

revistapodologia .com

Nº 38 - Junho 2011



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em português

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 38
Junho 2011

Diretor Geral

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Diretor Científico

Podólogo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Correspondentes

Chile

Podólogo Pablo Farías Mira
pablofar4a@hotmail.com

Cuba

Podóloga Miriam Mesa
miriam.mesa@infomed.sld.cu

Portugal

Podólogo Dr André Ferreira
andre_filipe_ferreira@hotmail.com

ÍNDICE

Pag.

3 - Técnica de Modelagem por Contenção (TMC).

*Sergio Limones Rodríguez. **Espanha.***

8 - Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Pé Diabético.

*Dr. Guilherme Benjamim Brandão Pitta e Professor Aldemar Araújo Castro. **Brasil.***

18 - Fotos do II Congresso Multiprofissional para Saúde dos Pés, dias 5 e 6 de Junho em Curitiba, Paraná, **Brasil.**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 23.

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.

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

Técnica de Modelagem por Contenção (TMC). Técnica Limones.

Podologo Sergio Limones Rodriguez. *Espanha.*

Elaboração de orteses plantares mediante adaptação direta

Resumo

A confecção de orteses plantares tem sido uma poderosa arma em mãos dos Podólogos para o tratamento de diversas patologias no pé.

Ditas afecções passam desde incipientes dedos em garra, metatarsalgias e sobre-cargas do antepé, ate talalgias, esporões calcâneos, bursites retro-aquileas e tratamentos pós-cirurgicos.

No entanto, embora a técnica de adaptação direta (TAD) conhecida ate agora permite a elaboração de orteses sobre a caminhada e sem muitos dias de espera por parte do paciente, a maioria dos profissionais opta pela retirada do molde em espuma fenólica e o recheio destas com gesso. Isto é devido aos excessivos incômodos para o paciente que leva a técnica de adaptação direta tradicional assim como a incomoda aparelhagem que requer.

Neste artigo se apresentar a Técnica de Moldagem por Contenção (TMC) que une as vantagens da tomada de moldes em espuma fenólica e as características praticas e de rápida elaboração próprias da técnica de adaptação direta.

Palavras chave

Orteses plantares, espuma fenólica, moldagem direta, vacuum.

Material e método

Na elaboração de orteses plantares direta usaremos como material termoplástico a resina já que sua temperatura de fusão e de moldagem oscila entre 80-100 °C. O requerimento de uma temperatura superior seria inviável já que, ao usar esta técnica, a resina, depois de ter-se esquentado, sera resfriada sobre o pé do paciente.

A técnica de adaptação direta (TAD) tradicional implica que esta se realize em descarga, com o paciente em decúbito e realizando a correção desejada enquanto se produz o esfriamento do material. É necessária para seu uso a utilização

de uma maquina de sucção (vacuum), tubos de ar, e bolsa de vácuo específicos para este fim.

Mediante a Técnica de Moldagem por contenção (TMC) solucionaremos a maioria destes inconvenientes adicionando as vantagens que nos oferecem a tomada de moldes em espuma fenólica.

Definiremos a TMC da seguinte maneira:

“Obtenção da orteses plantar através da aplicação do pé em carga sobre o material termoplástico produzindo a contenção deste em espuma fenólica. Durante o processo de esfriamento não será necessário a utilização de nenhum método de sucção ficando também resolvida a necessidade de esfriar o material diretamente sobre o pé do paciente”.

A intenção e fim principal desta nova técnica é agilizar nas consultas o processo de elaboração de orteses plantares minimizando os incômodos que possa referir o paciente durante o processo. Igualmente, se inclui dentro de seus objetivos a confecção de orteses que se adaptem mais fielmente a fisiologia do pé a tratar.

Como realizar a TMC?

A TMC consiste na tomada de moldes em uma caixa de espuma fenólica onde temos colocado um pedaço de material termoplástico (resina) sobre o que o paciente pisara junto com a espuma.

O paciente em bipedestação apoiara seu peso na espuma. A resina se fundira dentro da espuma tomando a forma do pé do paciente e sendo contida durante seu processo de resfriamento.

O processo é similar ao da tomada de moldes em espuma fenólica com a exceção de que, entre a espuma e o pé do paciente intercalaremos o material termoplástico desejado. É por isso que a correção que desejamos realizar no pé do paciente a faremos como se de uma tomada de moldes em espuma se trata. A resina que fica dentro da espuma estará igual, em posição corrigida.

**A qualidade dos produtos Ferrante tem
o reconhecimento do profissional
brasileiro há mais de 80 anos.**



Mocho
Cód. 15200



Cadeira Master
Cód. 13945 M1
Opcinais
- bandeja para resíduos
- luminária com exaustor
- bandeja para instrumentos
- suporte universal



Luminária
Cód. 17201

Estufa
Cód. 17600

Cadeira Master
Cód. 13945

Armário
Cód. 15401

Rua Independência, 661 - Cambuci - São Paulo - SP - CEP 01524-001
Grande São Paulo (11) 2063 7815 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br



FERRANTE
80 anos valorizando o profissional

Para esta técnica, o desenho padrão será de forma retangular tomando como referencia as cabeças metatarsiais e a biseção posterior do calcâneo.

Deixaremos entre 1-2 cm de margem tanto pela parte distal como proximal e entre 2-3 cm pela parte medial e lateral.

Metodo

a) Preparação do material:

- 1. Desenho padrão.
- 2. Corte do material.
- 3. Fusão do material.
(Temperatura do forno entre 80-100 °C)

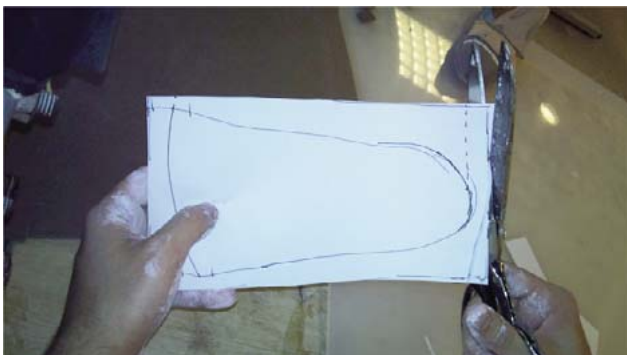


Fig 1 - Desenho e recorte do padrão.



