

revistapodologia .com

Nº 62 - Junho 2015



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em português



CONGRESSO DE PODOLOGIA AVANÇADA

12 E 13 DE JULHO DE 2015
EXPOMINAS - BELO HORIZONTE . MG
09:00 às 17:30



1º Lote até 23/05
R\$ 70,00

2º Lote até 23/06
R\$90,00

3º Lote até 06/07
R\$ 110,00

a partir de 07/07
R\$ 130,00

COMITÊ CIENTÍFICO



MAGNO QUEIROS



WAGNER BARROS



ARMANDO BEGA

PARCEIRO EDUCACIONAL



• Diagnóstico e Cuidados com os pés neuropatas dos pacientes portadores de hanseníase.
DR. GETÚLIO FERREIRA DE MORAIS



• Biomecânica dos membros inferiores. Base para a podologia.
ROGER PINTO DE ANDRADE



• A inteligência Mercadológica na construção da carreira do profissional em Podologia.
WAGNER BARROS DE OLIVEIRA



• Tecnologia para avaliação da marcha.
KELVIA RODRIGUES D'ANGELIS BONASS



• Correção da Unha com formato diferenciado.
MARIA AUXILIADORA VIANNA



• AMPO – Associação Mineira Podólogos.
ROSANA RIBEIRO



• Atuação do Podólogo no Tratamento clínico do pé neuropata e isquêmico.
SORAYA REIS DORNELES



• Auriculocupuntura aplicada a Podologia.
KELLY CRISTINA CARVALHO GOMES OLIVEIRA



• Classificação e manejo de Onicocriptose pelo Podologista.
ARMANDO BEGA



• Laser Terapêutico na Podologia – Laser e Led.
HENRIQUE TRAJANO

• Metatarsalgia: Causas e tratamentos; Nova órtese para resolver esse problema.
DR. WAGNER VIERA DA FONSECA

• Podogeriatría: Atuação do podólogo no envelhecimento e saúde do idoso.
ROMILDA MARIA VIDIGAL TRANDAFILOV

SITE DE COMPRA: www.professionalfair.com.br

APOIO:

revistapodologia
-com

Forma de Pagamento:

ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO E
CARTÕES DE DÉBITO OU CRÉDITO EM ATÉ 12X



Informações:

congressoventas2@fireeventos.com.br

Tel.: (31) 3273.9083 | 3273.9159

Realização:



revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 62
Junho 2015

Diretor

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

5 - Avaliação da Eletroanalgesia Aplicada à Podologia.

Podologo Ítalo Batista Ventura. Brasil

22 - Pé Diabético, Complicação Frequente de Diabetes Mellitus.

Dr. Roberto Hernández Valdovines. México.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 29.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

A Editorial não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo dos avisos publicitários que integram a presente edição, não somente pelo texto ou expressões dos mesmos, senão também pelos resultados que se obtenham no uso dos produtos ou serviços publicados. As idéias e/ou opiniões expressas nas colaborações assinadas não refletem necessariamente a opinião da direção, que são de exclusiva responsabilidade dos autores e que se estende a qualquer imagem (fotos, gráficos, esquemas, tabelas, radiografias, etc.) que de qualquer tipo ilustre as mesmas, ainda quando se indique a fonte de origem. Proíbe-se a reprodução total ou parcial do material contido nesta revista, somente com autorização escrita da Editorial. Todos os direitos reservados.

Tecnologia de ponta para tratamento dos pés



Pedra Hume em Gel

1ª Pedra Hume em Gel do Brasil!

- Óleo de Melaleuca: Antisséptico
- Extrato de Hamamélis: Adstringente
- Fácil aplicação
- Higiênico
- Mais de 200 procedimentos
- Eficaz, efeito instantâneo!



Efoliante em Creme

Remoção eficaz das células mortas e impurezas da pele

- Casca de noz: Efoliante Natural para limpeza e renovação celular
- Óleo de Amêndoas: Emoliente, Hidratante e Nutritivo
- Mentol: Ação refrescante e imediata
- Desodorizante Vegetal: Reduz o mau odor



Creme de Hidratação Intensiva

Excelente Absorção: Segurança e Conforto

- Lanolina: Formação de barreira anti-ressecamento, altamente hidratante e restaurador
- Desenvolvido para peles extremamente ásperas, ressecadas e com fissuras
- Desodorizante vegetal: Agente antimicrobiano que reduz o mau odor
- Pantenol: Restaurador celular e umectante
- Óleo de Amêndoas e Calêndula: Emoliente, Hidratante, Nutritivo e cicatrizante



**ESTAMOS
CADASTRANDO
DISTRIBUIDORES**

Conheça outros produtos inovadores:

www.primesensecosmeticos.com.br
(11) 2036-8949 | contato@primesensecosmeticos.com.br

Presença confirmada nos principais eventos do setor em 2014!

Avaliação da Eletroanalgesia Aplicada à Podologia

Podólogo Ítalo Batista Ventura. Brasil

RESUMO

A eletroterapia em suas diversas modalidades é largamente utilizada no tratamento de vários distúrbios. Nos últimos anos houve grande evolução no conhecimento dos efeitos fisiológicos de correntes da aplicação dos agentes eletro-físicos nos tecidos. As pesquisas realizadas sobre as alterações patológicas constatadas em nervos em seguida a lesões levaram a justificação científica para a aplicação de impulsos elétricos a nervos lesionados, com a finalidade de modificar suas respostas anormais.

Com a proposição de novas teorias neurológicas que explicam a dor e os mecanismos de analgesia, admitiu-se a TENS como sendo uma estimulação sensitiva transcutânea diferencial das fibras proprioceptivas do tato, a grande velocidade de condução, podendo dessa forma diminuir a intensidade do estímulo doloroso e até inibi-lo, quando o cliente apresentar um limiar de dor mais elevado.

De maneira geral a pesquisa ambiciona introduzir a eletroterapia na prática podológica, para que o podologista tenha acesso a métodos terapêuticos mais avançados do que os que ele já dispõe. Especificamente, este estudo visa desenvolver uma técnica de analgesia efetiva e apropriada a onicocriptose que dispense a inoculação de fármacos, de maneira que o cliente não sintadores em demasia durante a espiculaectomia.

Para que o cliente tenha um maior conforto durante o procedimento evitando assim traumas de origem emocional e moral em crianças, deficientes, idosos e pessoas com baixa tolerância a dor, que formam o grupo mais sensível ao estímulo doloroso. Consideramos relevante para a podologia uma técnica que disponha de uma forma mais eficaz para o tratamento da dor e para que se possa cuidar mais livremente dos desconfortos de nossos clientes sem causar maiores transtornos.

Concluimos que a eletroanalgesia é eficaz para o procedimento atenuando o desconforto em até 60% e tendo efeitos benéficos variados como

regeneração tecidual acelerada e diminuição da dor recorrente da espiculaectomia, a pele que recebe maior oxigenação apresenta um turgor muito melhorado também.

Palavras chave: Onicocriptose, espiculaectomia, TENS, dor, eletroanalgesia.

ABSTRACT

The electrotherapy in its various forms is widely used in treating various disorders. Recent years have seen great progress in understanding the physiological effects of current application of electro-physical agents in the tissues. The researches on the pathological changes found in nerve injury then led the scientific justification for applying electrical impulses to nerves injured, in order to modify their abnormal responses.

With the proposal of new theories that explain the neurological mechanisms of pain and analgesia, admitted to TENS as a sensory stimulation transcutaneous differential fiber proprioceptive touch, high-speed driving, and can thereby reduce the intensity of pain stimulus and to inhibit it when the client presents a higher pain threshold.

Overall the research aims to introduce electrotherapy practice podiatry, so that the podiatrist has access to therapeutic methods more advanced than he already has. Specifically, this study aims to develop a technique for pain relief and appropriate to dispense onicocriptose that inoculation of pharmaceuticals, so that the client does not feel too much pain during espiculaectomia.

For the customer has a greater comfort during the procedure thus avoiding an emotional traumas and morals in children, the disabled, elderly and people with low tolerance for pain, which form the group most sensitive to painful stimuli. Consider relevant to podiatry a technique that has a more effective treatment for pain and it can take more care free of the discomforts of our clients without causing further inconvenience.

Electroanalgesia concludes that the procedure is effective for relieving discomfort in up to 60%,

with beneficial effects varied as tissue regeneration and accelerated the reduction of recurrent pain espiculaectomia, skin gets more oxygen turgor presents a much improved as well.

1. INTRODUÇÃO

A onicocriptose é uma afecção podológica do corpo da unha relativamente frequente, que se caracteriza por dor e inflamação das pregas ungueais, a qual sua porção distal interage anormalmente com os tecidos periungueais, concretamente com os sulcos lateral e medial, incrustando-se e às vezes causando um quadro infeccioso.

Estudos apontam que a onicocriptose é prevalente em pacientes de todas as idades, ainda é mais freqüente em jovens. Fazendo uma análise proporcional aos sexos temos que 59% afeta as mulheres e 41% afeta os homens, segundo Javier Garcia et al.

No Brasil, o tratamento da onicocriptose consiste em fazer-se uma avulsão mecânica da espícula ungueal que penetra a pele lesionando os tecidos periungueais, a esta técnica chamamos espiculaectomia. Este procedimento é realizado sem nenhuma forma de analgesia ou anestesia, provocando no paciente um desconforto muito elevado por se tratar de uma dor aguda que se irradia por todo o pé. Esta mesma dor provoca no paciente uma alteração postural devida à necessidade de uma adequação que o corpo faz para realizar uma marcha antálgica que pode acarretar em outros transtornos.

