diagnosis. *Arch Dermatol* 1995, 131:298-304.

42.Saida T, Yoshida N, Ikegawa S, Ishihara K, Nakajima T: Clinical guidelines for the early detection of plantar malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1990, 23:37-40.

43.Miyazaki A, Saida T, Koga H, Oguchi S, Suzuki T, T T: Anatomical and histopathological correlates of the dermoscopic patterns seen in melanocytic nevi on the sole: a retrospective study. *J Am Acad Dermatol* 2005, 53:230-236.

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

45.Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, Yamazaki Y, Murase S, Yoshikawa S, Tsuchida T, Kawabata Y, Tamaki K: Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of a multicenter study in Japan. *Arch Dermatol* 2004, 140:1233-1238.

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

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

48.Tosti A, Argenziano G: Dermoscopy allows better management of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 2002, 138:1369-1370.

49.Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viallard AM, Barrut D, Colin C, Thomas L: Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 2002, 138:1327-1333

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

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



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA

DeBRITO



3º Simpósio Latino-Americano de Podologia

30 de agosto de 2010

Expo Center Norte - São Paulo - SP

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

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

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



— BEAUTY FAIR —
Feira Internacional de Cosméticos e Beleza



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Não tenha medo de mostrar seus pés

Mag Pé

Aparelho para Podologia, Manicure e Pedicure

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



Tel.: (11) 2061-7763



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

www.magestetica.com.br

Palmilhas Ortopédicas no Tratamento de Úlceras em Pés Diabéticos.

Podologo Israel de Toledo. *Brasil.*

Resumo

O presente artigo tem por finalidade explorar e evidenciar o uso de palmilhas ortopédicas no tratamento de úlceras de pressão em pés diabéticos, com base em experiências obtidas em clínicas de tratamento de feridas em pés diabéticos e ambulatório de hospital; visto que a má aplicação do uso de palmilhas e da pouca compreensão da técnica aplicada, acarreta um mau resultado e consequentemente o abandono do método.

Por meio de pesquisas de campo, mostraremos a técnica de TOLEDO®, sua aplicação e os resultados altamente positivos, o que indicará este método conservador, como um alto custo-benefício no tratamento dos pés diabéticos.

Palavras-Chave: palmilha ortopédica, úlcera plantar, pé diabético, técnica de Toledo®.

Abstract

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

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

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

Introdução

É de conhecimento de todo profissional da área da saúde os males ocasionados pela diabetes, tendo em vista as patologias que acometem os membros inferiores, priorizando aqui os pés diabéticos e suas complicações. Sabemos que a prevenção é o me-

lhor tratamento para os portadores desta patologia, mas uma vez instalada uma úlcera plantar, os esforços de toda equipe médica e multidisciplinar é árduo e longânimo sem deixar de citar os altos custos do tratamento como também o fator psicológico do paciente e familiares.

Quero ressaltar como forma de tratamento o uso de palmilhas ortopédicas no tratamento de úlcera plantar nos pés Diabéticos.

É certo que em sua maioria, surgem em conjunto com neuropatia e angiopatia e também em sua maioria, estão associadas a alterações biomecânicas. Por esta razão as úlceras plantares quando tratadas mediante aos protocolos de feridas comuns, muitas vezes, não conseguem o resultado esperado, ao contrário disso, em não poucos casos, os tratamentos aplicados podem se arrastar por meses ou até anos sem resultados ou até tornar crônico algo relativamente simples.

Dados e Método

Este artigo é de caráter empírico e observativo e como base para este estudo, foram acompanhados 15 pacientes, sendo 11 do sexo masculino (média de idade 60,9 anos) e 4 sexo feminino (média de idade 59,7 anos), por um período de um ano.

Todos apresentavam úlceras e ou amputação no pé. Alguns pacientes apresentavam recidivas o quê seguindo as estatísticas, depois de uma amputação, passado alguns anos (média de 3 anos) houve nova formação de úlcera. Para análise das úlceras, foi adotado o mesmo sistema de classificação de risco, utilizado pelo Consenso Internacional do Pé Diabético - tabela 01.