Fig 2 - Corte do material termoplástico.



Fig 3 - Colocação do filme sobre a espuma.

b) Tomada do molde / adaptação da resina:

- 1. Paciente em bipedestação.
- 2. Colocar a resina quente envolta em filme de plástico sobre a espuma.
- 3. Colocar 2 panos de algodão sobre a resina.
- 4. Realizar a correção desejada.
- 5. Pedir ao paciente que realize uma pisada sobre a caixa de espuma fenólica
- 6. Retirar o pé do paciente da espuma fenólica
- 7. Esperar ate o total resfriamento do material



Fig 4 - Resina envolta entre plásticos. Colocação de algodão para proteção.



Fig 5.1 - Adaptação da orteses à espuma fenólica após pisada corrigida do paciente.



Fig 5.2 - Adaptação da orteses à espuma fenólica após pisada corrigida do paciente.

C) Finalização da orteses

- 1. Eliminação do material excedente mediante tesouras ou polidora.
- 2. Pegada da coberta e elementos necessários de contenção e descarga.

Para as mãos de um podólogo experiente na tomada de moldes, a TMC não trará nenhuma dificuldade. Ademais, as vantagens que tem são numerosas:

- Economia considerável de material caro e complexo como a máquina de sucção e o gesso.
- Minimiza os incômodos que podemos ocasionar ao paciente já que não é necessário que ele permaneça em contato com o material termoplástico enquanto se resfia.
- Diminuição do tempo de confecção devido à menor aparelhagem necessária.
- Ao ser uma técnica que se realiza em carga, as orteses plantares obtidas com ela terão a máxima fidelidade a fisiologia do pé.
- Permite modificações da orteses por meio de



Fig 6 - Ortese após esfriamento e recortado do material sobranste.

aquecimento parcial com pistola quente.

- Entrega imediata.

Cabe mencionar a maior comodidade que tem as orteses fabricadas em resina comparada com as de polipropileno assim como sua estética mais atraente.

Estas razões entre outras, fazem da resina o material de escolha na maioria das consultas podológicas e dão ao TMC um interesse mais pratico.

Claro que, o uso desta técnica não exclui nenhuma outra.

Se já possui câmara de vácuo e material necessário para as técnicas tradicionais pode-se optar pela TMC em casos concretos como por exemplo, a necessidade de entrega imediata da orteses devido a:

- Patologias agudas (esportistas)
- Pé de risco.

Conclusão

Depois de aplicar a TMC em 35 pacientes de idade, estatura e peso variados se observo uma boa aceitação por parte de todos eles sendo mínimos os incômodos que tem referido.

Uma vez confirmada à viabilidade da TMC, temos centrado nossa atenção em corroborar que a sensação de calor percebida pelos pacientes não só era indolor senão apenas perceptível.

Trás o seguinte questionário, 100% dos casos expressaram sua maior aceitação por este técnica em comparação com a TAD tradicional e refletiu sua opinião positiva sobre as orteses realizadas.

Questionário (maracar com uma X)

1. Que grau de incomodo tem sentido durante o processo de elaboração de suas orteses plantares?

- Nenhuma
- Leve
- Moderada
- Considerável
- Excessiva

2. A sensação de calor no pé percebido durante o processo tem sido:

- Nenhuma
- Insignificante
- Moderado
- Excessivo
- Senti dor

3. No geral, a elaboração da orteses plantar mediante a TMC resultou-me:

- Pratica e útil
- Boa
- Aceitável
- Incomoda
- Má

Sergio Limones Rodríguez

Estudante do último ano
Escuela Universitaria de Podología.
Universidad de Sevilla (España)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CÉSPEDES CÉSPEDES, T; DORCA COLL, A;
CONCUSTELL GONFAUS, J; SACRISTAN VALERO,
S; CÉSPEDES ARGEMI, M; SÁNCHEZ NAVARRO,
G. Técnica de aplicación directa (TAD) de órtesis sobre el pie: a propósito de varios casos clínicos. Rev Esp Podol 1999, 10(6): 325-339.

MASTER FOTON PODOLOGIA

**É FOTOPOLIMERIZADOR
FUNGICIDA e
BACTERICIDA !!!**



IDEAL PARA O TRATAMENTO DE:

- ONICOMICOSE
- MICOSES DE PELE
- GRANULOMAS
- FERIDAS DIABÉTICAS

FOTOPOLIMERIZADOR



**ANVISA
80355369001**

**Contatos: #55 (011) 2693.3723
email: vidaeeden@yahoo.com.br**

Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Pé Diabético no Hospital Escola José Carneiro e Unidade de Emergência Armando Lages.

Autores

Guilherme Benjamim Brandão Pitta - Professor Doutor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Cirurgião Vascular da Unidade de Emergência Armando Lages e Hospital Escola José Carneiro.

Aldemar Araújo Castro - Professor Mestre Assistente do Departamento de Medicina Social da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

Alunos do sexto ano da graduação do curso de medicina da UNCISAL

Alexandre Magno Macário Nunes Soares - *Cícero do Juazeiro Job Maciel* - *João Domingos Montoni da Silva* - *Gláucia Maria Torres Muniz* - *Selen Brandão Asmar*.

Study Epidemiologic Of Carrying Patients Of Diabetic Foot In The Hospital School José Carneiro And Unit Of Emergency Armando Lages

Instituições: Unidade de Emergência Armando Lages e Hospital Escola José Carneiro / Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

Trabalho realizado sob financiamento do Programa de Iniciação Científica da UNCISAL / Coordenadoria de Pesquisa e Extensão

RESUMO

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO NO HOSPITAL ESCOLA JOSÉ CARNEIRO E UNIDADE DE EMERGÊNCIA ARMANDO LAGES

Objetivos

Realizar um estudo epidemiológico de pacientes com pé diabético levando-se em consideração a procedência, o nível sócio-econômico e o tipo de atendimento primário.

Métodos

Estudo descritivo, observacional e prospectivo de um grupo de pacientes com lesões necróticas e/ou infecciosas em membros inferiores atendidos no Hospital Escola Dr. José Carneiro e Unidade de Emergência Dr. Armando Lages.