Ao podologista brasileiro é vedado fazer o uso de fármacos de ação local ou sistêmica para promover analgesia, visto que isso ainda não faz parte de suas competências, logo este estudo visa desenvolver uma técnica não invasiva que facilite o trabalho do podologista ao que se refere à analgesia.

A estimulação elétrica transcutânea (TENS) é uma técnica de analgesia aplicada em uma variedade de frequências, intensidades e duração de pulso, classificada como alta frequência (>50Hz), baixa frequência (<10Hz) e *burst* (alta e baixa frequência alternadas). A TENS do tipo convencional é uma estimulação de alta frequência (50 e 150Hz) e baixa intensidade, que estimula de forma contínua as fibras nervosas de condução rápida.

A intensidade não deve provocar contrações musculares, mas apenas percepção parestésica não-desagradável, ajustada de acordo com a sensibilidade do indivíduo. Estudos evidenciam que a intensidade entre dez e 30 miliampères (mA) é

mais confortável e não provoca fasciculações significativas no tempo de pulso, variando de 40 a 75µs. Neste tipo de estimulação, a analgesia é imediata ou após dez minutos de aplicação, efeito que perdura de 20 a 30 minutos até duas horas, razão pela qual este método é preferencialmente aplicado no tratamento de dores agudas¹⁻⁵.

Acredita-se que a TENS promova analgesia predominantemente por meio do mecanismo do portão ou teoria das comportas, proposta por Melzack e Wall, que provoca analgesia mediante a ativação seletiva das fibras táteis de diâmetro largo (A-β), sem ativar fibras nociceptivas de menor diâmetro (A-Δ e C). A atividade gerada nas fibras A-β inibe a atividade em curso dos neurônios nociceptivos no corno dorsal da medula espinal. Adicionalmente, o mecanismo analgésico da TENS parece também estar relacionado à ativação de receptores para opióides endógenos, na medula espinal. Estudos recentes demonstram que a baixa freqüência de TENS ativa especificamente receptores opióides μ, receptores serotoninérgicos e receptores muscarínicos espinais.

Por outro lado, a analgesia produzida pela alta freqüência de TENS ativaria receptores Δ-opióides e receptores muscarínicos na coluna dorsal da medula espinal, além da ativação de receptores Δ-opióides supra-espinal.

Segundo Low e Reed, a TENS no Brasil tem sido utilizada apenas por fisioterapeutas para o tratamento de dor muscular, disfunções ortopédicas, e reabilitação neuromuscular, assim como em dor neurogênica e controle de contrações em trabalho de parto.

Assim sendo, temos que o grande problema no tratamento da onicocriptose no Brasil é um tratamento inadequado, pelo fato deste apenas tratar a doença, e mesmo sendo efetivo causa transtornos emocionais, físicos e psicológicos nos pacientes a ele submetidos por causa da dor a qual sentem.

A proposta deste estudo é promover uma estimulação elétrica transcutânea de maneira a diminuir o limiar da dor dos pacientes inibindo ou diminuindo sua resposta sensorial ao estímulo doloroso por meio da TENS aplicada à dor aguda, neste caso aplicada à dor aguda incisio-nal causada pela espiculaectomia.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Introduzir a eletroterapia na prática diária da podologia, a fins de que o profissional podólogo e podologista disponham de meios terapêuticos

MOMENTOS INA DERMOCOSMÉTICOS

Promoção

Onicounha

10ml



Peça já o seu por:

R\$ **17,70***

Mín. 24 unid.

*válido apenas para profissionais cadastrados

Onicounha

Fortalece, recupera e auxilia no crescimento das unhas. Antifúngico de amplo espectro, ajuda a combater onicomicoses e auxilia a hidratação das unhas.

PAGUE em até 6X



ina
dermocosméticos

www.inadermocosmeticos.com.br - 47 3222-3068

Promoção válida até 30/06/2015 ou enquanto durar o estoque. Incluso frete via PAC para todo Brasil. Compra mínima de 24 peças, pagamento em cartão até 6x (visa, mastercard ou Amex).

diversificados para atender às necessidades mais peculiares de seus clientes com um arsenal mais diversificado de meios terapêuticos os quais irão facilitar o potencial de recuperação dos indivíduos doentes e o sucesso das medidas terapêuticas por ela complementadas.

2.2. Específicos

Desenvolver uma maneira de adaptar a estimulação elétrica transcutânea à prática podológica para que esta sirva como um agente eletroanalgésico em procedimentos invasivos em podologia, diminuindo a dor potencial causada pela incisão do procedimento de espiculaectomia.

3. MÉTODOS

Após a elaboração do projeto dessa pesquisa para ser apresentado ao CEP (Conselho de Ética em Pesquisa) da Universidade Anhembi Morumbi e sua posterior aprovação para que esta pesquisa fosse realizada com seres humanos sem o comprometimento de sua integridade física, psicológica e moral, apresentamos aos voluntários a participarem da pesquisa um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) no qual estão todas as especificidades deste estudo ao qual os mesmos foram submetidos após sua aprovação perante testemunhas e assinatura de próprio punho, foram também dados esclarecimentos de forma oral sobre todo o desfecho da pesquisa em sim para que de todo ficasse esclarecido.

3.1. Amostra

20 pessoas jovens com idade entre 17 e 32 anos, de ambos os sexos, de diversas classes sociais, níveis culturais e com etnias distintas. Os procedimentos foram realizados em dois lugares distintos, uma parte foi realizada no laboratório de podologia nº 324 e outra parte da amostra foi submetida ao procedimento no consultório de podologia do aluno Ítalo, participante deste estudo, em Cumbica, na cidade de Guarulhos, na Grande São Paulo.

Ambos os ambientes o procedimento foi em tudo similar um ao outro. A pesquisa foi desenvolvida no período entre 05/05 e 01/06 do ano 2010. Procedimentos realizados por Ítalo Batista Ventura da Silva, Joelma Antônia da Silva e Maria Eva Martins, alunos do 4º semestre de Podologia na UAM sob a orientação da Professora Rosângela Garoto.

3.2. Procedimentos

Antes de fazer qualquer procedimento é preenchida a SAP do cliente, na qual constam infor-

mações pessoais do mesmo, atividade laboral, posicionamento durante a jornada de trabalho, Tipo de calçados mais frequentemente utilizados, tipo de meias mais utilizadas, esportes e atividades físicas que pratica, os hábitos alimentares, as queixas, levantamento histórico do paciente de doenças pré-existentes, acidentes ocorridos que possam ter gerado o problema de maneira secundária, medicamentos em uso, avaliação física de PA, FC, FR, IMC, glicemia e índice isquêmico.

Após tudo isso ainda é feita uma avaliação ungueal do cliente para determinar a etiologia da onicocriptose em questão. Após toda esta avaliação é iniciado o procedimento, caso o cliente não apresente nenhum problema que comprometa o desenvolvimento do estudo. Fazer a anti-sepsia da pele em volta da lesão e de todo o pé com Gel de limpeza ADCOS® e higienizar a lesão com solução fisiológica 0,9%.

Aplicar o gel condutor na pele do cliente e acoplar os eletrodos na região da falange proximal do dedo onde se localiza a unha causadora da onicocriptose fixando com uma fita auto-adesiva de Coban®, fazer um estímulo com um pulso alto e uma frequência baixa e intensidade de burst por quinze minutos, durante estes quinze minutos deve ser calculada a intensidade da corrente que será produzida pelo aparelho na pele do cliente, levando em consideração que o comprimento de onda e a potencia serão sempre os mesmos.

Durante esta estimulação inicial foi envolvido todo o hallux, do cliente a ser atendido, com algodão embebido em solução fisiológica 0,9% para que a corrente elétrica fosse conduzida, também, para a extremidade mais distal do mesmo.

Fez-se o procedimento de espiculaectomia ainda combinada com a eletro-estimulação utilizando uma lâmina de goiva de número 01, um nuclear adequado à espessura da unha e à sensibilidade do cliente (se for mais sensível utilizar um nuclear estreito, se não um mais largo) e um alicate de corte reto com ponta fina Mundial® e permaneceu com a estimulação, após o procedimento da espiculaectomia, por mais dez minutos. Fez-se a higienização com solução fisiológica e algodão, aplicou-se o Andolba® e por fim introduziu-se um anteparo de algodão envolto com gaze e Micropore®.

Após o procedimento os clientes retornaram até receberem alta definitiva do acompanhamento de cicatrização da lesão. Nestes retornos foram realizadas sessões de laserterapia e a troca dos curativos.



Figura 1. Foto de aparelho de TENS (Neurodim, Ibramed)



Figura 4. Foto de doopler vascular portátil



Figura 2. Foto de eletrodos de silicone impregnados com carbono (ânodo e cátodo)



Figura 5. Foto de agulhas, glicosímetro, e fitas para teste de glicemia



Figura 3. Imagem de gel para meios de contato



Figura 6. Foto de kit para espiculaectomia (Alicate de corte reto, nuclear estreito, lâmina de goiva nº 01 e cabo de goiva para lâminas descartáveis)



Figura 7. Foto de procedimento de anti-sepsia



Figura 8. Foto dos eletrodos de silicone impregnados com carbono acoplados à pele de cliente com Coban®



Figura 9. Foto de cliente passando pelo processo de estimulação elétrica transcutânea



Laser Terapêutico sem fio Therapy XT

O laser terapêutico sem fio **Therapy XT** foi desenvolvido para bioestimulação nas áreas de podologia, fisioterapia, acupuntura e medicina em geral.