Estes dados são melhores visualizados na tabela 02.

Tabela 1

categoria	risco	frequência de avaliação
0	Neuropatia ausente	Uma vez por ano
1	Neuropatia presente	Uma vez a cada seis meses
2	Neuropatia presente, sinais de doença vascular periférica e/ou deformidades nos pés	Uma vez a cada três meses
3	Amputação/úlcera prévia	Uma vez entre 1 a 3 meses

Tabela 2

Sexo	Idade	Paciente	Tempo de Tratamento	Grau da úlcera	Evolução em %	Histórico
M	68	O.R	8 semanas	2	100%	tratado
M	67	L.M	24 semanas	3	60%	em tratamento
M	58	J.R	26 semanas	3	95%	em tratamento
M	49	P.P	8 semanas	2	100%	tratado
M	45	A.S	6 semanas	1	100%	tratado
M	78	J.R	12 semanas	2	100%	tratado
M	43	A.S	6 semanas	2	100%	tratado
M	59	P.R	12 semanas	3	60%	em tratamento
M	64	R.	12 semanas	2	85%	em tratamento
M	77	L.R	15 semanas	3	100%	tratado
M	62	S.G	6 semanas	2	100%	tratado
F	54	M.L	6 semanas	3	100%	tratado
F	73	A.G	5 semanas	2	95%	em tratamento
F	63	C.C	15 semanas	3	70%	em tratamento
F	49	M	13 semanas	2	100%	tratado

Segundo a estatística mostrada nesta pesquisa de campo, observou-se que em média, tanto para homens quanto mulheres, o resultado obtido foi de 91% de êxito, no período 12 meses, para úlceras do grau I, II e III.

Tendo como base estes casos diretamente acompanhados e por histórico de outros, acompanhados indiretamente (compreende-se por indiretamente, pacientes acompanhados, mas não tratados por nós dentro do ambulatório do Hospital Brigadeiro (AHB) onde foram tratados por técnicas tradicionais (palmilhas ortopédicas comuns e protocolo de feridas) que mesmo assistido, o paciente era submetido a longos anos de tratamento, com poucos resultados e recidivas posteriores.

Da mesma forma pacientes da Unidade Específica de Saúde de São José dos Campos (UES_SJC), foram tratados pacientes encaminhados depois de várias tentativas de tratamentos convencionais, sem resultados satisfatórios, com recidivas e alto custo ao Poder Público, baseando-se nestes dados é que se desenvolve este artigo.

Tratando e observando outros tratamentos e seus resultados, constata-se que não é por falta de conhecimento sobre diabetes ou de técnicas de curativos adotados que não se obtêm resultados tão satisfatórios, como se poderia esperar; e sim pelo fato de não se ter um amplo conhecimento biomecânico, somado a uma má com-

preensão da técnica de palmilha usada ou mesmo o uso de uma técnica inapropriada; daí a necessidade de uma boa e completa equipe multidisciplinar.

Nota-se a preocupação dos órgãos públicos com relação ao custo de uma equipe mais ampla. Normalmente ela se resume em um Médico Endócrino, um Médico Vascular e equipe de Enfermagem. Faz-se necessário salientar a importância de um Podólogo com especialidade em pés Diabéticos (que possa avaliar e tratar de forma propedêutica os pés), como também um bom Ortesista junto ao paciente, avaliando as deformidades e alterações biomecânicas, junto ao Médico Ortopedista.

Os custos de uma equipe qualificada aumentam sim, mas os benefícios obtidos trazem uma grande economia e resultados não apenas compensatório como necessário. “O pé Diabético é uma das complicações mais graves e dispendiosas da Diabetes Mellitus, sendo o principal motivo de ocupação das camas hospitalares pelos diabéticos e o responsável por 40 a 60% de todas as amputações efetuadas por causas não traumáticas” (Direção Geral da Saúde de Portugal circular nº 8/06). Por base em dados reais é que deve-se intensificar a prevenção como o maior e melhor tratamento de patologias para os pés diabéticos.