Resultados

Foram estudados 614 pacientes dos quais 57,17% eram do sexo masculino e 42,83% do sexo feminino; 68,73% encontravam-se numa faixa etária entre 61 e 80 anos; 51,47% não residem em Maceió; 90,55% são analfabetos ou semi-analfabetos; 84,20% ganham até um

salário mínimo; 71,82% tiveram um atendimento primário, porém, apenas 11,07% foram especializados; o tratamento cirúrgico realizado predominante foi a amputação de dedo (31,6%) seguida de antepé (22,64%) e perna (21,99%); o tipo de lesão prevalente foi a mista (57,49%), seguido do infeccioso (29,80%) e isquêmico (12,70%).

Conclusões

A maior parte dos pacientes atendidos não é procedente de Maceió, são analfabetos ou semi-analfabetos, ganham até um salário mínimo e tiveram atendimento primário, porém não especializado.

Descritores

1- Diabetes Mellitus 2- Pé diabético 3- Epidemiologia 4- Amputação 5- Saúde Pública.

ABSTRACT

STUDY EPIDEMIOLOGIC OF CARRYING PATIENTS OF DIABETIC FOOT IN THE HOSPITAL SCHOOL JOSÉ CARNEIRO AND UNIT OF EMERGENCY ARMANDO LAGES

Objectives To carry through a study epidemiologist of the patients with diabetic foot taking itself in consideration the origin, the partner-economic level and the type of primary attendance.

Methods Descriptive, observational and prospective study of a group of patients with necrotics and/or infectious injuries in inferior members taken care of in the Hospital Dr. School Jose Sheep and Unit of Emergency Dr. Seting Lages.

Results 614 patients of which had been studied 57.17% were of masculine sex and 42.83% of the feminine sex; 68.73% met in a age band



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

between 61 and 80 years; 51.47% do not inhabit in Maceió; 90.55% are illiterate or half-illiterates; 84,20% earn up to 1 minimum wage; 71,82% had had a primary attendance, however, only 11.07% had been specialized; the predominant carried through surgical treatment was the amputation of finger (31,6%) followed of before-foot (22,64%) and leg (21,99%); the type of prevalent diabetic foot was the compound (57,49%), followed of infectious (29,80%) and the ischemic one (12,70%).

Conclusions

Most of the taken care of patients is not originating Maceió, is illiterate or half-illiterates, earns up to 1 minimum wage and had had attendance primary, however not specialized.

Describers

1- Diabetes Mellitus 2- Diabetic Foot 3- Epidemiology 4- Amputation 5- Public Health

Introdução

O Diabetes Mellitus é uma síndrome múltipla, decorrente de falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos¹. O impacto da doença é assustador. Existe grande associação entre o diabetes e o desenvolvimento de insuficiência renal, cegueira, cardiopatias^{2,3}. A doença cardiovascular continua sendo a principal responsável pela redução da sobrevida e da incapacitância de pacientes diabéticos^{4,5}.

O diabetes é considerado como um problema de saúde pública, tendo em vista o seu caráter crônico e por ser uma patologia que afeta a população em grandes proporções^{5,7,8}. O diabetes mellitus é um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, tanto em termo de número de pessoas afetadas, incapacitação, mortalidade, como dos custos envolvidos no controle e no tratamento de suas complicações^{1,2,7,9,10}.

O pé diabético causa considerável sofrimento, mudanças no estilo e qualidade de vida do paciente, impedindo de suas funções normais, e finalmente, em alguns casos, amputação, com extremas conseqüências^{8,10,11,12,13}. Incluindo sobrecarga do sistema previdenciário por aposentadorias precoces, perda das funções laborais em faixa etária produtiva, altos custos hospitalares para seu tratamento e reabilitação^{7,10,14,15}.

O diabetes afeta aproximadamente 6.25% da população norte-americana - aproximadamente 16 milhões de pessoas¹⁶. Além disso, dados da

Organização Pan-americana de Saúde mostram existir cerca de 30 000 000 de diabéticos nas Américas^{17,18}. Estima-se que no Brasil existam mais de cinco milhões de diabéticos, dos quais, metade desconhece o diagnóstico^{1,19}.

Destes, a grande maioria só irá descobrir a doença na vigência de uma complicação, muitas vezes com danos irreparáveis ao organismo^{1,19,20}. O que vem agravando o crescente índice das complicações diabéticas está no fato da população está envelhecendo mais¹⁷. Com isso há maior probabilidade de se desenvolver redução na sensibilidade, menor circulação periférica e maior probabilidade de infecção; casos que são agravados no caso da doença precariamente controlada^{3,19,21,22}. Esses fatos tornam os pacientes diabéticos particularmente vulneráveis aos problemas graves do pé e da perna^{3,19,21,22,24}.

De toda a gama de problemas que tal patologia pode causar, destacam-se os de ordem vasculonervosa^{12,13,23}. Para termos uma idéia mais concreta, basta citarmos que cinco de cada seis grandes amputações de membros são realizadas em pacientes diabéticos^{11,25,26,27}.

Pé diabético é a infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica no membro inferior^{3,12}. Caracteriza-se pela patogenia das complicações que incidem no pé do paciente com diabetes mellitus, que são resultado da interação de três fatores: neuropatia, isquemia e infecção^{3,12}. As complicações do pé diabético são de grande freqüência, sendo responsabilizadas por cerca de 20% dos internamentos dos pacientes diabéticos^{10,15,18,28}.

Os pacientes diabéticos têm em torno de quinze a quarenta vezes maior risco de sofrer amputações que os não diabéticos, e que, aproximadamente 20% dos amputados morrem em dois anos^{2,5,7,10,11,12,29,30}. Em virtude das múltiplas complicações e da natureza debilitante do diabetes, cerca de 14% da população afetada são hospitalizados anualmente com uma média de seis semanas por cada internação^{15,25,29} e com custos estimados em cerca de U\$ 200.000.000 anual⁷.

O objetivo do nosso estudo é traçar um perfil epidemiológico de pacientes portadores de pé diabético em na Unidade de Emergência Armando Lages (UE) e Hospital Escola Dr. José Carneiro (HEJC), levando em consideração a procedência dos pacientes, seu nível sócio-econômico-cultural e o tipo de atendimento primário.

Métodos

A presente pesquisa sofreu apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas / Escola de Ciências Médicas (PP013), tendo sido aprovada no todo.