APLICAÇÕES:

Onicomicoses, Alívio da dor, Reparação Tecidual, Redução de Edema e de Hiperemia, Normalizador Circulatório e na PDT - Terapia Fotodinâmica.



Therapy XT

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Equipamento sem fio acionado por bateria de Lítio recarregável com capacidade de emitir Lasers com as seguintes características:

Laser vermelho (Emissor visível)

Comprimento de onda:

660 nanômetros (nm) +- 10 nm

Potência útil do emissor: 100 mW (fixa) +- 20%

Meio Ativo: InGaAlP

Laser Infravermelho (Emissor invisível)

Comprimento de onda:

808 nanômetros (nm) +- 10 nm

Potência útil do emissor: 100 mW (fixa) +- 20%

Meio Ativo: AsGaAlP

Alimentação: 90 - 240 V~

Peso: 300 gr

Dimensões: 3(L) x 5(P) x 21(A) cm

Diâmetro de fibra: 600um

Bateria: Li-ion (2h de aplicação ininterrupta)

ITENS INCLUSOS

- Maleta para Transporte
- 03 Óculos de proteção
- Suporte da Peça de Mão
- Fonte de Alimentação
- 01 espaçador
- Midia (CD) com:
 - Curso de Laserterapia
 - Terapia Fotodinâmica (PDT)
 - Manual "Laser e suas aplicações"
 - Protocolos de aplicações



Chimiolux

Corante fotoabsorvedor de Azul de Metileno, estéril, indicado para Terapia Fotodinâmica (PDT).

Em associação com a irradiação de Laser Vermelho, Chimiolux atua como Terapia Fotodinâmica (PDT) gerando liberação de radicais livres que proporcionam efeitos bactericida e fungicida em onicomicoses, onicocriptoses, fissuras calcâneas e tinha interdigital.



Comercial Laser X - Revendedor Autorizado DMC Estética
Telefones # 55 (11) 4112-5013 / 4112-5014
www.comerciallaserx.com.br - [facebook/comerciallaserx](https://www.facebook.com/comerciallaserx)



Figura 10. Foto de procedimento de espiculaectomia na borda medial da unha do hallux esquerdo de cliente



Figura 11. Foto de procedimento de espiculaectomia em bordo medial da unha do hallux esquerdo de cliente



Figura 12. Foto de espiculaectomia realizada com baixo limiar de dor



Figura 13. Foto do procedimento de espiculaectomia em borda lateral do hallux esquerdo de cliente



Figura 14. Foto da espiculaectomia realizada com baixo limiar de dor



Figura 15. Foto do espaço da borda lateral do hallux após o procedimento aonde se alojava a espícula

4. RESULTADOS

Este estudo nos mostra que os pacientes tratados com a TENS tem uma diminuição do seu limiar de dor numa média de 60% menos dor que as demais pessoas que seriam tratadas com a técnica convencional de espiculaectomia. O efeito da sensação analgésica é totalmente local e pode perdurar por 20 minutos até 2 horas após a aplicação da corrente elétrica produzida pelo aparelho.

A Pesquisa aponta, também, que os clientes deste estudo tiveram uma recuperação e regeneração tecidual superiormente veloz com relação aos que não foram submetidos à TENS, pois a ação estimulante da TENS causa uma hiperemia local aumentando a oxigenação tecidual e a produção de fibras elásticas e colágenas.

Ocorre também, no sítio de ação da TENS uma excitação aumentada na atividade celular, o que é muito salutar para que ocorram mais mitoses e produção de tecido de granulação.

A TENS apresentou ainda um efeito drenante no edema causado pela onicocriptose por ser vasodilatadora e aumentar a permeabilidade dos vasos linfáticos responsáveis por drenar o acúmulo de proteínas plasmáticas livres no MEC.

Graças a sua ação estimulante e drenante a TENS mostrou-se um ótimo método antiinflamatório, também. Temos assim que os resultados obtidos pelo uso da TENS no dia a dia de um podologista seria salutar para o auxílio e até a resolução de problemas de caráter inflamatório em todos os seus sinais cardeais.

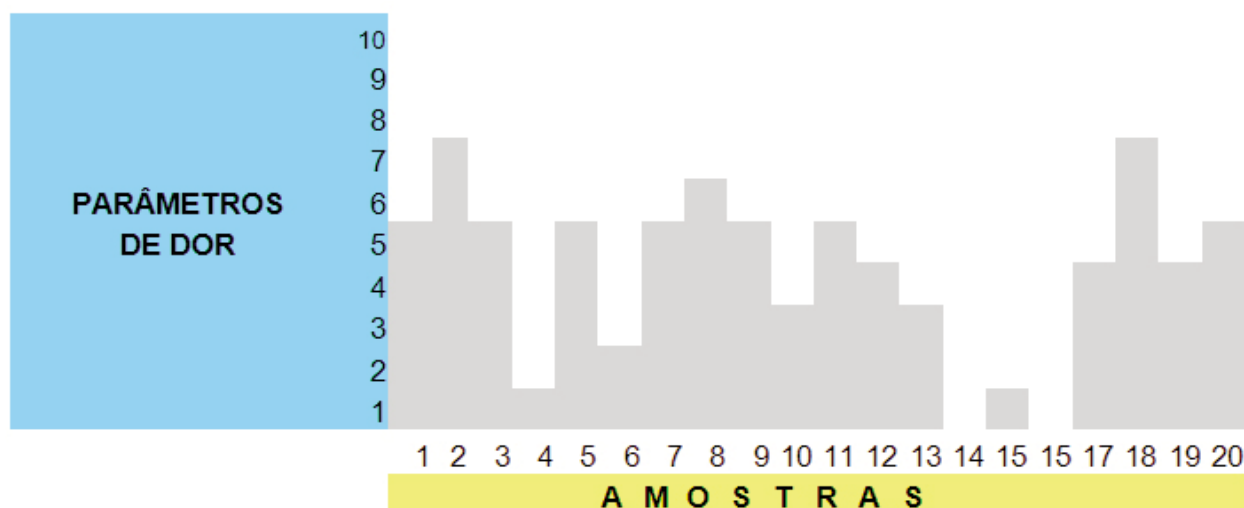


Tabela 1. Notas atribuídas pelas amostras segundo a EVN

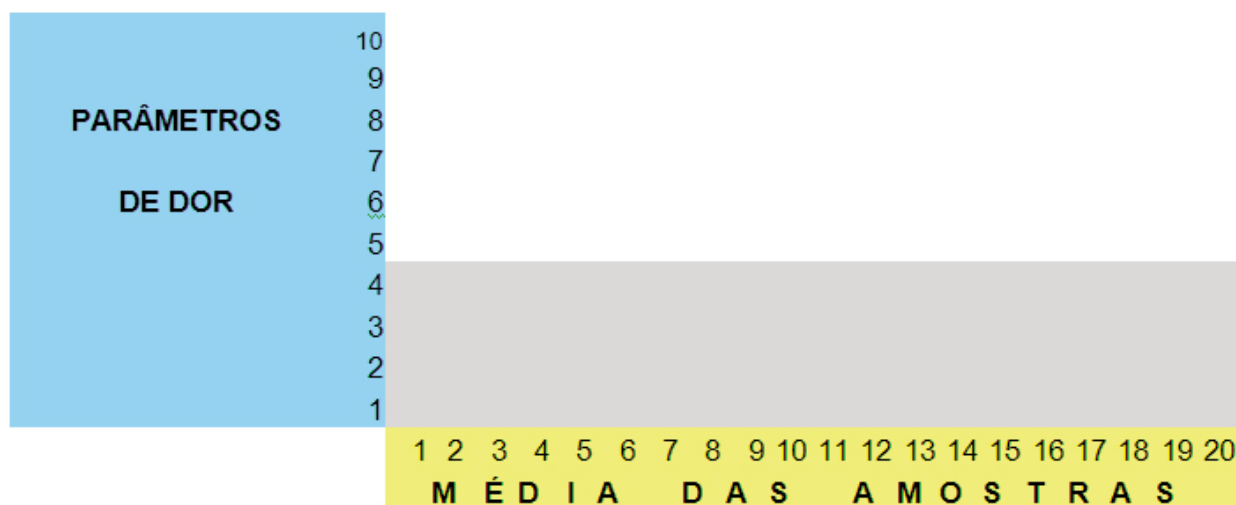


Tabela 2. Média de diminuição do limiar de dor = 60% a menos

**CONFORTO
PARA O
SEU
CLIENTE,
PERFEITO
PARA
VOCÊ.**



POLTRONA
Elegance
AUTOMÁTICA

POLTRONA COM ELEVÇÃO ELÉTRICA DA ALTURA E DO ENCOSTO / LUMI ULTRA LED \ PODO ASPIRATORE / SUPORTE PARA REVISTAS \ SISTEMA MASSAGEADOR NO ESTOFAMENTO \ SUPORTE PARA LUMINÁRIA NA POLTRONA \ BRAÇOS AUXILIARES COM BANDEJAS PARA RESÍDUOS E INSTRUMENTAIS \ ARMÁRIO AUXILIAR ELEGANCE COM TAMPO DE VIDRO