As úlceras e feridas são as grandes vilãs,

responsáveis por internações e amputações. Segundo CALDEIRA In DUARTE (1997:327)"(...) estima-se que úlceras ocorram em cerca de 15% de todos os diabéticos sendo responsável por 6 a 20% dos internações hospitalares por diabetes (...) alguns estudos epidemiológicos mostram que a úlcera do pé precede 85% das amputações nos diabéticos".

Já o Consenso Internacional sobre Pés Diabéticos relata: "Em um estudo, os pacientes diabéticos com lesões nos pés e doença vascular permanecem hospitalizados por um período duas vezes maior do que indivíduos não diabéticos com úlcera e DVP. Estima-se que o custo para cicatrização primária, sem amputação, seja em torno de 7.000 a 10.000 dólares. O custo corresponde a longo prazo, ou seja, nova ulceração, nova amputação, assistência social, cuidados domiciliares após a cicatrização com ou sem isquemia, foi estimado em torno de 16.000 a 26.000 dólares."

Tendo em vista tais fatores incidentes, há de se pensar ou reavaliar que tipo de tratamento conservador tem sido aplicado nos centros de tratamentos tanto público quanto privado. Uma boa e completa equipe multidisciplinar vai não apenas tratar de forma mais ampla e completa seus pacientes, como também irá reduzir em muito os custos posteriores, pela redução significativa dos gastos com curativos e tempo de internação.

Mas é no quesito Biomecânica que existe o maior e mais significativo problema. Para se

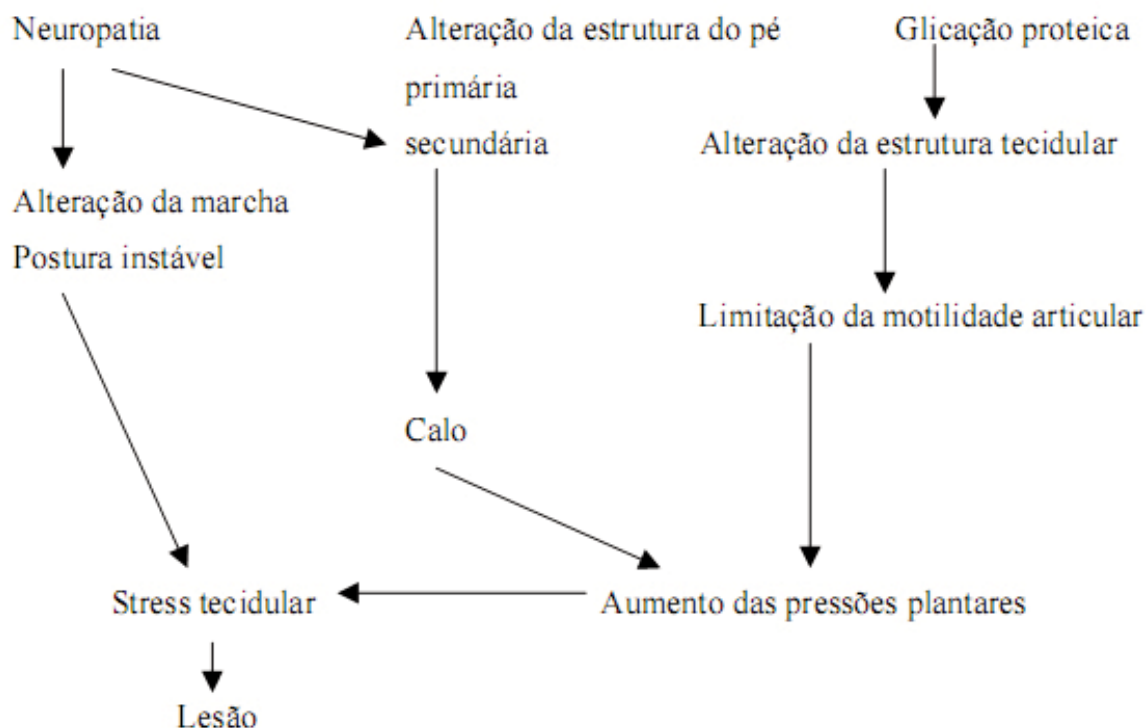
entender melhor, iremos analisar o sistema sensitivo-motor e suas alterações na marcha e postura do indivíduo; segundo BARROSO C. (art.7)