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal e prospectivo de um grupo de pacientes atendidos na Unidade de Emergência Armando Lages e Hospital Escola Dr. José Carneiro no período de julho de 2000 a junho de 2003.

Foram incluídos pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipos 1 ou 2 diagnosticados laboratorialmente, que apresentaram lesões necróticas e/ou infecciosas nos membros inferiores, sejam elas primárias ou recidivantes, independente do sexo, raça, cor, procedência e profissão no período de julho 2000 de a junho de 2003.

Foram excluídos da pesquisa aqueles que não concordaram com a participação, pacientes diabéticos que apresentassem lesões que não sejam em membros inferiores, pacientes com lesões necróticas e/ou infecciosas não portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 ou 2, deficientes mentais e gestantes.

As variáveis primárias constavam de procedência dos pacientes, nível sócio-econômico-cultural e atendimento primário. As variáveis secundárias constavam de faixa etária, tipo de atendimento primário, tratamento cirúrgico anterior, comorbidades associadas, tratamento cirúrgico realizado, tipo de lesão, tempo de hospitalização e tempo de doença diagnosticada.

Utilizou-se formulário próprio para investigação e armazenamento das informações procuradas. Os referidos pacientes ou seus representantes legais foram esclarecidos a cerca da importância da pesquisa no âmbito da saúde pública. O formulário foi exposto e esclarecido, assim como sua participação foi de livre arbítrio e a folha de consentimento prévio exibida e ali expressa sua autorização.

Os dados obtidos com o exame clínico (anamnese e exame físico) foi introduzido em questionário próprio para a pesquisa e arquivado em banco de dados.

Todos os dados foram explicados em intervalos de confiança, assim como porcentagens, com índice de significância igual a 95% e ilustrados em tabelas.

Resultados

Após a coleta dos dados obteve-se como uni-

verso de estudo um total de 614 pacientes. Destes 57.17% (IC=95%, 53.3% a 61.1%) pertenciam ao sexo masculino e 42.83% (IC=95%, 38.9% a 46.7%) ao sexo feminino (Tabela 01). Com relação à faixa etária, 68.73% (IC=95%, 65% a 72.4%) da amostra estudada encontravam-se entre 61 e 80 anos de idade.

Com relação à procedência 48.53% (IC=95%, 44.6% a 52.5%) provinham de Maceió, enquanto 51.47% (IC=95%, 44.6% a 55.4%) provinham de outras localidades (Tabela 02). A distribuição por escolaridade diz que 90.55% (IC=95%, 88.2% a 92.8%) da amostra pesquisada são analfabetos ou semi-analfabetos (Tabela 03). Com relação à renda familiar, 84.2% (IC=95%, 81.3% a 87.1%) ganham até um salário mínimo (Tabela 04). A maioria dos pacientes, 71.8% (IC=95%, 68.24% a 75.36%) teve um atendimento primário que antecedeu o realizado nestas instituições (Tabela 05).

Quanto ao tipo de atendimento primário, 88.92% (IC=95%, 86.4% a 91.4%) não tiveram um atendimento primário especializado e 8.79% (IC=95%, 6.55% a 11.03%) dos pacientes já tinham sofrido pelo menos um procedimento cirúrgico referente ao problema em questão (Tabela 05).

O tratamento cirúrgico mais realizado nos referidos pacientes foi a amputação de dedo em 31.6% (IC=95%, 27.9% a 35.3%), seguida de ante-pé com 22.64% (IC=95%, 19.3% a 25.9%) e perna 21.99% (IC=95%, 18.6% a 25.2%).

O tipo de lesão mais encontrado foi o misto (isquêmico associado a infecções) com 57.49% (IC=95%, 53.5% a 61.3%) dos casos analisados.

Dentre as comorbidades encontradas aquela que apareceu mais freqüentemente foi a hipertensão arterial com 50.81% (IC=95%, 46.8% a 54.75%).

O tempo de internação hospitalar teve maior incidência entre 7 e 15 dias, com 49.19% (IC=95%, 45.1% a 53.05%).

Quanto ao tempo de evolução da doença, 63.03% (IC=95%, 59.2% a 66.82%) dos pacientes apresentavam evolução superior a dez anos.

Discussão

As lesões de extremidades inferiores nos pacientes diabéticos constituem um grande problema de saúde pública, por serem freqüentes na população diabética de baixo nível sócio-econômico, com condições inadequadas de higiene e pouco acesso aos serviços de saúde

podology



PEDISCRUB

KAOLIN, EXTRATO DE ALOE, CAROÇO DE ALPERCE e ÁCIDO LÁCTICO.

APLICAÇÃO

Aplicar efetuando uma suave massagem circular nos calcanhares e nas plantas dos pés, até se produzir a descamação.

INDICAÇÕES:

Creme esfoliante para os pés. Creme esfoliante para eliminar as durezas dos calcanhares e da parte sobre a qual se apoia o pé.- Elimina as células mortas, previne a secura e suaviza e recupera a flexibilidade da pele do pé, diminuindo a sensação de comichão e de "pés adormecidos".- O seu conteúdo em pó refinado de Caróço de Alperce exfolia suavemente. Pelo seu conteúdo em Óleo Essencial de Menta tem propriedades revitalizantes, ao mesmo tempo que o Extrato de Aloe Vera proporciona uma hidratação profunda.



PEDIMASK

TALCO, EXTRATO DE CAMOMILA, ÓLEO ESSENCIAL DE ROSMANINHO, ÓLEO DO ÁRVORE DO CHÁ e MENTOL.

APLICAÇÃO.

Aplicar uma camada média de PEDIMASK por todo o pé e manter durante 15-20 minutos. Retirar seguidamente com água morna.

INDICAÇÕES

Máscara Hidro-reparadora e refrescante para os pés. Máscara que hidrata, repara, reestrutura e aumenta a elasticidade dos pés secos, cansados e deteriorados de um modo imediato.- Impede a evaporação de água nos tecidos e pela sua combinação de Princípios Hidratantes, Mentol, Extrato de Camomila e Óleos Essenciais de Árvore do Chá e Rosmaninho, acalma, condiciona e suaviza a pele dos pés, deixando-os frescos e relaxados. Tem propriedades bactericidas e reduz o inchaço dos pés doloridos e estriados.



