REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

1ª EPOCA

1984

1986

VI

INDICE
1ª EPOCA. NUMEROS DEL 91 AL 108
AÑO 1984 AL 1986

Director : Sergio Bonamusa Mont
Redactor Jefe : Alvaro Ruiz Marabot

Nº 91

Nº 92

Nº 93

Nº 94

Nº 95

Nº 96

Nº 97

Director : Sergio Bonamusa Mont
Cuadro de Redacción : Comision Permanente de la J.Directiva

Nº 98

Nº 99

Nº 100

Nº 101

Director : Luis Cajal Roibal
Cuadro de Redacción : Comision Permanente de la Junta Directiva

Nº 102

Nº 103

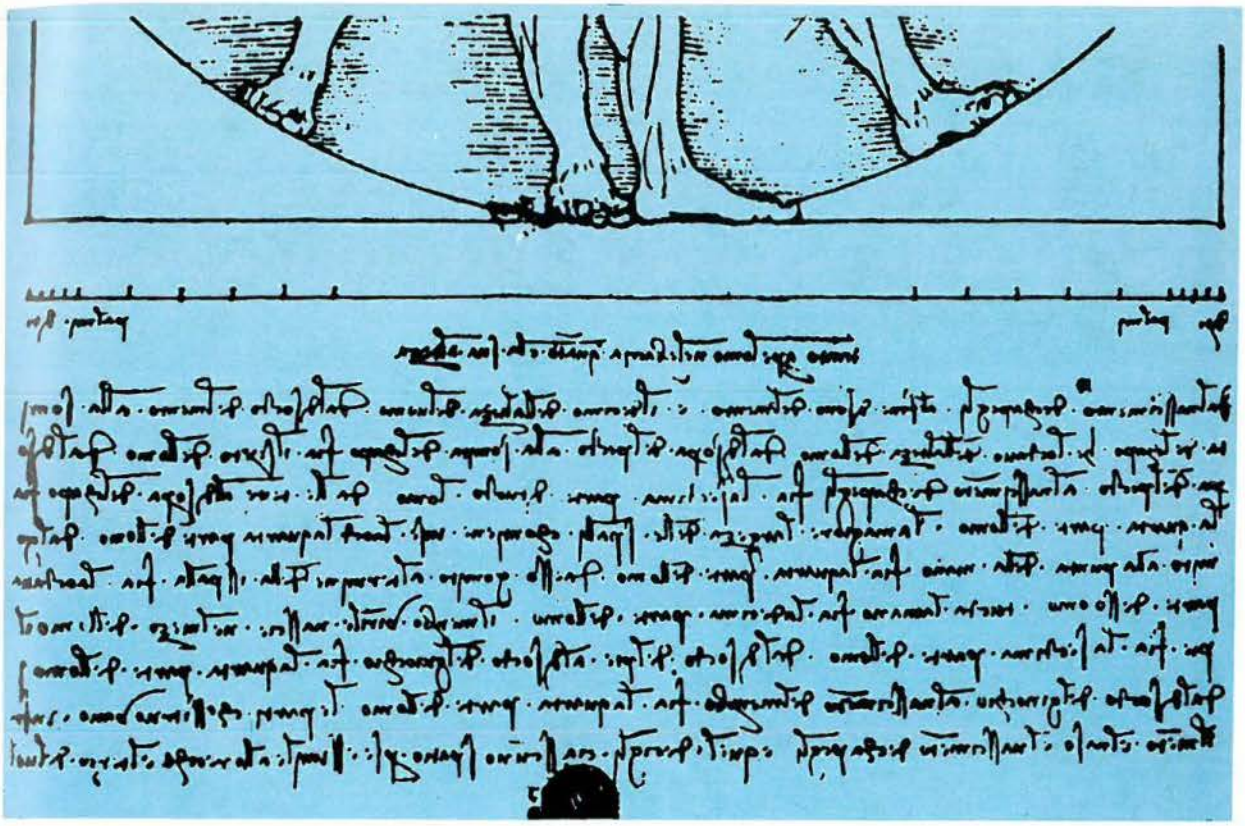
Nº 104

Nº 105

Nº 106

Nº 107

Nº 108



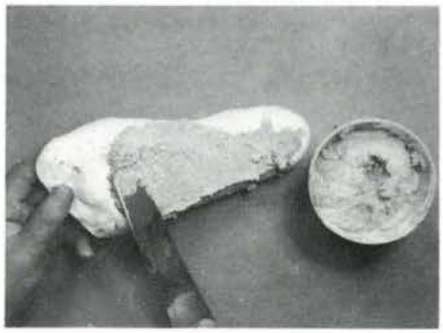
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.E.P. ENERO-FEBRERO
nº 91 1984

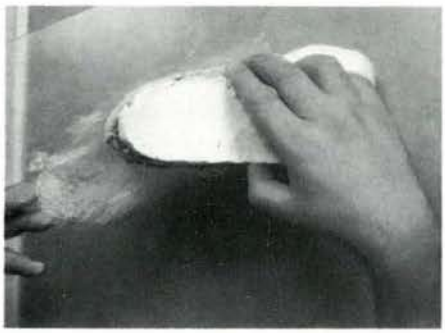
Veltron

MADE IN SPAIN

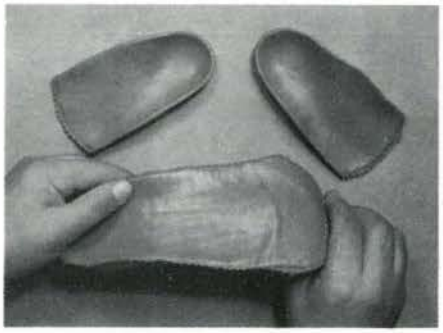
Compuesto para la obtención de plantillas ortopodológicas.



Es una pasta para aplicar a espátula sobre positivos de yeso, que fragua a temperatura ambiente, obteniéndose una plantilla elástica y blanda. Sus cualidades de elasticidad y flexibilidad no disminuyen su resistencia a la compresión que efectúa la bóveda plantar. Para obtener la plantilla se extiende el **Veltron-1** sobre el positivo de yeso. Esta aplicación debe hacerse en



capas finas al objeto de que no quede aire entre ellas. Una vez lleno el molde, se invierte sobre una superficie no porosa (vidrio, poliplopileno, formica, etc.) y se presiona sobre él equilibrándolo sobre los puntos de apoyo y retirando la pasta sobrante. Si se desea, para facilitar el secado, se desliza el molde dejando la parte plantar al aire. Transcurridos dos o tres días (según



condiciones ambientales) puede desprenderse del molde de yeso, obteniéndose la plantilla. Se recorta con tijera y se pulen los cantos, estando en condiciones de forrarse y entregarse al paciente.