"A polineuropatia sensitiva e sensitivo-motora -está sim mais relacionada com a patologia do pé- manifesta-se com o doente a referir sensação de parestesias ou encortamento dos pés, podendo haver dificuldades na marcha". Ao examinar-se diretamente os pés, vê-se uma diminuição da sensibilidade superficial e profunda como também deformidades adquiridas como, dedos em garra ou a neuroartropatia de Charcot.

²Porém, a mesma atrofia muscular pode acarretar outras deformidades como desabamento de arco transverso, do arco medial e como consequência todo sistema postural.

Outro ponto a se considerar é que qualquer indivíduo não diabético, pode apresentar algum tipo de deformidade biomecânica, segundo BRICOT B. (84/01) "Desde que haja uma perturbação, mesmo que mínima, no pé seja quanto a mobilidade ou quanto ao apoio, haverá obrigatoriamente em cima um desequilíbrio postural".

Essas deformidades podem ser congênita, adquirida ou iatrogênita. Neste caso, vamos nos deter nas deformidades adquiridas pois estão diretamente ligadas a diabetes e suas consequências, e continua BRICOT B. (84/01) sobre a origem adquirida "essa ocorre por diferentes traumatismos, por má progamação primária da marcha, sapatos inapropriados e etorses podem também desestabilizar os pés e provocar dife-



rentes perturbações que se fixarão em seguida, e mesmo pequenas lesões e restrições de mobilidade”.

Sendo assim os fatores biomecânicos quer congênitos ou adquiridos, criam deformidades e consequentemente pontos de pressão, geradores de calosidades e lesões que vão em determinado tempo acometer o pé diabético.

Segundo ASTUR FILHO, NELSON (18/05) “uma pressão exercida por longo tempo numa superfície diminuída, como por exemplo, na sobrecarga das cabeças metatarsais, provocará uma isquemia, primeiro funcional e, (...) induzindo a uma hipóxia local, que como resposta, poderá resultar na formação de calosidades”.

²Pela perda sensitiva, o paciente não tem referência alguma quanto a formação de bolhas ou mesmo lesão. Veremos a seguir uma figura esquemática de CALDEIRA (329/98), que mostra a evolução sequencial de uma úlcera.

Podemos perceber que na base do esquema aparecem as palavras: Postura instável, Calo, Stress tecidual, Aumento das pressões plantares e por ultimo a Lesão; onde todas são conseqüências de uma alteração biomecânica.

O Consenso internacional sobre pés diabéticos de 2001, afirma que “Vários outros problemas envolvendo a biomecânica são considerados relevantes para o pé diabético.

A neuropatia periférica causa aumento do balanço postural ortostático, mais quedas e ferimentos durante as caminhadas, traumas nos pés (fraturas em metatarsos, por exemplo, são comuns) e pode alterar o modo de andar”.

Pode-se afirmar que, apesar de tantas literaturas indicarem os calçados como um dos principais fatores causadores de lesões por trauma mecânicos (e em partes o é), afirmo que as alterações biomecânicas somadas a deformidades adquiridas é que sim, são as principais causas de lesões, já que uma vez instaladas, os pés apresentarão traumas mecânicos com ou sem calçados.

É de suma importância a compreensão destes fatores, pois isto determinará qual método a ser aplicado e de que maneira ele será feito; é certo que, me refiro ao tratamento conservador e como fundamento deste artigo, o uso de palmilhas ortopédicas. Sendo assim, os calçados passam a ser não o problema e sim uma extensão deles.