PODOLOGIA
ESTÉTICA
MASSOTERAPIA
QUIROPRAXIA

Podonto **Lider**

Móveis e Equipamentos Profissionais

VISITE O NOSSO SHOW ROOM

Rua da Chácara, 111 \ Vila Nova Mazzei
São Paulo SP

ATENDIMENTO E VENDAS

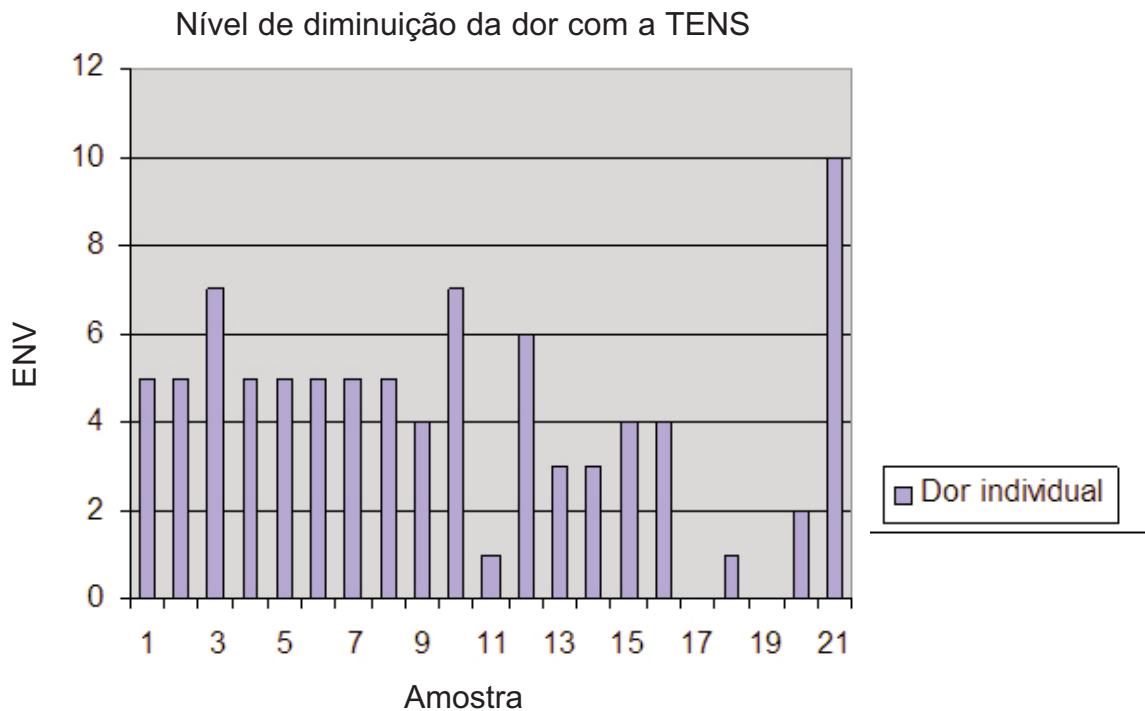
(11) 2203 7107 \ 2953 5671
atendimento@podontolider.com.br
Skype: podonto_lider

www.podontolider.com.br

*Qualidade
Ergonomia
Conforto
Versatilidade
Funcionalidade*

são itens
essenciais que
você encontra em
nossa gama de
produtos.

Desenvolvemos
toda linha de
móveis e acessórios
para podologia.



4.1 Caso 1: GMO, 20 anos, homem.

Paciente apresenta um quadro de onicocriptose que dura há 2 anos, já se submeteu o procedimento de cantoplastia, mas não obteve resultados satisfatórios. Faz tratamento podológico há um ano, apresentou melhoras, mas devido o fato de não seguir as orientações de sua podóloga não obteve grandes melhoras em seu quadro, reclamou também de uma grande dificuldade de cicatrização.

Um paciente com um quadro psicológico de depressão e auto-condenação por estar com sobrepeso. Situação socioeconômica de pobreza, desempregado por 1 ano e meio até conseguir um emprego em um lixão como operador de balança eletrônica.

Nunca namorou, tem dificuldade de relacionamento com as pessoas, os pais são separados, família pobre, dois irmãos, um mais velho e outro mais novo. Sente um grau de desânimo tão profundo que não toma banhos frequentemente, e nem sente a necessidade de praticar outros atos de higiene pessoal como escovar os dentes, pentear os cabelos ou lavar o rosto.

Tem hábitos alimentares precários alimentando-se apenas 2 vezes ao dia no almoço e no jantar. Tem complexo com o seu IMC, por apresentar um grau de sobrepeso elevado.

Por causa do seu sobrepeso e por não se aceitar assim resolveu fazer exercícios físicos em casa sem orientação profissional desferindo golpes contra um saco de areia, utilizado para o Box.

Com esta alimentação precária e este gasto excessivo de energia ele desenvolveu uma hipoglicemia crônica, excessiva produção de corpos cetônicos e o já citado sobrepeso. Ao desferir golpes contra o saco de areia inúmeras vezes, o paciente chutou de maneira agressiva o que piorou o quadro inflamatório de sua onicocriptose. Foi o paciente com o caso mais antigo e com maior sensibilidade ao estímulo doloroso que foi tratado neste estudo.

No entanto quando o paciente era tratado de maneira atenciosa e gentil ele não referia praticamente nenhuma dor, o que nos levou a supor que a excessiva sensibilidade pudesse ser uma forma de atrair para si atenção das pessoas ao seu redor, partindo do princípio que este apresentava uma carência afeto emocional muito considerável. Logo este paciente referia numa das onicocriptoses um grau de dor extremamente acentuado e nas demais um grau muito menos elevado.

O que nos levou a supor que neste caso em especial, a dor estava intrinsecamente ligada à confiança do paciente no terapeuta que o estava tratando e na atenção que este lhe dispensava, visto que após os procedimentos, nos dias em que era necessário fazer a troca de curativos este se negava a ser tratado por outra pessoa que não o terapeuta no qual ele mais confiava.

4.2 Caso 2: DSM, 17 anos, mulher.

Paciente apresenta caso de onicocriptose causada por onicotomia inadequada. Classe social

alta, paciente muito comunicativa e muito simpática e disposta. Foi a que referiu o menor grau de dor dando uma nota na escala numérica igual a um (1).

Apresentava todos os sinais cardeais da inflamação, como o paciente anterior, mas tinha menos questões psicológicas por resolver consigo mesmo e isso provavelmente influenciou muito no momento em que foi feita a espiculaectomia.

4.3 Caso 3: JRAR, 17 anos, homem.

Paciente apresenta um quadro de onicocriptose que dura há um (1) ano. Nunca se submeteu a nenhum tipo de tratamento. A lesão encontrava-se com um grau de inflamação elevado, com presença de tecido fibroso, excessiva vascularização superficial e uma grande sensibilidade ao toque. Paciente com seqüelas de paralisia cerebral, problema coronário e deficiente higiene pessoal.

Apresentava onicocriptose bilateral, ao se submeter ao procedimento ele referiu quase nenhuma dor, mas deve ser considerado seu estado mental e emocional, ele sentiu um alívio tão imediato que ignorou em alguns momentos o procedimento em si. Numa escala numérica ele deu uma nota de 5 para uma unha e 3 para a outra.

Nos resultados obtidos temos que no que diz respeito à dor e à percepção que cada um tem do estímulo doloroso deve ser imediatamente associada as condições socioeconômicas, afetivas e emocionais de cada um especificamente, tendo assim uma visão geral do indivíduo, pois como diz a palavra (indivíduo) ele é indivisível.

5. DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados para este estudo, muitas coisas puderam ser observadas a respeito da ação da TENS com relação à analgesia e outras peculiaridades muito pertinentes.

Este estudo mostra que a TENS aplicada sobre uma determinada região de um dermatomo, miótomo ou esclerótomo possui sim uma ação analgésica nos mais diversos tipos de tecido, tanto epitelial como muscular, pois ao produzirmos diferentes formas de correntes em componentes da amostra sem comprometimento de onicocriptose para encontrarmos um parâmetro adequado ao tratamento que é a espiculaectomia, pudemos perceber que em determinados momentos a pele respondia com desde uma agitação simples de fibrilação até a contração de todo um grupo muscular e movimentos articulares.

Com isso este estudo nos levou a perceber que uma base para a aplicação da TENS em procedimentos de analgesia para a dor incisional seria de 150 Hz de intensidade com um pulso de 200 μ s de frequência, variando apenas a intensidade de 20 a 75 mA, este valor varia sempre de acordo com a sensibilidade do paciente, a sensação que ele deve sentir é de um formigamento leve e não doloroso, a corrente elétrica não pode ser em momento algum desconfortável.

Este estímulo age sobre todo o dermatomo do indivíduo alvo do mesmo, podendo gerar contrações e sensação de formigamento acompanhado de fibrilação da pele em toda a área de inervação do seu segmento nervoso.

A região mais proximal ao redor dos eletrodos ficou avermelhada, o que revelou uma ação completamente vasodilatadora o que é muito pertinente para o caso que é objeto deste estudo, a onicocriptose, uma vez que esta vasodilatação contribui de maneira muito importante para a regeneração tecidual, por aumentar a chegada de nutrientes e oxigênio na região e dar melhores condições e suporte para que a pele se regenere mais rapidamente, este tipo de ação vasodilatadora é muito interessante também para a diminuição do edema regional causado pelo acúmulo de proteínas plasmáticas livres no MEC, uma vez que os vasos linfáticos sofrem também esta dilatação e aumentam sua capacidade drenante. Segundo Low e Reed a TENS estimula ainda as mitoses celulares, a produção de fibras colágenas e elásticas o que dá condições também para o aumento da resposta cicatricial do bordo ungueal lesionado pela espícula.