Lazuri®

DISTRIBUIDORA LAZURI, S.A.

GERONA, 55, E-2.º. Tels. 301 54 36/301 53 86
TELEX 97223 LAZU-E. BARCELONA-9

GENERAL VARELA, 35. Tels. 270 61 08/270 61 07
TELEX 48656 LAZU-E. MADRID-20

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
García Lorca, 8
CADIZ.

Director:
Sergio Bonamusa Mont.
Presidente de la A.E.P.

Redactor jefe:
Alvaro Ruiz Marabot.
C/ García Lorca, n.º 8, bajo D.
CADIZ.

Colaboradores de redacción:
Jesús Criado Delgado, CADIZ.
Lorenzo Sánchez Quirós, Jerez de la Frontera (CADIZ).
José L. Salcini Macías, Puerto Real (CADIZ).

Administrador:
Angel Gil Acebes.
Avda. Valencia, n.º 13, 2.º C.
ZARAGOZA-5.

Jefe de Prensa:
Manuel Poyatos Villamor.
C./ Regino Martínez, n.º 15, 1.º.
Algeciras (CADIZ).

Imprime:
INGRASA
Industrias Gráficas Gaditanas, S. A.
C/ Hércules, 13.
CADIZ

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215

SUMARIO

Asociación Española de Podólogos

JUNTA DE GOBIERNO

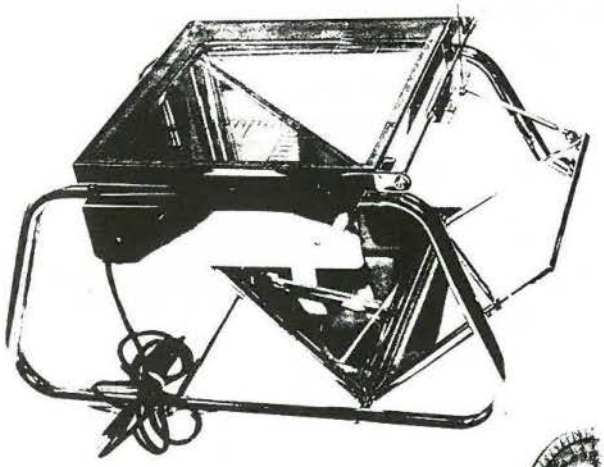
Presidente:	Sergio Bonamusa Mont (Cataluña).
Vicepresidente:	Bernardo Mercado (Madrid).
Secretario:	J.J. Araolaza (Vasco-Navarra).
Tesorero:	Angel Gil Acebes (Aragonesa).
Vocal 1.º):	Angel Sanchis Cortina (Levantina).
2.º):	Alvaro Ruiz Marabot (Andalucía).
3.º):	Juan Vidán Torres (Gallega).
4.º):	José Marroyo Salgado (Extremeña).
5.º):	Alfonso Domínguez Milán (Castellano-leonesa).
6.º):	Representante de Canarias.
7.º):	Representante de Baleares.
Vocales natos:	Representantes de las escuelas de Madrid y Barcelona.

DELEGADOS PROVINCIALES

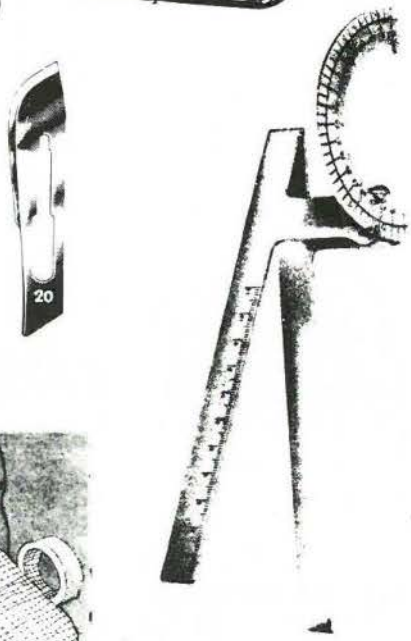
ALAVA: Jesús Pérez de Anda.
ALBACETE: Luis Juan Navarro.
ALICANTE: J. José Ibarra.
ALMERIA: Esteban de Haro Granados.
ASTURIAS: José Luis Alonso Alvarez.
AVILA: Antonio García Martín.
BADAJOZ: José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: Joaquín Solé Cuch.
BALEARES: José Claverol Serra.
BURGOS: Luis Mata Diego.
CACERES: Carlos Sagüillo Núñez.
CADIZ: José Luis Salcini Macías.
CASTELLON: José Aguilar Beltrán.
CIUDAD REAL: Procopio Mayorga.
GERONA: José M.ª Bosch.
GRANADA: Manuel Ruiz Morales.
GUIPUZCOA: Andrés Viedma Talavera.
HUELVA: Eduardo Rico González.
HUESCA: Alberto Ballarín.
JAEN: Víctor Nieto Molina.
LA CORUÑA: Francisco de la Cruz.
LAS PALMAS DE G. CANARIA: Sin delegado.
LERIDA: Alfredo Puchol.
LOGROÑO: Vicente Alvarez Pipaón.
LUGO: Sin delegado.
LEON: Luis Pascua San Miguel.
MALAGA: Eugenio Rojas.
MADRID: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIA: José Iniesta Gallego.
NAVARRA: Angel F. Cabezón.
ORENSE: Elisardo Bralo Rego.
PALENCIA: Angel Casado Solla.
PONTEVEDRA: Sin delegado.
SALAMANCA: Antonio Basas Encinas.
SANTA CRUZ DE TENERIFE: Artemio Méndez.
SEGOVIA: Francisco García Rodríguez.
SORIA: Sin delegado.
TARRAGONA: Concepción Baiges.
VALENCIA: Isaías del Moral Roberto.
VALLADOLID: Alfonso Domínguez Milán.
VIZCAYA: Agustín Soria.
ZAMORA: Narciso Miguel de Barrios.
ZARAGOZA: Julio Bara del Molino.

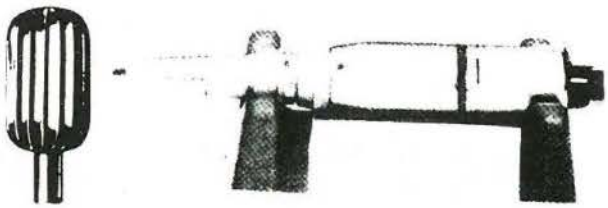
MIFER

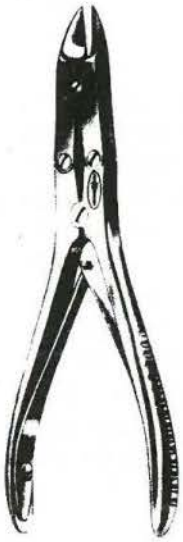
PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA



SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.







SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

No hay que dejar ni un solo hongo en pie

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

EDITORIAL

CON ILUSION POR UN FUTURO

Esta revista N. 91 es el comienzo de una nueva etapa, en la que se refleja el carácter de la responsabilidad compartida de todos los podólogos españoles de hacer posible la continuidad de nuestra revista española de Podología como vínculo de unión y catalizador de la pluralidad de ideas y opiniones, que hacen posible el entendimiento.

¡Con ilusión miramos hacia el futuro! Nuestra Podología, aunque antigua es joven y como tal vibra por una superación constante a través de las distintas generaciones, que armonizan la Antorcha del Saber con las inquietudes que la sociedad en su evolución demanda en el «relevo» de esa Antorcha de: conocimiento, experiencia y humanidad.

NOTA DE REDACCION

Cuando la Junta de Gobierno depositó su confianza en mi persona, para la redacción de la revista, sentí no sólo alegría por aportar mi colaboración, sino a la vez preocupación por la responsabilidad que conlleva un medio tan querido y necesario para nuestra profesión.

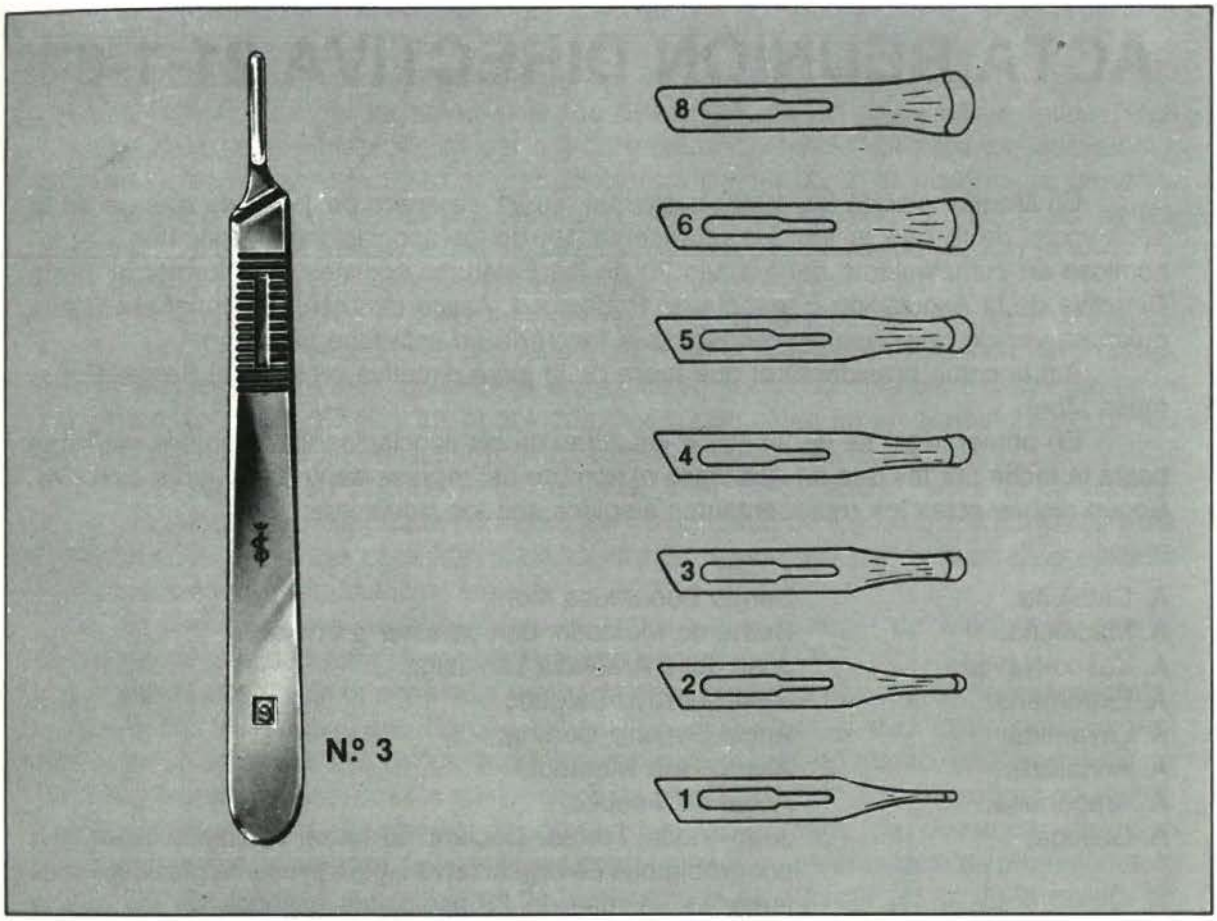
Los compañeros a los que he solicitado su colaboración, harán posible con su profesionalidad y experiencia, llevarla a buen término y espero de todos vosotros una cordial colaboración, aportando cuantos trabajos científicos, culturales o de opinión podáis y consideréis oportuno.

Un cordial saludo.

Fdo: Alvaro Ruiz Marabot

GUBIAS INTERCAMBIABLES

Ref. 506. El mayor adelanto de la Podología en los últimos años



Las GUBIAS INTERCAMBIABLES ESTERILES, son un precioso instrumento para la pequeña Cirugía, que permite economizar tiempo y dinero a la vez que asegurar una asepsia perfecta.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se presentan en envases individuales perfectamente estériles y listas para su uso.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se montan sobre cualquier mango de bisturí del n.º 3.

Existen SIETE TAMAÑOS, y formas de gubias, que se conocen con los números 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8.

LUGA

López de Hoyos, 142, 5.º • Madrid-2 • ESPAÑA • Teléf. 413 15 70 • Télex: 42733 psmd e

CONGRESOS

ACTA REUNION DIRECTIVA 21-1-84

En Madrid, siendo las 10,30 horas del día 21 de enero de 1984, se reúnen en la sede social de la Asociación, los representantes de las asociaciones regionales y autonómicas en cumplimiento del artículo 20 de los Estatutos sociales para formar la Junta Directiva de la Asociación Española de Podólogos. Asiste también el compañero Gavín quien ha venido responsabilizándose de la tesorería en esta fase provisional.

Actúa como presidente el que fuera de la junta directiva provisional Sergio Bonamusa Mont.