¹Observa-se que pacientes com lesões por trauma mecânico, que são submetidos a repouso absoluto, têm seus ferimentos cicatrizados, porém uma vez tendo alta médica, ao começar a andar, inicia-se o trauma mecânico e por esforço repetitivo, instala-se novamente a lesão.

Uma vez analisada e vista as alterações biomecânicas, considerando o fato de que elas são agentes causadoras (quer de forma primária ou secundária) de lesões por trauma mecânico, advirto que se deve atentar para qual o tipo de tratamento a ser aplicado para corrigir tais deformidades.

As palmilhas ortopédicas têm por finalidade redistribuir as cargas biomecânicas dos pés, aliviando pontos de pressão tanto na forma estática quanto dinâmica. Tais palmilhas não podem ser de material rígido a ponto de criar trauma mecânico, lesionando as partes moles e o plexo venoso e nem macias a ponto de não sustentar as cargas dos arcos e as elevações necessárias. Devem ser anatômicas, o que particularmente, defino por ser anatômicas individualmente e não apenas de pessoa a pessoa, mas sim, diferenciando o pé direito do esquerdo. Devem ser precisas, ainda que ajustadas várias vezes até chegar a ser eficiente.

Temos que conhecer os pés, entender sua estrutura e biomecânica para então prescrever ou mesmo, confeccionar uma boa palmilha. Segundo ASTUR FILHO, NELSON (18/05) “Respeitá-lo (os pés) consiste em, ao receitar um par de palmilhas, eleger com acerto os materiais, a forma, a consistência e a altura das estruturas das palmilhas que vão estar em contato com ele”

Existem várias técnicas de palmilhas que poderiam ser aplicadas, mas qual realmente alcançaria o objetivo esperado? Essa questão é totalmente relevante, já que, uma vez aplicada uma técnica errada, o tratamento será totalmente ineficaz; daí a controvérsia entre os dados mostrados e confirmados neste artigo, com relação a experiências negativas obtidas por outros profissionais.

Tenho observado dentro de hospitais, UBS's e tantas outras clínicas, métodos de palmilhas totalmente inadequados, porém amplamente utilizados, o que torna decepcionante seus resultados; e pior, tais métodos acabam por gerar uma má compreensão e consequentemente a aceitação deste tratamento conservador.

Quero apresentar o método utilizado, que tem proporcionado resultados amplamente satisfatórios no tratamento de úlceras em pés diabéticos - a técnica de TOLEDO®. Porém antes quero destacar os pontos que diferenciam esta técnica e as demais existentes hoje no mercado, a começar pelo molde.

Todas as palmilhas existentes, se baseiam em moldes pré-estabelecidos para sua confecção, ou seja, os arcos (medial e transversso); estes são padrão, não respeitando a anatomia dos pés (normal, cavo I, II, III e plano I, II, III), as Cunha

utilizadas como as pronadoras, supinadoras, valgizantes ou varizantes também, nunca levando em consideração peso ou mesmo a anatomia do pé.

Em outros tipos como as de silicone e EVA (ou mesmo de outro material) em molde de espuma fenólica (EF), uma das mais usadas, são imprecisas, pois ao apoiar o pé sobre a EF, obtemos um molde preciso (a anatomia dos pés).

Porém qualquer alteração estática, por mínima que seja, gera uma assimetria e uma falsa distribuição de cargas na base plantar o que é captada na EF, consequentemente, esta falsa pressão é transmitida de forma posterior para os moldes decorrentes, o que implica a própria palmilha e sua função

Ao apoiar os pés sobre a EF, ocorre naturalmente uma oscilação na postura estática. Os fatores podem ser desde o esforço obtido da própria gravidade como alterações posturais, dores, deficiência articular e tantos outros podem obrigar o indivíduo a oscilar a distribuição de cargas nos pés, alterando também os pontos de pressão que muitas vezes é o objeto pela qual a palmilha está sendo feita.