PEDICONFORT

URÉIA, MANTEIGA DE KARITÉ, EXTRATO DE CALÊNDULA, EXTRATO DE ALFAZEMA, CERA DE ABELHAS, ÓLEO ESSENCIAL DE LIMÃO e TRICLOSAN.

APLICAÇÃO.

Depois de lavar os pés, aplicar o creme por meio de uma suave rotação até sua total absorção. Usar uma ou duas vezes ao dia indistintamente pela manhã ou pela noite.

INDICAÇÕES

Creme regenerador calmante e suavizador para os pés. Para pés cansados e estragados, produz um alívio imediato e prolongado. Atenua as gretas produzidas pelo excesso de secura, devido ao efeito reparador da Manteiga de Karité e do Óleo Essencial de Alfazema. Suaviza os pés e previne a formação de durezas, nutrindo a pele sem deixar restos graxos. Efeitos anti-sépticos pelo seu conteúdo em Óleo Essencial de Limão, mantém os pés isentos de bactérias, pelo qual ficam desodorizados, hidratados e frescos, evitando os cheiros desagradáveis.



PEDIREMOVE

HIDRÓXIDO POTÁSSICO

APLICAÇÃO.

Cubra a dureza com um algodão seco.- Embeba o algodão o mais possível com PEDIREMOVE.- Mantenha durante 10 minutos, acrescentando PEDIREMOVE no caso de haver evaporação de produto.- Retire o algodão passando pela dureza com uma espátula ou uma raspadeira.- Repita esta operação todas as vezes que for necessário.- Ao acabar pula a zona com uma escova de unhas ou uma lixa para os pés.- Lave abundantemente com água no final do processo.- Proteger a polpa dos dedos com uma luva ao fazer a aplicação do produto.



NIGHT & DAY

Tratamento na Clínica/Salão

- 1º PEDIREMOVE (só para pés com calos) 10 minutos
- 2º PEDISCRUB
- 3º PEDIMASK 15/20 minutos
- 4º PEDICONFORT

Tratamento Spa dos Pés (revenda)

- 1º PEDISCRUB
- 2º PEDIMASK 14/20 MINUTOS
- 3º PEDICONFORT

Produtos Fabricados e Importados da Espanha por Laboratorios Ximart S.A. - Res. ANVISA N° 343/05

Compre com preço diferenciado para profissionais
no www.shop.mercobeauty.com

10,13,15,19,22. Quando os pacientes procuram atendimento médico, as lesões geralmente estão em estágios avançados, requerendo tratamento cirúrgico, que muitas vezes os incapacitam para suas atividades de rotina 21. Além disso, o tratamento dessas lesões requer internações prolongadas em serviços especializados e o uso de antibióticos de alto custo 6,15.

No presente estudo, não foi observada variação significativa entre os sexos. Estudos diversos têm demonstrado que não há correlação entre o sexo na patologia em questão 6,7,22,28,31; inclusive um estudo multicêntrico realizado no Brasil, também informa pouca relação entre o sexo e a patologia 32. No entanto, alguns outros estudos têm demonstrado alguma diferença significativa entre os sexos, nos quais em alguns, o sexo mais acometido é o masculino 5,11,15,29 e em outros, o sexo mais acometido é o feminino 10,26. Portanto, não há predominância sobre o sexo acometido.

A procedência dos pacientes retrata a incapacidade de certas localidades em lidar com problema. Compõem de pessoas de regiões pobres, sem acesso a sistema de saúde qualificado ou sem este acesso. Ausência de pessoal qualificado para o diagnóstico precoce e acompanhamento também fazem parte desta razão. Junta-se a isso a limitada capacidade de assimilação das informações, uma vez que a maior parte destas pessoas possui um baixo nível sócio-econômico-cultural 5,22,31. Condições precárias de higiene também contribuem para descontrole da doença.

Dados de nosso estudo mostram que estes vêm recebendo atendimentos primários que não são suficientes para o objetivo proposto ou não são repassados de forma eficaz.

A faixa etária mais acometida encontra-se entre os 61 e 80 anos, com tempo de evolução da doença acima de 10 anos. Estudos anteriores mostram a evolução insidiosa do diabetes 5,10,15,22,26,28,31,34 onde reafirma-se o caráter crônico e insidioso do diabetes.

O atendimento especializado foi de acesso restrito justificado pela não existência e/ou pouco número desses profissionais.

Diante da gravidade dos casos encontrados, o tratamento dirigido para a maior parte dos acometidos foi a amputação. Tal conduta é observada praticamente como rotina em complicações e má evolução do pé diabético 11,15,22,28,31. Alguns outros estudos mostram que os cuidados e a prevenção continuam sendo o melhor tratamento para o pé diabético

3,5,8,12,20,21,22,35,36,37 e que diante desta conduta, os malefícios da doença quando presentes, são de menor intensidade 7,8,35,36,37.

O tipo de lesão encontrada foi aquela onde havia associação de isquemia com infecção. Este dado é comentado na literatura e em nosso meio e justificado pelas baixas condições de higiene a que são submetidos a maior parte dos pacientes 38,39.

Comorbidades como hipertensão, acidente vascular cerebral, obesidade, nefropatia diabética e retinopatia diabética também foram encontrados, refletindo o caráter crônico e multi-sistêmico do diabetes 7,11,15,22,28,29,31.

O tempo de internamento hospitalar atendeu as expectativas, uma vez que a literatura afirma ser esta uma patologia que ocupa os leitos hospitalares por um período acima da média prevista, contribuindo também para o aumento da sobrecarga financeira dos serviços de saúde 6,9,11,15,26,28,29.

Conclusão

O perfil dos pacientes com pé diabético das referidas instituições é de pacientes provenientes de outras localidades de nosso estado e fora dele, possuem um baixo nível sócio-econômico-cultural e tiveram acesso a um atendimento primário, porém não especializado.

Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos pacientes com pé diabético no HEJC e UE por sexo.

	<i>n</i>	%
Homens	351	57,17
Mulheres	263	42,83
Total	614	100

Tabela 2: Distribuição dos pacientes com pé diabético no HEJC e UE por procedência.