En primer lugar se da lectura a las actas de las asociaciones regionales recibidas hasta la fecha por las que se comunica el nombre del representante en la junta directiva. Según dichas actas los representantes elegidos son los siguientes:

A. Cataluña:	Sergio Bonamusa Mont.
A. Madrileña:	Bernardo Mercado, con carácter provisional.
A. Vasco-Navarra:	Juan José Araolaza Lahidalga.
A. Extremeña:	José Marroyo Salgado.
A. Levantina:	Angel Sanchiz Cortina.
A. Andaluza:	Alvaro Ruiz Marabot.
A. Aragonesa:	Angel Gil Acebes.
A. Gallega:	Juan Vidán Torres. Declara no haber realizado asamblea por problemas de organización, pero presenta proposiciones firmadas de más de 25 asociados gallegos en los que le nombran representante. Queda pendiente de ratificación en posterior asamblea.
A. Castellano-Leonesa:	Se presenta Alfonso Domínguez sin hacer entrega del acta por lo que queda pendiente de ser ratificado por la asamblea de su asociación.
Baleares y Canarias:	No han enviado representantes, constatándose por el presidente, haber recibido carta de Morán en la que dimite de todos sus cargos.

A continuación el secretario pide se haga declaración expresa de cada uno de los componentes de no hallarse incurso en alguna de las incompatibilidades descritas en el art. 22. Unicamente se registra la intención del representante de la Asociación Catalana, Sergio Bonamusa quien declara formar parte de la junta de gobierno de la Escuela de Podólogos de Barcelona, pero que en este mismo momento dimite en el cargo de la escuela. Ningún otro asistente hace mención alguna a este punto, por lo que se pasa al punto 2.° del orden del día.

INFORME DE LA SITUACION DE LA ASOCIACION

El presidente da una amplia información de todos los asuntos de interés general.

Informa de los contactos habidos con el M.º de Universidades y de la documentación entregada. Está pendiente de ultimar una entrevista con la Secretaría de Estado.

Informa de todo el proceso para que el Congreso Internacional vuelva a ser organizado por España el año 85. Del éxito de las gestiones y de que en marzo va a haber una reunión de la federación internacional, a la que habrá que llevar un programa del congreso.

Con relación al consejo general de A.T.S., da cuenta el presidente de los pormenores, ya conocidos por la mayoría de los asistentes, de las reuniones habidas. Tras haberse recibido el anteproyecto del marco general de funciones para su discusión y corrección; se ha enviado tanto al presidente señor Jurjo como al vicepresidente señor González una carta en la que tras felicitar por el método seguido en este caso, se les hace ver la diferencia realizada con el proyecto de especialidades. Se les vuelve a insistir en nuestro deseo de colaboración para solucionar el problema.

Da cuenta también el presidente del resultado de la vista celebrada por la impugnación del consejo general contra la legalización de la Asociación Española de Podólogos. El juez considera improcedente la impugnación por existir una clara distinción en la actualidad, entre los A.T.S. y los podólogos, por lo que están en un perfecto derecho los demandados para poder constituir una asociación profesional.

A pesar de todo el consejo ha recurrido ante la Audiencia Territorial de Madrid.

Se informa también de la convocatoria de un curso de Podología organizado para farmacéuticos y otro de parecidas características organizado por la marca de calzado P.F. para personas sin titulación idónea.

El presidente se ha puesto en contacto con el Colegio de Médicos y con el Ministerio de Sanidad para la correspondiente denuncia.

Se da cuenta de la entrevista realizada con el Inserso por el presidente y secretario junto con el responsable Ramón Isidoro. Se da lectura al escrito presentado y el compromiso de enviar a la directora del Inserso para el mes de marzo, una propuesta de baremo-nivel profesional para la contratación de podólogos y un informe sobre conveniencia de aplicar ortosis, promedio de costo, nivel aproximado de demanda, con una estadística sobre la realidad de la solicitud entre un número determinado de profesionales.

Informa también el presidente de la necesidad de publicar un n.º de la revista de Podología correspondiente al año 1983. Da paso a Isaías del Moral para que explique el contenido previsto y se da el V.º B.º. Lo mismo en cuanto al anuario y el secretario da cuenta de tener el contenido ya punteado y contratados los anuncios comerciales.

Se da cuenta del presupuesto de confección, siendo el correspondiente al anuario de 234.000 y unos ingresos por anuncios contratados de 434.000. Se decide enviar los dos ejemplares a cada asociado en un mismo sobre.

A continuación se pasa al siguiente orden del día relativo a las elecciones de los cargos de junta directiva.

Tras varias consideraciones realizadas por varios miembros se elige con el voto en contra de Juan Vidan que dice no estar conforme con el n.º de la vocalía para él dispuesta, los siguientes cargos:

Presidente:	Sergio Bonamusa Mont.
Vicepresidente:	Bernardo Mercado.
Secretario:	Juan José Araolaza Lahidalga.
Tesorero:	Angel Gil Acebes.
Vocal 1.º:	Angel Sanchiz Cortina.


Corintho 10 Elegance
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

Vocal 2.º:	Alvaro Ruiz Marabot.
Vocal 3.º:	Juan Vidan Torres.
Vocal 4.º:	José Marroyo Salgado.
Vocal 5.º:	Alfonso Domínguez Milán.
Vocal 6.º:	Representante de Canarias.
Vocal 7.º:	Representante de Baleares.
Vocales natos:	Representantes de las Escuelas de Madrid y Barcelona.

Una vez realizada la votación se hace el reparto de responsabilidades dentro del plan de trabajo.

Queda responsable de la revista Alvaro Ruiz-Marabot.

Ante la idea de reorganizar la revista, se considera recabar información del plan que el anterior redactor Martín Rueda disponía.

La confección del anuario quedaría de la responsabilidad del secretario.

Se decide no abonar cantidad alguna periódica por estos trabajos, reintegrando los gastos que hubiera lugar.

Queda responsable del tema de publicidad Bernardo Mercado.

Para asuntos relativos al Inserso José Marroyo en colaboración con el compañero R. Isidoro quedando de su responsabilidad el envío de la información prometida a la directora del Inserso, señora Elvira Cortajorena. C/ Infanta Mercedes, 11. Madrid. Para lo relativo a la aprobación del decreto como Escuela Universitaria de Podología, seguirá de la responsabilidad del presidente y secretario.

Como coordinador y responsable de relaciones con las asociaciones territoriales y con el consejo general de A.T.S., Angel Sanchiz Cortina.

Se insiste en la obligatoriedad de que el presidente sea el coordinador de todas las actividades así como que han de contar con su V.º B.º.

En relación al próximo congreso internacional a celebrar el año 1985 y en cumplimiento al acuerdo de la junta general celebrada en Madrid el 6 de marzo de 1983, se ofrece a Barcelona la organización del mismo previa aceptación de las condiciones provisionales que esta junta acuerda, mientras se llega a aprobar una reglamentación definitiva de los congresos.