Segundo BRICOT B. (84/01) “o pé é o traço de união entre o desequilíbrio e o solo... Para conseguir este efeito ele é obrigado a se torcer e a se deformar com frequência, de forma assimétrica

as vezes desarmônicas”.

Ouso dizer que não é em cima de um molde feito com precisão que a palmilha é feita e sim num molde feito sob oscilações. Tais dados são claramente vistos na baropodometria.

Outro fator negativo é que o profissional que confecciona a palmilha na maioria das vezes não vê o pé do indivíduo, ou mesmo tirou o molde na EF. O fato do molde passar por vários profissionais (nem sempre qualificados), cria uma somatória de possibilidades que gera imprecisão, má interpretação e mesmo o erro.

Dai a pergunta, por que será que neste método tradicional e tão amplamente usado, pacientes diabéticos (por exemplo), usam tais palmilhas muitas vezes por anos, sem resultados e ou resultados satisfatórios?

A técnica de TOLEDO® tem seu diferencial entre outras coisas na precisão, o que se inicia na avaliação feita nos pacientes antes do molde. Esta se refere a avaliação feita no podoscópio ou baropodômetro (para este artigo as avaliações foram feitas no podoscópio, pois o mesmo pode ter-se presente em todos os campos de recolhimento de dados). A avaliação consiste em observar os pontos de pressão de forma bípide e estática.

Estas imagens são digitalizadas e analisadas, posterior a isso, inicia-se o uso do pedígrafo onde



Curso Técnico em PODOLOGIA

A Saúde dos pés em suas mãos!

INA
INSTITUTO BRASILEIRO DE
NATUROPATIA APLICADA

ABRAESC
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTÉTICA E SAÚDE COMPLEMENTAR

(47) 3222-3068

www.inainstituto.com.br

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

o fotopodograma nos dará com certa precisão o comprimento, largura e posição dos ossos. Os dados são anotados no próprio fotopodograma, anexado ao pedido médico, então é feito o molde.

O molde por sua vez é feito com o paciente deitado numa maca ou cadeira podológica, sem cargas e sem oscilação (por estar deitado). Este método pode gerar controversias, como: o que acontecerá quando o paciente ficar em pé e lançar cargas sobre ele, criará trauma mecânico? A resposta é não, o que veremos logo a seguir.

Aquecemos uma placa termomoldável específica que irá ser moldada nos pés do paciente, obtendo com 100% de precisão, quanto ao formato do seu arco plantar. Assim como no exato momento da moldagem podemos ver e analisar a úlcera e o melhor ponto de apoio pra distribuição de carga.

A placa é fina, resistente (de acordo com a necessidade) e com memória, sua depreciabilidade pode chegar a 100% o que exime qualquer possibilidade de trauma mecânico, isto se deve ao fato do arco não ser maciço, porém anatomico.

Na momento da fabricação, o Ortesista terá em sua mãos uma série de informações importantes que serão imprescindíveis para fabricação de uma boa e funcional palmilha. Informações como a imagem (fotos) dos pés no podoscópio (plantar), vista posterior e outras se necessário; fotopodograma para saber a posição dos ossos e da úlcera, largura e comprimento dos pés, onde estão anotados também as informações obtidas com a análise clínica dos pés; anexado ao pedido médico, e por último a placa moldada no pé do indivíduo, que será a plataforma para a confecção da palmilha (já que a placa se torna parte da mesma). Os materiais utilizados na confecção das palmilhas são diversos, indo desde o EPDM ao EVA podendo chegar até 5 tipos de materiais diferentes numa mesma palmilha, estes são decididos com base nas informações obtidas. O que não se utiliza é o silicone ou similares.

Tamanho precisão e informação leva aos resultados extremamente positivos, obtidos pela técnica de TOLEDO®. São as centenas de casos tratados e acompanhados em pesquisas de campo, abrangendo todos os tipos de patologias que acometem os pés, que confirmam a técnica de TOLEDO® como uma das mais novas e eficiente palmilha existente hoje no mercado.