	<i>n</i>	%
Maceió	298	48,53
Litoral Norte	112	18,24
Litoral Sul	83	13,52
Agreste	84	13,68
Sertão	53	8,63
Outras	14	2,28
Total	614	100

ECCO[®]



Laser Red Photo Therapy

“O melhor tratamento
para os pés”

100% APROVADO

ONICOMICOSE **CURA**

ONICOCRIPTOSE **CURA**

FISSURA CALCÂNEA **CURA**

VERRUGA PLANTAR **CURA**

Totalmente natural
Não invasivo
Uso terapêutico



INMETRO

ANVISA

80323310002

À venda no **Shop da revistapodologia.com**
www.shop.mercobeauty.com

Tabela 3: Distribuição dos pacientes com pé diabético no HEJC e UE por nível de escolaridade

	<i>n</i>	%
Analfabeto	409	66,61
Semi-Analfabeto	147	23,94
1º Grau	50	8,14
2º Grau	8	1,3
Total	614	100

Tabela 4: Distribuição dos pacientes com pé diabético no HEJC e UE por renda familiar

	<i>n</i>	%
Até 1 salário	517	84,20
1 a 3 salários	74	12,05
Acima de 3 salários	23	3,75
Total	614	100

Tabela 5: Distribuição dos pacientes com pé diabético no HEJC e UE por tipo de atendimento primário

	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Hospital	193	31,43				Pré- amputação	54	8,79
Programa de Saúde da Família	41	6,68	Tiveram Atendimento	441	71,82	Clínico	319	51,95
Posto de Saúde	297	33,71				Especializado	68	11,07
Sem atendimento	173	28,28	Não Tiveram atendimento	173	28,18			
Total	614	100						

Referências

1. _____ Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Consenso Brasileiro sobre Diabetes. Sociedade Brasileira de Diabetes 2000.
2. Luccia ND. Doença vascular e diabetes. J Vasc Br 2003;2(1):49-60. Disponível em: URL: <http://www.jvascbr.com.br>
3. _____ American Diabetes Association. Consensus development conference on diabetic foot wound care. Diabetes Care 1999;22(8):1354-60.
4. Panzram G. Mortality and survival in type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. Diabetologia 1987;30:123-131.
5. Abarca CAA. Cuidados preventivos de los pies. Pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2001; 39(4):311-17.
6. Artega TR, Becerril CR, Genis EF. Incidencia y frecuencia del pie diabético en un periodo de cinco años: 1994-1998. Rev sanid mil 2000;54(2):76-8.
7. Bernardes CHA, Penteado JG, Martins MFS,

Rosa VA, Tinos MS. Pé diabético: análise de 105 casos. Arq Bras Endocrinol Metab 1993;37(3):139-42

8. Evangelista SSM, Frankini AD, Vergara, EM, et al. VI fórum nacional da SBACV: o desafio do pé diabético. Cir vasc angirol 1999;15(n. esp):29-32.
9. Olvera HG, Arias SG, Arias LG, et al. Incidencia del pie diabético en los ingresos al servicio de emergencia del Hospital Luis Vernaza en el año 1997. Medicina 1999;5(2):86-9.
10. Calsolari MR, Castro RF, Maia RM, Maia FCP, Castro AV, Reis R, Ferreira AR, de Marco L, Purischi S. Análise retrospectiva dos pés de pacientes diabéticos do ambulatório de diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte, MG. Arq Bras Endocrinol Metab 2002;46(2). Disponível na URL: www.scielo.br
11. Diaz GP. Amputaciones en el servicio de cirugía del hospital dr. Felix bulnes cerda. Rev Chilena de Cirurgia 2000;54(01):53-58.
12. _____ Internacional Consensus on the diabetic foot by the Internacional Working Group on the diabetic foot. May, 1999. Amsterdam,

Netherlands.

13. Lopes CF, Lopes CF. Pé diabético. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. p. 1-21. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>

14. Wrobel JS, Mayfield JA, Reiber GE. Geographic variation of Lower-extremity major amputation in individuals with and without diabetes in the Medicare population. *Diabetes Care* 2001;24(5):860-4

15. Milman MHSA. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001;45(05):447-51.

16. Sumpio BE. Foot ulcers. *N Engl J Med* 2000;343(11):787-93.

17. _____ Declaracion panamericana de las Americas sobre la diabetes. *Panam Health Org Bull* 1996; 30(3):261-5.

18. Cayado MG. El pie diabético. *Rev Cubana Invest Biomed* 1999;18(3):231-5.

19. Silva GT, Frankini AD. Pé diabético. In: Bonamigo TP, Frankini TP, Delduquekomlós PP. *Angiologia e cirurgia vascular: guia práctico*. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular 1994:17-21.

20. Sanchez AP. Salvamento del pie diabético. *Rev Mex Ortop Traum* 2000;14(4):297-301.

21. Caiafa JS, Canongia PM. Atenção integral ao paciente com pé diabético: um modelo descentralizado de atuação no Rio de Janeiro. *J Vasc Br* 2003;2(1): 75-8. Disponível em: URL: <http://www.jvascbr.com.br>

22. Pérez RS, Gonzalez RG, Alvarez R, Edreira J. Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados diabéticos. *Rev Cubana Endocrinol* 200;12(2):93-104.

23. Ferreira SRG, Pinto FM. Factors associated with the development of renal complications of diabetes mellitus in São Paulo City. *Braz. J Med Biol Res.* 1997;30(6):735-744. Disponível na URL: www.scielo.br

24. Gagliardi ART. Neuropatia periférica. *J Vasc Br* 2003;2(1): 67-73. Disponível em: URL: <http://www.jvascbr.com.br>

25. Charosky CB. Epidemiologia del pie diabético en la Argentina – Analisis catastral de 729 observaciones. *Rev Asoc Arg Ortop Y Traumatol* 1991;56(04):459-75.

26. Godoy OT, Sanzana VB, Barrios PL, Marín MJ, Fuentes BN, Olivos A. Realidad del pie diabético del programa de diabetes mellitus del Hospital de Molina año 1999. *Rev méd Maule* 1999;18(2):65-70.

27. Reiber GE, Pecoraro RE, Koepsell TD. Factores for amputacion in patients with diabetes

mellitus. A case-control study. *Ann Intern Med* 1992;117(2):97-105

28. Jorge BH. Análise clínica e evolução de 70 casos de lesões podais infectadas em pacientes diabéticos. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999;43(5):366-72

29. Alban HU, Rodrigues EP, Borrero AC, Gomez LF. Pie diabético: estudio clínico, epidemiológico y estadístico de casos en el Hospital Docente de la Policia Nacional Guayaquil – 2. *Revista Medicina* 2001;7(3):211-14.