Estas condiciones son las siguientes:

1º.—La titularidad de los congresos será de la Asociación Española de Podólogos, respetándose este concepto a todos los niveles de propaganda, circular, programas, impresos, diplomas, placas, etc., etc. En base a ello, la presidencia la ostenta el presidente de la Asociación Española de Podólogos.

2º.—Será necesaria la aprobación por parte de la junta directiva de la Asociación Española del Plan del Congreso, presupuesto y programa de actos.

3º.—La Asociación Española nombrará un representante podólogo en la Comisión Organizadora.

4º.—Se enviará una copia de todas las ponencias seleccionadas y no seleccionadas a la sede de la Asociación Española.

5º.—Se mantendrá el mismo criterio económico de reparto de cuotas en cuanto a los resultados económicos del congreso, esto es el 70% corresponderá a la asociación y el 30% a la delegación organizadora. La Asociación Española se reserva el derecho de solicitar comprobantes y de verificar el control que crea necesario.

Tras estas condiciones, queda facultado el presidente para realizar los contactos necesarios con la Asociación Catalana y nombrar el representante en la comisión organizadora.

Sin más asuntos que tratar, se da por finalizada la reunión.

A los hongos hay que ganarles por pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer Antimicóticos

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
XVII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
CADIZ DEL 10 AL 13 OCTUBRE 1984

Secretaría General
C/. Cristóbal Colón, n.° 1-dupl.
Teléfonos 231916-285215
CADIZ

Cádiz, marzo 1984

Querido compañero (a):

Queremos ponernos en contacto contigo, para que comiences a vivir el XVII Congreso Nacional de Podología, que celebraremos como sabes, los próximos días 10, 11, 12 y 13 de octubre. El tema «ESTUDIO Y TRATAMIENTO PODOLOGICO DE LAS METATARSALGIAS».

El comité organizador, espera tu asistencia y si es posible tu colaboración enviando alguna comunicación, nos parece que el tema es importante y dada su amplitud e incidencia dentro de la patología del pie, motive tu aportación científica.

Queremos comentarte en estas comunicaciones, algunos aspectos de nuestra ciudad.

Cádiz, la ciudad más antigua de Occidente, se asoma insinuante y descarada, en las aguas del Atlántico, que la bañan en ambicioso abrazo y la hacen una ciudad marinera por excelencia, donde todas sus calles llevan al mar.

Cádiz es leyenda y es historia.

Según la mitología, Cádiz fue fundada por Hércules; históricamente se remonta al siglo XI antes de J.C. en que los fenicios la llamaron Gadir o Gades. Cartagineses y romanos la utilizan como base militar y comercial, la civilización árabe penetra en la península por nuestra provincia; es reconquistada por Alfonso X y reconstruida en 1261. Vinculada al descubrimiento y colonización de América, vivió años prósperos. Los siglos XVII y XVIII resiste diversos ataques franceses e ingleses y durante la invasión de Napoleón se mantiene fiel al Rey Fernando VII y da cobijo a las CORTES «Las Cortes de Cádiz»...

Así como el mar acoge en cordial abrazo a la ciudad, la ciudad contagiada, sabe recibir con simpatía y hospitalidad al que llega. Por eso la vida aquí es sencilla y equilibrada para el espíritu y al mismo tiempo, llena de contraste y color para los sentidos.

La suavidad del clima, la claridad de su cielo, la belleza de sus playas, su tipismo, sus fiestas, y sobre todo el carácter de sus habitantes dan a Cádiz una fuerte personalidad plena de armonía y tradición.

En la próxima comunicación, te daremos un avance de los actos científicos y sociales que creemos serán de tu agrado.

Por hoy, sólo animarte a que pienses en el lema del congreso «PODOLOGIA, CAMINA» y en el mes de octubre, donde tenemos una cita en Cádiz «TACITA DE PLATA».

Un fuerte abrazo,

EL COMITE ORGANIZADOR

P.D.

Es mi deseo publicar sucesivamente en nuestra Revista Española de Podología las circulares informativas de este próximo XVII Congreso Nacional de Podología «Cádiz 84», con la finalidad de haceros llegar a todos vosotros información puntual del desarrollo del mismo. Así como a los compañeros que por diversos motivos no reciben las circulares enviadas por razones ajenas a mi voluntad.

El presidente del comité organizador,

Fd.: JOSE LUIS SULACI

SENTENCIA

En la villa de Madrid, a treinta de septiembre de mil novecientos ochenta y tres. Vistos por el Iltmo. Sr. don José Guelbenzu Romano, magistrado-juez del Juzgado de Primera Instancia número siete de los de esta capital, los presentes autos incidentales número 612/1182-L, seguidos, entre partes: de una y como demandante «CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS DE ESPAÑA», con domicilio en Madrid, calle del Buen Suceso, número 6, representada por el procurador de los tribunales don Fernando Gómez-Carbajo y Maroto y defendida por el letrado Sr. Valdés, y de otra, como demandados don Eleuterio Enrique González Gómez, mayor de edad, ayudante técnico sanitario diplomado en Podología, con domicilio en Madrid, calle de Embajadores, n.° 163, don José Luis Velasco Barriuso, mayor de edad, ayudante técnico sanitario diplomado en Podología con domicilio en esta capital, calle Cruz del Sur, n.° 1, don Manuel Meneses Garde, mayor de edad, ayudante técnico sanitario, diplomado en Podología, con domicilio en Alcorcón (Madrid), calle Doña Sofía, n.° 3, Manuel Montes Vicente, mayor de edad, ayudante técnico sanitario diplomado en Podología, con domicilio en Madrid, calle Bacares, 5 y don Antonio Cros Palencia, mayor de edad, ayudante técnico sanitario diplomado en Enfermería, con domicilio en esta capital, calle Pechuan, n.° 14, defendidos por el letrado don Guillermo Vázquez López-Fuente y representado por el procurador don José Sampere Muriel, sobre impugnación de la promoción de la denominada «Asociación Española de Podólogos», y

RESULTANDO: Que el procurador don Fernando Gómez-Carbajo y Maroto en nombre y representación de CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS DE ESPAÑA, y por medio de su escrito de catorce de abril de mil novecientos ochenta y dos, que por reparto correspondió a este Juzgado, formuló demanda incidental sobre impugnación de la promoción de la denominada «Asociación Española de Podólogos», contra DON ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, DON JOSE LUIS VELASCO BARRIUSO, DON MANUEL MENESES GARDE, DON MANUEL MONTES VICENTE Y DON ANTONIO CROS PALENCIA, basándose en los siguientes:

HECHOS: Unico.—Con fecha dieciocho de marzo de mil novecientos ochenta y dos, a las trece horas, fueron depositados en el Servicio de Depósito de Estatutos y Actas de Delegaciones, Convenios y Acuerdos Colectivos, los estatutos de la Asociación Española de Podólogos. Se acreditaba este hecho con la referencia a la publicación del preceptivo anuncio en el Boletín Oficial del Estado n.° 74, de fecha 27 de marzo del corriente año, página 8033; constando además dicha fecha en los sellos que figuraban en las xerocopias diligenciadas del texto, que a instancia de esta parte fueron expedidas y acompañaba. En diversos artículos de los estatutos se atribuían a la Asociación promovida competencias específicas que legalmente correspondían a la Organización Colegial de la que su representado era órgano supremo, a lo que se oponía rotundamente. En base a los hechos alegaba los correspondientes fundamentos de derecho y terminaba con la súplica al Juzgado de que se sirviera admitir el escrito, con documentos y copias y se sirviera admitirlo, teniendo por promovido procedimiento incidental de oposición a la promoción de la Asociación Española de Podólogos e impugnación de los estatutos presentados en el Servicio de Depósito de Estatutos y Notas de Delegaciones y Acuerdos Colectivos del Instituto de Mediación, Arbitraje y Conciliación a las trece horas del día 18 de marzo de 1982; todo para los efectos previstos en

el artículo 3.° de la Ley 19/1977; y previos los trámites establecidos por la Ley y traslado a los demandados y al Ministerio Fiscal, llegase a dictar sentencia, por la que se declarase improcedente la promoción de la citada asociación por no ser conformes a Derecho los estatutos.—Por medio de otro sí solicitaba el recibimiento a prueba de juicio, solicitando igualmente la celebración de vista.

RESULTANDO.—Que por providencia de veinte de abril de mil novecientos ochenta y dos se tuvo por parte legítima al procurador señor Gómez Carbajo y Maroto, en nombre y representación del Consejo General de los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España, en virtud de la copia de poder que también presentaba y que como solicitaba, le sería devuelta después de testimoniada suficientemente en autos, entendiéndose con él, en tal representación, las sucesivas diligencias.—Y una vez que el citado procurador aportara el documento que dice en su escrito y copias simples de la demanda y documentos para dar traslado a los demandados, se acordaría lo procedente y por providencia de cuatro de mayo de mil novecientos ochenta y dos se tuvo por cumplido al procurador señor Gómez Carbajo con lo que se le había ordenado y en su consecuencia se admitía la demanda que el mismo, en nombre y representación de consejo general de los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España, formulaba contra don Eleuterio Enrique González Gómez, con domicilio en C/. Embajadores, n.° 163, don José Luis Velasco Barriuso, con domicilio en la C/. Cruz del Sur, n.° 1, don Manuel Meneses Garde, con domicilio en C/. Doña Sofía, n.° 3, (Alcorcón), don Manuel Montes Vicente, con domicilio en C/. Bacares, n.° 5, Don Antonio Cros Palencia, con domicilio en C/. Pechuan, n.° 14 y el Ministerio Fiscal, la que se sustanciaría por los trámites de los incidentes con las modificaciones establecidas en el Decreto 1048/77 de 13 de mayo, y de la misma se confería traslado a los indicados demandados, emplazándoles con entrega de cédulas y copias simples de la demanda y documentos presentados, a fin de que dentro del término de seis días, comparecieran en autos y la contestasen, bajo apercibimiento de que de no verificarlo los parará el perjuicio a que hubiere lugar en derecho.—En cuanto al segundo y tercer otrosies se tenían por hechas las manifestaciones que se contenían para el momento oportuno.— Y anunciábase la presentación admisión de la demanda en el Boletín Oficial del Estado en el plazo de cinco días, cuyo anuncio serviría de emplazamiento a los posibles coadyuvantes. Y publicado que fue el edicto y practicados los emplazamientos, compareció el procurador don José Sampere Muriel por medio de su escrito de veintidós de septiembre de mil novecientos ochenta y dos, en nombre y representación de DON ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, DON ANTONIO CROS PALENCIA, DON JOSE LUIS VELASCO BARRIUSO, DON MANUEL MENESES GARDE Y DON MANUEL MONTES VICENTE, alegando las excepciones dilatorias que seguidamente consignaba y terminando con la súplica al Juzgado de que teniendo por presentado el escrito y a la vista de su contenido, se estimasen las excepciones dilatorias de falta de personalidad en el actor y defecto legal en la redacción de la demanda, a fin de que se apartase el Juzgado de conocer del pleito, dando traslado del escrito al demandante e imponiéndole las costas.

RESULTANDO.—Que por providencia de veintisiete de septiembre de mil novecientos ochenta y dos se tuvo por comparecido y parte legítima al procurador don José Sampere Muriel, en nombre y representación de don Eleuterio Enrique González, don Antonio Cros Palencia, don José Luis Velasco Barriuso, don Manuel Meneses Garde y don Manuel Montes Vicente, en virtud de la copia de poder que también presentaba y como solicitaba le sería devuelta después de testimoniada suficientemente en autos, entendiéndose con él en tal representación las sucesivas diligencias y por providencia de trece de octubre de mil novecientos ochenta y dos y proveyendo al escrito del procurador señor Sampere Mu-

riel de fecha 22 de septiembre último no había lugar a la admisión de las excepciones dilatorias que en el mismo se formulaba y no habiéndose formulado contestación al incidente, habiendo transcurrido el término para efectuarlo, se tenía por decaído al procurador señor Sampere de su derecho a realizarlo.— Una vez se llevara a cabo el emplazamiento del Excmo. señor fiscal o transcurriera el término del mismo, se acordaría lo procedente y éste por su escrito de 17 de octubre de mil novecientos ochenta y dos, evacuaba el traslado conferido, formulando el siguiente hecho.— Se negaban los hechos de la demanda salvo aquellos que fueran reproducción no comentada de documentos públicos debidamente adverados que se acompañaban a la demanda, alegando los fundamentos de derecho que estimó de pertinencia y terminaba con la súplica al Juzgado de que se tuviera por contestada la demanda en tiempo y forma y se desestimara la misma, con expresa imposición de costas.