Durante as pesquisas deste estudo foi possível correlacionar com a ação da TENS com o estado do humor de cada indivíduo, aonde pode-se observar que pessoas bem humoradas sentiram bem menos dor que as pessoas deprimidas ou cansadas, pois a TENS aumenta a capacidade de ação dos receptores serotoninérgicos das células responsáveis por reconhecer endorfinas produzidas em maiores quantidades pelo cérebro quando o indivíduo está feliz, logo a biodisponibilidade de endorfinas em pessoas bem humoradas influencia diretamente a intensidade da analgesia causada pela TENS. Pessoas emocionalmente deprimidas têm uma deficiência na produção de endorfinas, logo o efeito analgésico é menor com relação às pessoas emocionalmente estimuladas.

Este estudo nos aponta ainda que a TENS somente tem ação analgésica após um determinado tempo de estimulação, quando há presença de inflamação local a analgesia começa a modular-se após um período de 15 minutos de estimulação, para que neste ponto comece a ocorrer



8º CONGRESSO DE PODOLOGIA



7 DE SETEMBRO
SEGUNDA-FEIRA



**BEAUTY FAIR
ESTÉTICA & SPA**

TÉCNICAS, TENDÊNCIAS E INOVAÇÕES.
VENHA TRANSFORMAR SEUS CONHECIMENTOS!

VOCÊ UM PASSO À FRENTE NO MERCADO! CONFIRA A PROGRAMAÇÃO:



Humberto Marques

MARKETING DE RELACIONAMENTO:
FIDELIZANDO SEU CLIENTE.



Andreza Marques

ALTERAÇÃO DA MARCHA E POSSÍVEIS
LESÕES NOS PÉS.



Patrícia Thenório

CURATIVOS: O AUXÍLIO DE ÓLEOS E CREMES
NOS EFEITOS CURATIVOS DE PODOLOGIA.



Ana Paula da Silva

ONICOMICOSE: INATIVAÇÃO FOTODINÂMICA
DOS MICRO-ORGANISMOS.

INVESTIMENTO

Leitor de esta revista tem 15% de desconto !

De R\$ 150,00

Por R\$ 127,50

Até 30/6

De R\$ 180,00

Por R\$ 153,50

De 1/7 até o evento

A inscrição inclui:

- Acesso aos 4 dias de Beauty Fair (5 a 8 de setembro)
- Certificado digital
- Kit lanche
- Bolsa exclusiva

Para obter o desconto
use o código promocional

5P3LIT3N



EXPO CENTER NORTE – SÃO PAULO-SP
RUA JOSÉ BERNARDO PINTO, 333
VILA GUILHERME

— BEAUTY FAIR —
Feira Internacional de Beleza Profissional

INFORMAÇÕES:
WWW.BEAUTYFAIR.COM.BR/FEIRA
TELEVENDAS: (11) 3614-1433



o biofeed beck e os receptores serotoninérgicos se liguem às serotoninas disponíveis para as células.

Observadas todas estas características da TENS percebemos que esta deveria ser utilizada antes, durante e depois do tratamento de cada um dos pacientes, pois estes efeitos e benefícios todos poderiam numa única sessão serem alcançados.

O único contratempo a ser questionado seria o tempo que se leva para atingir o efeito desejado, uma vez que são 15 minutos apenas de estimulação elétrica transcutânea para que o efeito de analgesia comece a acontecer, depois disso leve-se ainda o tempo da espiculaectomia, pois mesmo tendo o nível de dor diminuído, o procedimento ainda assim dói e se o terapeuta não tiver o devido cuidado para com o procedimento e um material bem afiado, este pragmaticamente será doloroso igualmente ao procedimento sem o estímulo da TENS.

Um fator muito importante que se deve levar em consideração é também a capacidade de impedância da pele ao estímulo elétrico. Quando existe uma hidratação deficiente da pele, ou áreas de espessamento hiperqueratílico, temos uma resistência da pele ao estímulo do aparelho, visto que a eletricidade depende da umectação natural da pele para ser conduzida pelos tecidos de maneira a realizar as mudanças de polaridade nas células. Logo em casos de pacientes com uma hiperqueratose muito acentuada o ideal é procurar uma área da pele, dentro dos limites do dermatomo de L4, que não esteja tão espessa e ainda assim hidratá-la, neste caso em especial o gel para meios de contato chega a desempenhar o papel de hidratante na pele pouco hiperqueratolizada.

Um dos pontos mais importantes deste estudo é o fato de que é preciso levar em consideração, antes de tudo o aspecto biopsicossocial de cada um dos pacientes para que se possa alcançar o êxito no tratamento ou escolher outro mais adequado ao mesmo.