30. Lopez-Antuñano S, Lopez-Antuñano FJ. Diabetes mellitus y lesiones del pie. *salud pública de Mexico* 1998;40(3):281-92.

31. Lopez OH, Puppi RE, Zega O, Garay NM. Pie diabético. A proposito de 40 observaciones. Aspectos clínicos e terapêuticos. *Geriatría Practica* 1996;6(7):3-6

32. Malerbi DA & Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care* 1992;15:1509-1516

33. Jesus FRM. Diagnóstico situacional de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente ambulatorio, hospitalizado y pensionado. *Rev Med IMSS* 1993;32:27-31.

34. Gomez HO, Gaibor AS, Gaibor LA, et al. Incidência del pie diabético em los ingresos al servicio de emergencia del Hospital Luis Vernaza em el año 1997. *Revista Medicina* 1999;5(2):86-9.

35. Lopes CF. Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito. The health program for diabetic foot treatment. *J Vasc Br* 2003;2(1):79-82. Disponível em: URL: <http://www.jvascbr.com.br>

36. Mayfield JA, Reiber GE, Nelson RG, Greene T. Do foot examinations reduce the risc of diabetic amputacion?. *J Fam Pract* 2000;jun;49(6):499-504.

37. Olea LS. Pie diabético: criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento desde el punto de vista ortopedico. *Revista Medica de Tucuman* 1994;1:297-312.

38. Rocha JLL. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002;46(3):221-229.

39. Sader HS, Daruzzo A. Terapia antimicrobiana nas infecções do pé diabético. *J Vasc Br* 2003;2(1):61-6. Disponível em: URL: <http://www.jvascbr.com.br>

Endereço para correspondência:

Alexandre Magno Macário Nunes Soares
Manoel Menezes 411-A ap 301 - Pinheiro
CEP: 57055-690 - Maceió-AL - Brasil
Fone: +82 3382775 / 99724342
e-mail: amagnos@bol.com.br

4º Simpósio Latino-Americano de Podologia

Pés em harmonia com o corpo.

12 de setembro - Expo Center Norte - São Paulo - SP



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA



Você não pode perder

- Novidades em técnicas e produtos
- As últimas tendências em procedimentos
- Palestrantes renomados
- Intercâmbio profissional
- Almoço incluso
- Visitação à maior e mais completa feira de cosméticos, beleza e bem-estar das Américas
- 16.000 m² de área exclusiva para estética
- Oportunidade de negócios

Antecipe sua inscrição: 11 3373-4633

Mais informações: www.beautyfair.com.br

congressos@beautyfair.com.br

Acompanhe a Beauty Fair nas redes sociais:



— BEAUTY FAIR —
Feira Internacional de Cosméticos e Beleza

II Congresso Multiprofissional para Saúde dos Pés

revistapodologia
.com

bsq
world | Spa
Esthetic
Wellness

5 de junho 2011 - Domingo



Tratando as úlceras através da Ortopodologia.

Israel de Toledo

Podólogo/Ortesista - Brasil



Avaliação do ciclo do caminhar e pressões plantares em pacientes diabéticos com e sem neuropatia sensitiva.

Miguel Oliveira - Podólogo - Portugal



Vários aspectos de uma lesão plantar. Paciente ao vivo.

Juciane Krambeck

Enfermeira/Podóloga - Brasil

6 de junho 2011 - Segunda



Aplicação do Laser e Led na podologia. Casos práticos.

Carlos Eduardo Zamboni

Físico - Brasil



Avaliações e técnicas modernas aplicadas ao Pé Diabético.

Dr. Edgar Herrera - El Salvador.



Pé diabético: prevenção com responsabilidade para eliminar complicações. Paciente ao vivo.

Ana Cristina Lima Brandini

Podóloga - Brasil

Após as palestras das Podólogas Krambeck e Brandini, foi feito um Fórum aberto de discussão dos casos apresentados com paciente ao vivo, onde foram feitas perguntas aos palestrantes e houve uma interessantíssima interação com eles gerando uma troca inesquecível de experiências.



A sala do congresso



O Podologo **Israel de Toledo**, Diretor Científico da REVISTAPODOLOGIA.com abrindo o congresso com a sua palestra falando do Tratamento das úlceras através da Ortopodologia.

Um dos convidado intenacionais: Podologo **Miguel Oliveira**, Português, Coordenador do Curso de Podologia da ESSVS, Curso Universitário de Podologia de Portugal, Presidente da Assembléia Geral da APP - Associação Portuguesa de Podologia, alguns dos muitos itens do seu currículo, nos atualizou falando na sua palestra da avaliação do ciclo do caminhar e pressões plantares em pacientes diabéticos com e sem neuropatia sensitiva onde ficamos sabendo entre outros da parceria entre a podologia e a tecnologia.



Uma interessante apresentação foi o da Podologa **Juciane Krambeck**, docente do Curso Técnico de Podologia do SENAC Curitiba, que com muita segurança e simpatia nos falou do tema Vários aspectos de uma lesão plantar, sendo que após a palestra fez o tratamento de um paciente com esta patolgia ao vivo.





No novo formato dos congressos da REVISTAPODOLOGIA.com: paciente ao vivo e interação entre os palestrantes e os congressistas. Sucesso absoluto. **Pdga Luciane Krambeck, Pdgo Miguel Oliveira, Dr Edgar Herrera (El Salvador) e Israel de Toledo.**



O **Dr Edgar Herrera**, salvadorenho (de El Salvador) que com seu ótimo português (estudou medicina no Brasil) nos atualiza sobre o que tem de novidades no mundo sobre Avaliações e técnicas modernas aplicadas ao Pé Diabético, tema da sua palestra. A nossa gratidão por sua sempre prestativa disposição para conosco e para com os congressistas respondendo gentilmente sempre que foi solicitado dentro e fora da sala do congresso.





Carlos Eduardo Zamboni atualizando e orientando aos congressistas sobre o tema *Aplicação do Laser e Led na podologia*, mostrando uma grande variedade de casos práticos.