RESULTANDO.—Que por providencia de veinticinco de enero de mil novecientos ochenta y tres se tuvo por contestada en tiempo y forma por el Excmo. Sr. fiscal de esta Audiencia la demanda base del presente procedimiento y de conformidad con lo solicitado por la parte actora y lo dispuesto en el artículo 752 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se recibía el incidente a prueba por término de veinte días comunes a las partes para proponerla y practicarla acordándose formar piezas separadas de prueba con las articuladas por cada una de ellas, para dar cuenta; y por la parte actora se propuso la documental y por la parte demandada la confesión en juicio de DON ENRIQUE RODRIGUEZ GOMEZ, la documental privada y la testifical, todas cuyas pruebas fueron admitidas, a excepción de la documental propuesta por la parte actora en el apartado primero, que fue declarada impertinente, habiéndose practicado las mismas con el resultado que en autos constan. Y por providencia de veintidós de febrero pasado y habiendo transcurrido el término de prueba en el presente procedimiento, se acordó unir las practicadas al mismo y esperar para acordar el trámite sucesivo a que fuera devuelto el exhorto que pera confesión judicial de don Enrique Rodríguez Gómez, presidente del Consejo General de los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España, fue oportunamente librado y por providencia de cinco de abril y apareciendo del diligenciado del exhorto no haberse podido practicar la confesión judicial a don Enrique Rodríguez Gómez, como presidente de la demandante, que venía pendiente, y siguiendo el trámite sucesivo, y estando ya unidas las pruebas practicadas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 755 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se acordó traer los autos a la vista para sentencia, con citación de las partes y a instancia de los procuradores de las partes y por providencia de once de abril se acordó celebrar vista pública en el presente procedimiento, señalándose para que la misma tuviera lugar la hora de las once y media de la mañana del día catorce del mes de septiembre en la sala audiencia de este Juzgado, citándose en forma a los procuradores de las partes, así como al Excmo. Sr. fiscal y poniéndoles de manifiesto las pruebas en Secretaría para instrucción, y llegado el día señalado, tuvo lugar la misma, con asistencia de las defensas y representaciones de las partes, informando los letrados en apoyo de sus pretensiones, alegando la fundación jurídica que estimaron de pertinencia al caso, terminando con la súplica al Juzgado de que se sirviera dictar sentencia en apoyo y de acuerdo con lo solicitado en sus escritos de demanda y contestación, digo y oposición a esta, respectivamente.

RESULTANDO: Que en la tramitación de estos autos se han observado y cumplido las prescripciones legales porque se rige, con excepción del término de dictar sentencia, debido a las necesidades urgentes del Juzgado.

CONSIDERANDO: Que la excepción de falta de personalidad en el actor, alegada en el escrito de contestación a la demanda, procede desestimarla, habida cuenta que no se pueden tener en cuenta las ale-

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Perusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®

El relajante de los pies.

gaciones que se hacen para fundamentar la excepción propuesta, ya que el poder con que actúa la parte actora no perdió su eficacia por el hecho de que el presidente del «Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios» cesará en su cargo, ya que el procurador don Fernando Gómez-Carbajo y Maroto no accionó al formular la demanda sino en nombre y representación del «Consejo General de los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España», ya que el procurador representa al ente social y no a los órganos o representantes del mismo.

CONSIDERANDO.—Que es suficiente examinar la demanda interpuesta, para ver que es improcedente la excepción propuesta de defecto legal en el modo de proponer la demanda, ya que está formulada con claridad y precisión, y la acción ejercitada de oposición a la promoción de la «Asociación Española de Podólogos» o de impugnación de los Estatutos presentados, es procesalmente correcta, así como también el procedimiento incidental elegido, con arreglo a los trámites procesales establecidos en el artículo 13 de la Ley 62/1978, en relación con el Título III del Libro II de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

CONSIDERANDO.—Que una vez examinadas las actuaciones, se llega a la conclusión del juzgador de que, procede desestimar todos los pedimentos de la demanda, ya que teniendo en cuenta que la libertad de asociación viene proclamada en el artículo 22 de la Constitución Española y la de sindicación por el artículo 28, está claro que están en su perfecto derecho los demandados para poder constituir la «Asociación Española de Podólogos»; máxime, cuando existe una clara distinción en la actualidad, entre la profesión de los Ayudantes Técnicos Sanitarios y los Podólogos, pues una vez creada la especialización de Podología Decreto 727/29 de marzo de 1962, para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, cuyos estudios tienen una duración de dos cursos académicos en la Facultad de Medicina, se establece una clara distinción entre las dos profesiones, pues si bien, los podólogos previamente deben ostentar el título de Ayudantes Técnicos Sanitarios, éstos últimos no son podólogos y se configuran por lo tanto, dos profesiones cuya finalidad y aplicación difieren, pues se expiden dos títulos o diplomas absolutamente distintos y las escuelas donde se desarrollan los estudios son independientes y con dirección y profesorado distinto.

CONSIDERANDO.—Que no es de apreciar temeridad ni mala fe en la parte actora, a los efectos de imposición de costas en este procedimiento incidental.

Vistos los artículos de general y especial aplicación.

FALLO

Que desestimando las excepciones alegadas por la parte demandada, debo desestimar y desestimo la demanda interpuesta por el procurador don Fernando Gómez-Carbajo y Maroto, en nombre, y representación del «CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS DE ESPAÑA» sobre impugnación de la promoción de la denominada «ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS» y contra sus promotores firmantes del Acta de Constitución de la misma, DON ELEUTERIO ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ, DON JOSE LUIS VELASCO BARRIUSO, DON MANUEL MENESES GARDE, DON MANUEL MONTES VICENTE Y DON ANTONIO CROS PALENCIA, habiendo sido parte el Ministerio Fiscal, absolviendo a los mencionados demandados de todas las pretensiones deducidas en su contra en el escrito inicial, y todo ello sin hacer expresa imposición de costas en este juicio incidental.

Así por esta mi sentencia, juzgando, lo pronuncio, mando y firmo.

No hay que dejar a los hongos dar pie con bola

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer / Antimicóticos

MONOGRAFIAS PODOLOGICAS ARAGONESAS I

RUEDA, M.: «Examen Clínico podológico».
JUSTES Y PARDO: «Plantilla de estimulación indirecta».
SANCHEZ, J.: «Experiencias personales con Bleomicina».
SAN MARTIN, R.: «Podología infantil».
RUEDA, A.: «Rehabilitación podológica».
PEREZ, J.A.: «Desviaciones del primer dedo».
ALONSO, J.: «Ortesis de silicona».
SOLE, J.: «Pie valgo».
ARAOLAZA, J.J.: «Ortopodología».
DEL CASO, J.L.: «El calzado».
CALVO, J.A.: «Micología podológica».
BARA, J.: «Rehabilitación en Podología».
VALERO, J.: «Paracentesis articular en malformaciones podológicas».
BERNAT, R.: «Pie cavo».
GRACIA, F.: «Pie plano en la infancia y adolescencia».
GARTIN, S.: «Alteraciones vasculares que afectan al pie».
GRACIA, J.L.: «El pie diabético y su tratamiento podológico».
DOMINGUEZ, J.I.: «Medidas de las desviaciones angulares del pie».
ARAOLAZA, J.J.: «Alteraciones digito-plantares y su tratamiento por ortesis de silicona».
RUEDA, M.: «Alteraciones de la biomecánica del pie».