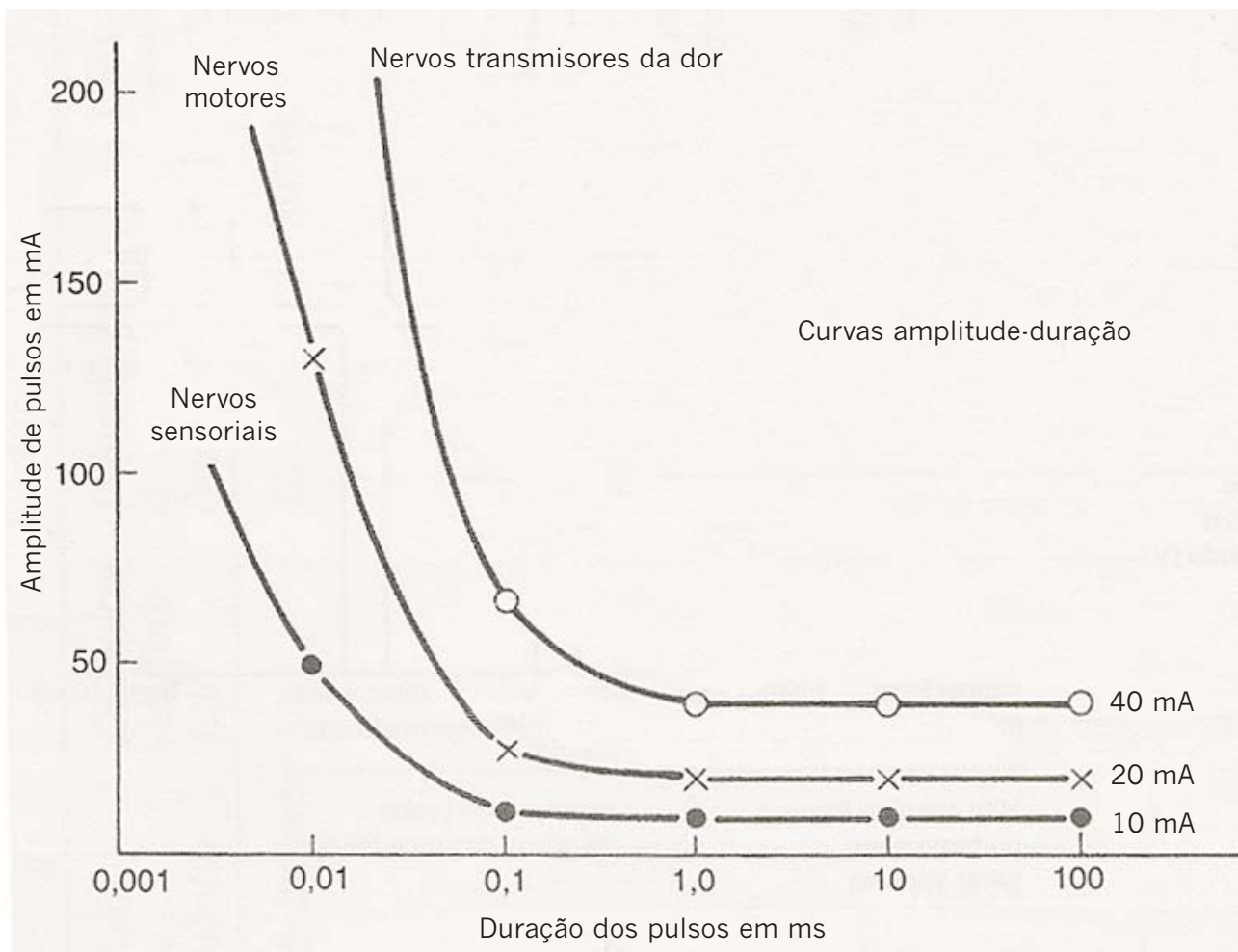


Figura 16. Gráfico da amplitude-duração dos pulsos

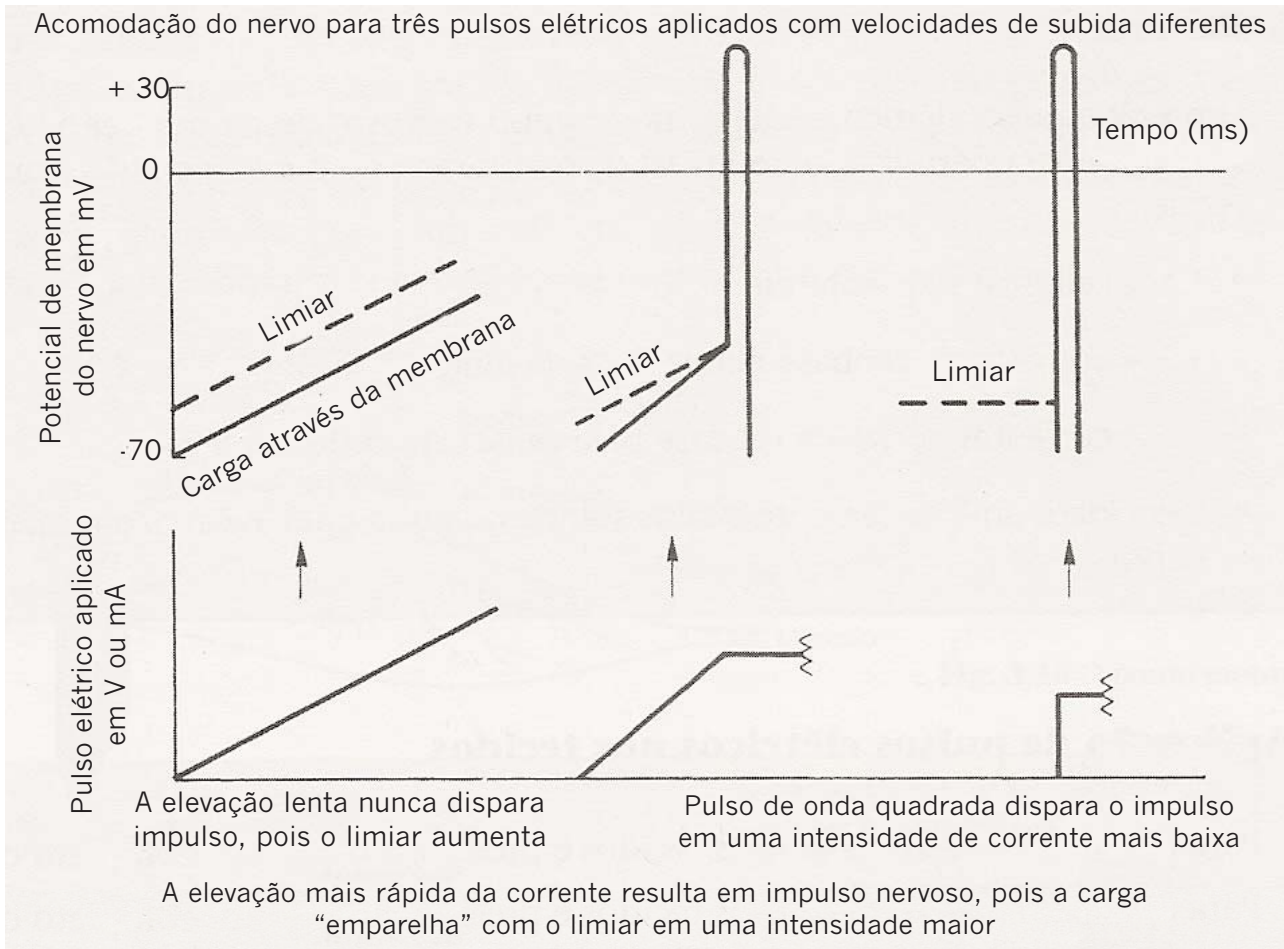


Figura 17. Gráficos de Potencial de membrana do nervo em cada ms; do Pulso elétrico aplicado em cada ms.

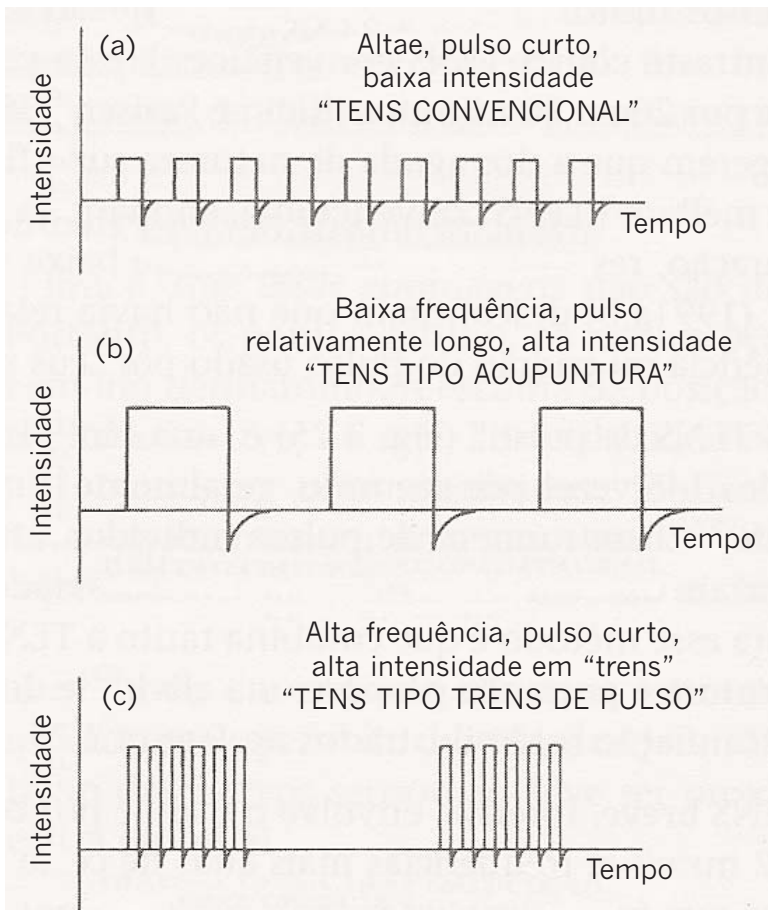


Figura 18. Tipos de corrente de TENS

6. CONCLUSÕES

O estudo nos leva a concluir que a TENS é sim adequada para ser utilizada na podologia, não somente para a eletroanalgesia, mas também para remissão de processos inflamatórios, regeneração tecidual no tratamento de feridas e tratamento de dores crônicas e agudas, mioarticulares ou nevralgias, inclusive dor fantasma. Desde que o estímulo doloroso seja controlado pelo cuidado que o terapeuta tenha em traumatizar o mínimo possível o tecido a ser manipulado.

Temos também que o critério principal para escolher a TENS como uma opção terapêutica adequada para o cliente é justamente o fato de se considerar todas as áreas de sua esfera biopsicossocial.

Autor

Podólogo Ítalo Batista Ventura
italo_bvs@hotmail.com - Brasil

7. REFERÊNCIAS

1. Atlas de anatomia humana Van de Graaff. Robert J. Van de Graaff. 7ª Ed. 2002. Manole.
2. Bolfe VJ, Ribas SI, Montebelo MIL, Guirro RRJ. Comportamento da impedância elétrica dos tecidos biológicos durante estimulação elétrica transcutânea: Revista Brasileira de fisioterapia. Vol.11 no.2 São Carlos Mar./Apr.2007.

3. Histologia Básica – Texto e Atlas, 10ª Edição – Luiz Carlos Uchoa JUNQUEIRA, José CARNEIRO.

4. King EW, Sluka KA. The effect of varying frequency and intensity of transcutaneous electrical nerve stimulation on secondary mechanical hyperalgesia in an animal model of inflammation. J Pain. 2001;2(2): 128-33.

5. Kyle UG, Bosaeu I, De Lorenzo AD, Deurenberg P, Elia M, Gómez JM, ET AL. Bioelectrical impedance analysis – part I: Review of principles na methods. Clin Nutr. 2004; 23 (5): 1226 – 43.

6. Livshitz LM, Mizrahi J, Einziger PD. Interaction of array of finite electrodes with layered biological tissue: effect of electrode size and configuration. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng.2001; 9 (4): 355-61.

7. Low J, Reed A. Eletroterapia Explicada: Princípios e Prática. Manole. 2001.

8. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science, 1965; 150(699): 971-8.

9. Neuroanatomia funcional. Machado, Ângelo B. M. 2ª Ed. Moderna.

10. Roger MN, Karen WH, Dean PC. Eletroterapia Clínica 3ª. Manole. 2008.

11. Rushton DN. Electrical stimulation in the treatment of pain. Disabil Rehabil. 2002; 24 (8): 407-15.

12. Santuzzi CH, Gonçalves WLS, Rocha SS, Castro MEC, Gouvêa AS, Abreu GR. Efeitos da crioterapia, estimulação elétrica transcutânea e da sua associação na atividade elétrica do nervo femoral em ratos. Revista Brasileira de Fisioterapia Vol.12 no.6 São Carlos Nov./dec. 2008 Epub Nov 30, 2008.

13. Sluka KA, Walsh D. Transcutaneous electrical nerve stimulation: basic science mechanisms and clinical effectiveness. J pain. 2003; 4(3): 109-21.

14. Tratado de fisiologia humana, Robert C. Guyton & Hall. 12ª Ed. 2009.

CURSO TÉCNICO EM PODOLOGIA

A saúde
dos pés em
suas mãos



Turmas especiais
aos fins de semana.



cd/INA

Credenciado pelo Parecer CEE/SC nº 395/05, por delegação de competência do MEC em 20/12/2005 e decreto Estadual nº 4.102 de 16/02/2006 (Parecer CEDP nº 04/0 em 28/04/2008)

47 3037.3068

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

www.inainstituto.com.br

INA
INSTITUTO
Educação no seu tempo

Pé Diabético, Complicação Frequente de Diabetes Mellitus

Dr. Roberto Hernández Valdovines. México.