Conclusão

A técnica de TOLEDO® é hoje uma moderna e eficiente palmilha, que de forma artesanal e altamente técnica, traz resultados importantes e um excelente custo benefício ao usuário. Tais afir-



Podoscópio vista plantar



Podoscópio vista posterior

mações não são infundadas, mas sim, analisadas e tecnicamente comprovadas, por meio de pesquisas de campo e apoiadas em literaturas científicas como as mencionadas, onde por elas a técnica foi desenvolvida, sempre buscando a eficiência de sua funcionalidade em patologias diversas. Mas como base para este artigo, focando os pés diabéticos, afirmamos sua eficiência no tratamento de úlceras de pressão, atingindo resultados diferenciados como nunca observados nas técnicas atuais.

¹Israel de Toledo - Podólogo, Ortesista, especializado em pés diabéticos pelo Hospital Brigadeiro - SP, especializado em Palmilhas Ortopédicas (ABOTEC), criador da técnica TOLEDO® de palmilhas ortopédicas, com anos de experiência em equipe Interdisciplinar, no tratamento de feridas em pés diabéticos por meio de palmilhas ortopédicas.

email: israeldetoledo@yahoo.com.br

Referências

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



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Pioneira em Micropigmentação no Brasil



Cursos de maquiagem definitiva

Torne-se um micropigmentador de sucesso com a Mag Estética

Curso Básico

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

Curso de aperfeiçoamento - 1

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

Curso de aperfeiçoamento - 2

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

Os melhores cursos de estética e beleza estão aqui

Cursos Livres



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

**Inscrições
Abertas**

Cursos Técnicos 2009



Esteticista 1.200 Horas

Podologia 1.200 Horas

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



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

Tel.: (11) 2061-7763

www.magestetica.com.br

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



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

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

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

Autor dos livros:

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

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

Índice

Introdução - Lesões do pé

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

Capítulo 1

Explorações específicas.

- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

Capítulo 2

Exploração dermatológica.

Lesões dermatológicas.

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

Capítulo 3

Exploração articular.

Lesões articulares.

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

Capítulo 4

Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.

Breve recordação dos músculos do pé.

Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.

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

Capítulo 5

Exploração vascular, arterial e venosa.

Exploração. Métodos de laboratório.

Lesões vasculares.

- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-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: (#55-19) 3365-1586

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

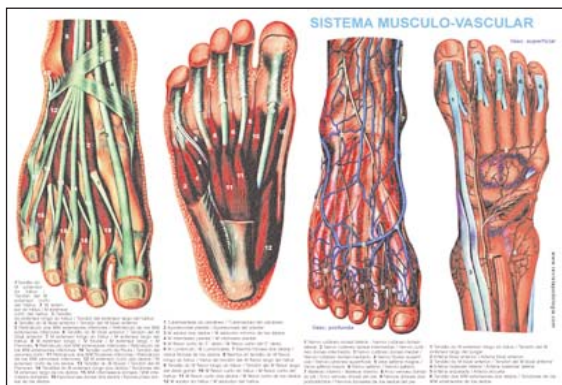
40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



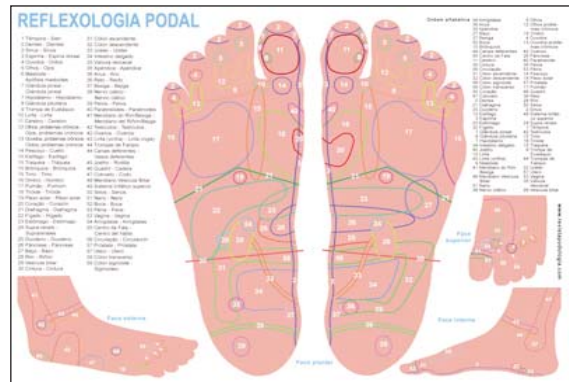
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALLOS

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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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