A interessante apresentação da podóloga Ana Cristina Brandini, professora do Instituto Filadelfia e Coordenadora do Serviço de Podologia de Prevenção e Orientação do Pé Diabético da Fundação Pró-Renal Brasil, de Curitiba, na sua palestra *Pé diabético: prevenção com responsabilidade para eliminar complicações*. Após a palestra o tratamento com paciente ao vivo. Congresso com formato de curso, todo o que os profissionais assistentes querem, teoria e prática.





Pdgo. Miguel Oliveira, Sr Alberto Grillo, (diretor da Revistapodologia.com) e o Dr Edgar Herrera.



Pdgo Israel de Toledo, Pdgo. Miguel Oliveira e Sr Alberto Grillo.



Pdgo. Miguel Oliveira, Sr Alberto Grillo, Pdga Ana Brandini e Dr Edgar Herrera.



Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com



Mag Estética

Beleza feita com Arte

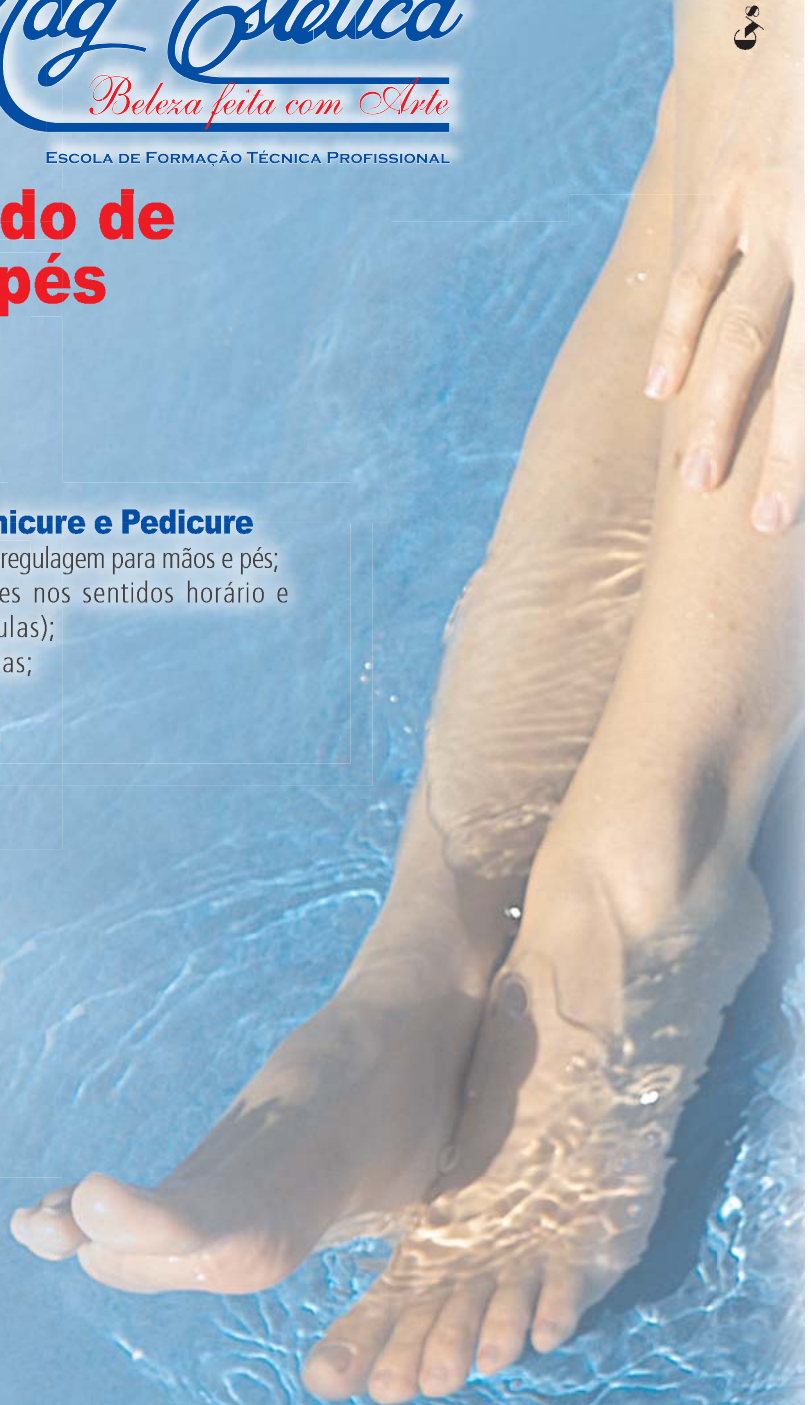
ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

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



Mag Estética

Beleza feita com Arte

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Pioneira em Micropigmentação no Brasil



Cursos de maquiagem definitiva

Torne-se um micropigmentador de sucesso com a Mag Estética

Curso Básico

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

Curso de aperfeiçoamento - 1

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

Curso de aperfeiçoamento - 2

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

Os melhores cursos de estética e beleza estão aqui

Cursos Livres



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

**Inscrições
Abertas**

Cursos Técnicos 2009



Esteticista 1.200 Horas

Podologia 1.200 Horas

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



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

Tel.: (11) 2061-7763

www.magestetica.com.br

Lesões nos Pés em Podologia Esportiva

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



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

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

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

Autor dos livros:

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

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

Índice

Introdução - Lesões do pé

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

Capítulo 1

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

Capítulo 2

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

Capítulo 3

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

Capítulo 4

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

Capítulo 5

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

Capítulo 6

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

Capítulo 7

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

Capítulo 8

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

Capítulo 9

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

Capítulo 10

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

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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1



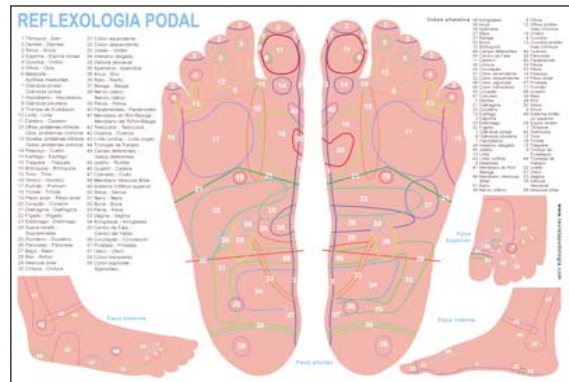
ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSIS



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS

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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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