RESUMO

O pé diabético é uma das complicações mais frequentes da Diabetes Mellitus (DM), que tem como base etipatogênica a hiperglicemia sustentada, com o sem coexistência de isquemia e prévio desencadeante traumático se produz; e que desafortunadamente termina com a amputação do membro afetado. 1-4

Apresenta-se o caso de um paciente de 50 anos, com antecedentes pessoais patológicos de DM tipo II, de longa evolução, tratado com hipoglicemiantes orais (sulfoniluréias glibenclamida).

Inicialmente apresenta uma úlcera por pressão no primeiro dedo, pé direito, que por mau tratamento, por neuropatia, pela vasculopatia e pelos câmbios na consistência da sua pele, ocasiona dano tissular que evoluciona a uma necrobiose e termina em desarticulação do primeiro dedo, que evolui a uma úlcera pós-cirúrgica.

Palavras chave

Diabetes Mellitus, neuropatia, vasculopatia, dano tissular, úlcera, necrobiose.

INTRODUÇÃO

Trata-se de uma das complicações mais frequentes da DM, de longa evolução, (até uma terceira parte dos diabéticos desenvolvem pé diabético), onde o dano dos nervos periféricos (neuropatia) ocasiona falta de sensibilidade da zona afetada, agregando-se o dano vascular, (vasculopatia), que repercute em dano tissular, fazendo que a pele de um diabético se torne frágil, delgada, seca, insensível e com pouca irrigação sanguínea. (2)(3)

Aqui se agrega a deformidade osteomuscular pela perda do controle muscular, que favorece os sítios de pressão e fricção, isto produz como consequência da autodefesa do organismo: hiperqueratose, que a sua vez podem ocasionar feridas pequenas, que pelos câmbios já descritos na pele, podem passar despercebidos pelo paciente e terminam em úlceras por pressão.

As sumas de falta de irrigação com a acumulação de toxinas derivadas do metabolismo infeccioso podem facilitar a aparição de fenômenos necróticos, os quais ao não ser retirados adequadamente podem provocar a liberação de toxinas que acabem produzindo gangrena do membro afetado e dependendo da sua evolução podem terminar em amputação. O 70% das amputações realizadas são por pé diabético e a maioria das amputações começa por úlcera em um pé.

Apresenta-se o caso de um paciente masculino, com DM tipo II, desde faz 10 anos, com tratamento a base de hipoglicemiantes orais, que inicialmente apresenta um pé diabético, que termina em desarticulação do primeiro dedo direito e finalmente em uma úlcera pós-cirúrgica diabética.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Masculino de 50 anos de idade

Diabético de larga evolução.

Mau controle metabólico,

Maus hábitos higiênicos e dietéticos.

Tratado inicialmente com sulfonilureia (glibenclamida) a dose de 5 mgs c/12 hs.

Em 2005 apresenta pé diabético, com necroses de primeiro dedo pé direito.

Vai à consulta a seu sitio de atenção primária, se inicia antibioticoterapia, e curativos diários pelo pessoal de enfermaria.

Apresenta-se o caso ao departamento médico e se decide realizar desbridamento cirúrgico ao qual o paciente se nega por ser muito doloroso.

Segue solo com os curativos pelo pessoal de enfermaria e tratamento com outro médico.

Tem uma muito má evolução e chega a uma necrose total de todo o primeiro dedo do pé direito, se envia a HUR e se toma a decisão de desarticular o primeiro dedo, pelo departamento de angiologia.

Realizam-se curativos diários, se reajusta tx hipoglicêmico e antibióticoterapia.

Sai com ferida cirúrgica sem fechamento pri-

PELO POR
PELO
CERA POR
CERA



DECLARE GUERRA CONTRA OS SEUS PELOS! CHEGARAM AS NOVAS CERAS DEPILATÓRIAS
INA DERMOCOSMÉTICOS EM POTE DE 1KG, 250G E ROLL-ON

EXPERIMENTE ESSA NOVIDADE. **SAI COM ÁGUA.**

47 3222-3068 WWW.INADERMOCOSMETICOS.COM.BR

ina
dermocosméticos

mário, e referido a seu primeiro nível de atenção.

Indica-se antibioticoterapia e curativos diários.

Os curativos são feitos pelo pessoal de enfermagem, com Isodine.

Continua seu mau controle metabólico, alimentício e farmacológico, a ferida se transforma em uma úlcera, a qual se infecta e em as bordas perilesionais se cobre de tecido hiperqueratósico

É visto posteriormente vários dias após à desarticulação com franco processo infeccioso, com secreção purulenta da ferida, a qual já é uma úlcera grau II segundo a classificação de Wagner (5), com abundantes detritos e fibrinas, e na borda da ferida cirúrgica abundante tecido hiperqueratósico. Forma-se uma úlcera pós-cirúrgica. Fig 1



Realizam-se curativos, a base de Isodine, se retira cirurgicamente tecido necrótico e hiperqueratósico, e detritos, deixando leito cirúrgico limpo, se satura de antibióticos, fluoroquinolonas, aines e creme de regeneração tissular. (7)

Assim queda a úlcera posterior ao primeiro curativo. Fig 2



O paciente apresentava também no terço proximal da região plantar, no nível do primeiro metatarsiano, uma área verde, flutuante, semelhante a uma ampola, e na região do Tendão de Aquiles uma zona hiperémica, macerada. Fig 3



Iniciam-se curativos diários, com desbridamento de tecido hiperqueratósico, necrótico, fibrina e detritos.

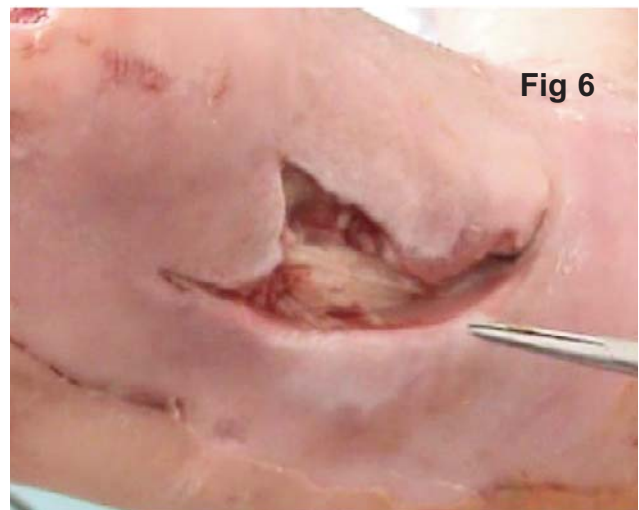
Além do controle metabólico, se ajusta a dose de hipoglicemiantes orais.

No nível do primeiro metatarsiano se desbrida tecido necrótico e hiperqueratósico, obtendo secreção verde, aquosa, da região plantar, deixando ao descoberto uma zona macerada e hiperêmica.

Fig 4



Continua-se com os curativos diários, com retiro cirúrgico de material necrótico e tecido hiperqueratósico perilesional, tendo uma resposta positiva em úlcera pós-cirúrgica, com uma boa granulação e feche paulatino de úlcera do primeiro dedo direito; aos 13 dias de iniciar os curativos. Fig 5



acelerada, até chegar a cicatrização da úlcera pós-cirúrgica do primeiro dedo e da região plantar, aos 70 dias. Fig 7

Ao realizar a limpeza cirúrgica, em região plantar, no nível do primeiro metatarsiano, queda uma úlcera grau II b segundo classificação de Wagner 30 (6) com lesão até tendões da fascia plantar, deixando ao descoberto os mesmos.

Fig 6.

Aos 45 dias a úlcera pós-cirúrgica melhora, cede a infecção e a granulação cada dia é melhor,

A evolução é a melhoria são ótimas, granulação



COMENTÁRIO

Em México (2006), a pesquisa nacional de saúde e nutrição (Ensanut) informou prevalência de pessoas com DM de 9.5%; colocando-se como uma das primeiras causas de demanda de atenção em medicina familiar, urgências e especialidades médicas.

A prevalência de diabetes por diagnóstico médico prévio nos adultos a nível nacional foi de 7%, e foi maior nas mulheres (7.3%) e nos homens (6.5%). (8)(11)

Suas complicações se situam entre os cinco motivos de hospitalização de maior custo, alcançando como grupo o terceiro lugar como causa de demanda de atenção e é a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores.

As afecções dos pés nos pacientes com DM constituem uma das principais causas de morbimortalidade e incapacidade, com importante repercussão biológica, psicológica e social pois diminui sua qualidade de vida. A entidade clínica conhecida como "pé diabético" corresponde a uma complicação tardia da diabetes, que provavelmente é uma das mais facilmente previsíveis com medidas de baixo custo.

Esta complicação gera o maior número de hospitalizações na população diabética, sendo reconhecida ademais como a principal causa de hospitalização prolongada nos serviços de medicina interna e cirurgia geral e traz junto o risco de lesões e amputações. (9)

Em México, a DM ocupa o primeiro lugar em número de mortes por ano, tanto em homens como em mulheres as taxas de mortalidade mostram uma tendência ascendente em ambos os sexos com mais de 70 mil mortes e 400.000 casos novos anuais, cabe sinalar que segundo a direção geral de informação em saúde no 2007 houve um número maior de mortes no grupo das mulheres (37.202 mortes) comparado com o de os homens (33.310), com uma taxa 69.2 por 100.000 habitantes em mulheres e de 64 em homens, diferenças importantes a considerar nas ações preventivas, de detecção, diagnóstico e tratamento de esta doença.

A diabetes não é um fator de risco cardiovascular.

É um equivalente de doença cardiovascular devido a que o risco de sofrer um desenlace cardiovascular é igual ao da cardiopatia isquêmica.

A DM é uma das principais doenças crônicas degenerativas no mundo, que suas sequelas como são pé diabético terminam em muitas oca-

siões em amputações, e em algumas ocasiões até na morte, tendo uma repercussão importante na morbimortalidade.

Pero ademais a repercussão na economia do paciente e do país é muito importante, pois os graus de incapacidade cada vez são mais importantes.

De aí a importância das medidas de prevenção, trabalhando intensamente na educação da família do paciente diabético e no paciente mesmo (7) e a criação de clínicas de pé diabético.

CONCLUSÃO

1- A prevenção do pé diabético logra impactos na redução de ingressos hospitalares, amputações e mortes. (10)

2- A educação do diabético em risco de complicação do pé em específico deve avaliar-se, pois, como elemento de importância na consecução dos objetivos de saúde de este grupo de risco. (10)

3- Em este momento o controle do risco básico inicial e outros riscos biológicos são susceptíveis de controle e modificação positiva, a través da educação para a prevenção das complicações do pé, ou educação angiológica, o que se lograria com a consulta antecipada.

4- A integridade anatômica e funcional do membro primeiramente afetado em um paciente diabético é o objetivo da prevenção e tratamento do membro valioso. É claro que a invalidez maior e o tempo de vida de um paciente diabético está seriamente comprometido depois da amputação do mencionado membro.

5- Tendo em conta o anterior, com prevenção e baixo custo, se reduziria consideravelmente a morbimortalidade de estes pacientes com Diabetes Mellitus tipo II.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El pie diabético. Evita, international working group on the diabetic foot.

Pie diabético infectado. Revista española de investigaciones quirúrgicas.

2. Diabetes mellitus

Df chooses blue circle to represent un resolution campaign». Unite for diabetes (17 march 2006).

Harrison principios de medicina interna 16a edición (2006). «capítulo 338. Diabetes mellitus» (en español). Harrison online en español. Mcgraw-hill. Consultado el 22 de julio de 2009.

[medlineplus] (julio de 2008). «diabetes» (en español). Enciclopedia médica en español. Consultado el 5 de agosto de 2009.

L m tierney, s j mcphree, m a papadakis (2002). Current medical diagnosis & treatment. International edition. New york: lange medical books/mcgraw-hill. Pp. 1203-1215. Isbn 0-07-137688-7.

A b world health organization department of noncommunicable disease surveillance (2006). «diabetes».

Secretaría de salud de México. «proyecto de modificación a la norma oficial mexicana nom-015-ssa2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes». Consultado el 5 de agosto de 2009. Véase también rev med imss 2000; 38(6): pág 477-495

3. Pie diabetico scope: management of type 2 diabetes: prevention and management of foot problems (update)" (pdf). Clinical guidelines and evidence review for type 2 diabetes: prevention and management of foot problems. National institute for health and clinical excellence. 20 february 2003.http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/foot_care_scope.pdf. Retrieved 2007-12-04.

3. Ana carolina cano. Dm y clasificación de úlceras

4. Pie diabetico. Manual merck, octava edición. Ediciones doyma. 1989. Barcelona

5. Clasificación de wagner del pie diabético

6. Pie diabetico, tratamiento scope: management of type 2 diabetes: prevention and management of foot problems (update)" (pdf). Clinical guidelines and evidence review for type 2 diabetes: prevention and management of foot problems. National institute for health and clinical excellence. 20 february 2003.http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/foot_care_scope.pdf. Retrieved 2007-12-04.

7. Artículo de revisión. Pie diabetico para el medico de atención primaria. (international consensus group on diagnosing and treating the infected diabetic foot).

8. Régimen de antibióticos en las infecciones del pie diabético. Revista española de investigaciones quirúrgicas.

9. Diabetes en números. Norma oficial mexicana nom-015-ssa2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

10. Diabetes en números. Norma oficial mexicana nom-015-ssa2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

11. Acciones educativas de prevención del pie diabético. Humanidades médicas vera gonzález m. Prevención del pie diabético. Rev cubana endocrinol 2005; 16(3).

Espinosa reyes t, marichal madrazo s. Avances en terapia insulínica en la diabetes mellitus tipo 1. Aciertos y desaciertos. Rev cubana endocrinol 2007;18(1).

CURSO TÉCNICO em Estética

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

- Infra-estrutura completa.
- Aprovado pelo MEC e CEE/SC Par.396/05.
- Laboratório e biblioteca com acervo especializado.
- Dermocosméticos e aparelhos usados em grandes centros de estética.
- Turmas reduzidas.

INA INSTITUTO
Educação no seu tempo

Turmas especiais aos fins de semana

47 3037.3068
www.inainstituto.com.br

Rua Hermann Hering, 573
Bom Retiro // Blumenau // SC

www.revistapodologia.com 27



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



Visite nossa Loja Virtual
www.shop.mercobeauty.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS - 40 x 30 cm

Onicomicoses - Onicomicosis

Classificação por sua localização ou aparência na lâmina ungueal
 Classificación por su localización o apariencia en la lamina ungueal

Causas: Dermofitias (filamentosas FFD) e não filamentosas (NFND) ou leishmanias
 Dermatofitias (filamentosas FFD) e não filamentosas (NFND) o leishmanias

Distal
 Proximal
 Subungual lateral
 Subungual transverse
 Subungual distal e lateral
 Proximal
 PML (Pityriasis versicolor)
 Distal com leucônias

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal Vista Plantar

1 Calcâneo / Calcáneo
 2 Talus / Talus
 3 Navicular / Navicular
 4 Cuneiformes / Cuneiformes
 5 Metatarsais / Metatarsais
 6 Phalanges / Falanges
 7 Sesamoides / Sesamoides
 8 Clavícula / Clavícula
 9 Escápula / Escápula
 10 Húmero / Húmero
 11 Rádio / Rádio
 12 Ulna / Ulna
 13 Carpais / Carpais
 14 Metacarpos / Metacarpos
 15 Falanges / Falanges
 16 Sesamoides / Sesamoides
 17 Tibia / Tibia
 18 Fíbula / Fíbula
 19 Patela / Patela
 20 Fêmur / Fêmur
 21 Rótula / Rótula
 22 Tíbia / Tibia
 23 Fíbula / Fíbula
 24 Calcâneo / Calcáneo
 25 Talus / Talus
 26 Navicular / Navicular
 27 Cuneiformes / Cuneiformes
 28 Metatarsais / Metatarsais
 29 Phalanges / Falanges

Salto Alto - Taco Alto

43% 57%
 57% 43%
 75% 25%
 90% 10%

REFLEXOLOGIA PODAL

1 Cabeça / Head
 2 Orelhas / Ears
 3 Olhos / Eyes
 4 Nariz / Nose
 5 Boca / Mouth
 6 Garganta / Throat
 7 Pulmões / Lungs
 8 Coração / Heart
 9 Fígado / Liver
 10 Estômago / Stomach
 11 Pâncreas / Pancreas
 12 Intestino delgado / Small intestine
 13 Intestino grosso / Large intestine
 14 Vesícula biliar / Gallbladder
 15 Fígado / Liver
 16 Baço / Spleen
 17 Rim / Kidney
 18 Testículo / Testis
 19 Uterino / Uterine
 20 Vagina / Vagina
 21 Pelve / Pelvis
 22 Anus / Anus
 23 Glândula tireoide / Thyroid gland
 24 Glândula paratireoide / Parathyroid gland
 25 Glândula pituitária / Pituitary gland
 26 Glândula hipófise / Hypophysis
 27 Glândula hipófise / Hypophysis
 28 Glândula hipófise / Hypophysis
 29 Glândula hipófise / Hypophysis

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior Face medial Face lateral

1 Tibia / Tibia
 2 Fíbula / Fíbula
 3 Patela / Patela
 4 Fêmur / Fêmur
 5 Rótula / Rótula
 6 Tíbia / Tibia
 7 Fíbula / Fíbula
 8 Calcâneo / Calcáneo
 9 Talus / Talus
 10 Navicular / Navicular
 11 Cuneiformes / Cuneiformes
 12 Metatarsais / Metatarsais
 13 Phalanges / Falanges
 14 Sesamoides / Sesamoides
 15 Tibia / Tibia
 16 Fíbula / Fíbula
 17 Patela / Patela
 18 Fêmur / Fêmur
 19 Rótula / Rótula
 20 Tíbia / Tibia
 21 Fíbula / Fíbula
 22 Calcâneo / Calcáneo
 23 Talus / Talus
 24 Navicular / Navicular
 25 Cuneiformes / Cuneiformes
 26 Metatarsais / Metatarsais
 27 Phalanges / Falanges
 28 Sesamoides / Sesamoides

Classificação Morfológica dos pés

Classificación morfológica de los pies

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

Calosidade e Tipos de Calos - Callosidad y Tipos de Callos

Calosidade: região ampla de pressão - Callosidad: región amplia de presión
 Calo: ponto específico de pressão - Callo: punto específico de presión

Callus / Callus
 Corn / Corn
 Callus / Callus
 Callus / Callus
 Callus / Callus
 Callus / Callus
 Callus / Callus
 Callus / Callus

Email: revista@revistapodologia.com - Tel.: #55 - 19 - 98316-7176 - Campinas - SP - Brasil
 A venda no nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
 Envios desde Brasil para Brasil e para todo o mundo !!!