BOLETIN DE PEDIDO

Ruego me remitan CONTRA-REEMBOLSO de 1.500,- Ptas. (MIL QUINIENTAS PESETAS) más 150,- Ptas. de gastos de envío el LIBRO DE MONOGRAFIAS PODOLOGICAS ARAGONESAS, editado por la Asociación Aragonesa de Podología.

Nombre y apellidos . . . . . .
Domicilio . . . . . .Tfno.: . . . . . .
Ciudad y provincia . . . . . .

. . . . . de . . . . . de 1984

Fdo.: . . . . . .

Remitir esta solicitud a ASOCIACION ARAGONESA DE PODOLOGIA
C/. Hernán Cortés, 4-1.°. ZARAGOZA-4.

LA DIRECCION DE ESTA REVISTA, TIENE A BIEN INFORMAR DEL ACTUAL DOMICILIO DE:

J.L. VILAPLANA
Conde Borrell, 181 - Entlº - 6ª.
Teléfono (93) 239 53 06
BARCELONA (15)

NOTA DE REDACCION:

El presidente de la Asociación Aragonesa de Podólogos nos comunica la ausencia del autor del trabajo de la «Paracentesis articular en malformaciones podológicas y sus contraindicaciones», que a continuación publicamos.

Autor: José Valero Salas. PODOLOGO.
De Alcañiz (Teruel)

CONTRAINDICACIONES DE LA PARACENTESIS ARTICULAR:

1.—Sospecha de artritis de origen bacteriano:
   a)-Tuberculosis.
   b)-Gonorrea.
   c)-Artritis estreptocócica.
   d)-Artritis estafilocócica.
2.—Procesos infecciosos derivados de otros órganos: tuberculosis, etc.
3.—Ausencia de asepsia.
4.—Trastornos de la coagulación sanguínea.
5.—En pacientes sometidos a terapias anticoagulantes.
6.—Diabetes mellitus.

En el cuadro II se pueden apreciar las reacciones adversas y el poder antiinflamatorio de algunos de los corticoides de uso más común.

A los hongos hay que pararles los pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer Antimicóticos

Sr. presidente de la
Asociación Española de Podólogos
Madrid

Mi querido compañero y amigo:

Mucho te agradecería tuvieras la deferencia de insertar la presente carta en la Revista Española de Podología.

Durante diez años, con la máxima abnegación, cariño y estímulo, por mi parte, he impartido las enseñanzas de Teoría Médica en la Escuela Oficial de Podología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Ahora, he decidido, voluntariamente, cesar como profesor. Este tiempo ha conllevado una amistad, un entrañable afecto y la verificación del alto nivel de quienes como alumnos ahora son excelentes podólogos. A todos quienes recibieron mis enseñanzas quiero enviarles un fuerte abrazo. Su trato, sus estudios, su humanidad y su profesionalidad lo han merecido sobradamente. Su buen e imborrable recuerdo es para mí motivo de personal y amplia satisfacción. Por todo ello, quiero sepan todos que pueden contar conmigo, con un profesional más que tal vez, por la experiencia, pueda conducirles deontológica y críticamente en aras de un mejor éxito, que a todos y a cada uno deseo de todo corazón. De ahora en adelante, mis pobres aportaciones, como ponencias, no os van a faltar en los congresos y mi puerta siempre estará abierta a vuestras cuitas e inquietudes. Disponed ahora y siempre de cuanto esté de mi mano.

Aprovecho también esta oportunidad para enviar a toda la familia podológica de España el testimonio sincero de mi amistad.

Os abraza a todos cordialmente.

Fdo.: Dr. Enrique José Raso

boehringer mannheim

COR-PIK SEK

Para que los pies permanezcan FRESCOS Y SECOS, DIAS, DIAS... y DIAS, son precisas unas acciones básicas

- ACCION ANTITRANSPIRANTE
- ACCION DESODORANTE

y que los efectos sean prolongados.

COR-PIK SEK cumple estos requisitos eficazmente. Generalmente basta aplicar cada 3 meses, aunque puede variar en función de la intensidad de sudoración de cada usuario. Aportando además:

- ACCION DERMOPROTECTORA (HIDRATANTE/EMOLIENTE)
- ACCION RELAJANTE
- ACCION SUAVIZANTE (QUERATOPLASTICA)

PRESENTACION

Estuche para una aplicación conteniendo Sobre n.° 1 (Sales de Baño) y Sobre n.° 2 (Polvo).

Ponen alas a sus pies

boehringer mannheim

COR-PIK SALES

(Baño de Pies) **concentradas**

Baño relajante de la musculatura. Suprime el ardor, es suavizante y desodorante de los pies a través de sus acciones:

- DESCONGESTIVA • EPITALIZANTE
- QUERATOPLASTICA • ASTRINGENTE
- OXIGENANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION

Estuche de 15 sobres de 10 grs.

COR-PIK GEL

Reposante, Refrescante y Desodorante a través de sus acciones:

- ASTRINGENTE • VASOPROTECTORA
- DESCONGESTIVA • ANALGESICA
- REFRESCANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION Tubos de 50 grs.

elaborado por Boehringer Mannheim S.A.

La «foto-podo-adherencia»

Técnica para la obtención y fijación de la huella en estática o dinámica, con determinación de zonas de presión, comprobación ortésica, calzado y descalzo

Juan Antonio TORRES RICART, PODOLOGO
Avda. JUAN XXIII, 9, 4.° C. HUESCA

LA FOTO-PODO-ADHERENCIA

Siempre ha sido para mí motivo de preocupación la obtención rápida de una huella plantar. La necesidad de esta rapidez viene determinada por la posible dificultad que encierra para algunas personas el estar lo suficientemente estáticas como para obtener una huella fiable.

El podoscopio, aparato imprescindible para el estudio del pie, tiene unas limitadas posibilidades; el fotopodograma, ideado por el podólogo Pablo Vilató Ruiz, es una pieza valiosa complementaria; la fotografía, el video, etc., nos pueden ayudar pero siempre con carácter muy selectivo y a un alto precio.

Hace unos dos años aproximadamente inicié un sencillo trabajo consistente en superponer un cristal de las mismas dimensiones que posee la baldosa del podoscopio estático, cuidadosamente «barrido» con esa sustancia grasa que desprende la plastilina; previamente había señalizado en el pie y mediante pintura de dedos, por su fácil limpieza, los puntos correspondientes a la localización de las cabezas de metas y hacía la proyección bimaleolar, etc.

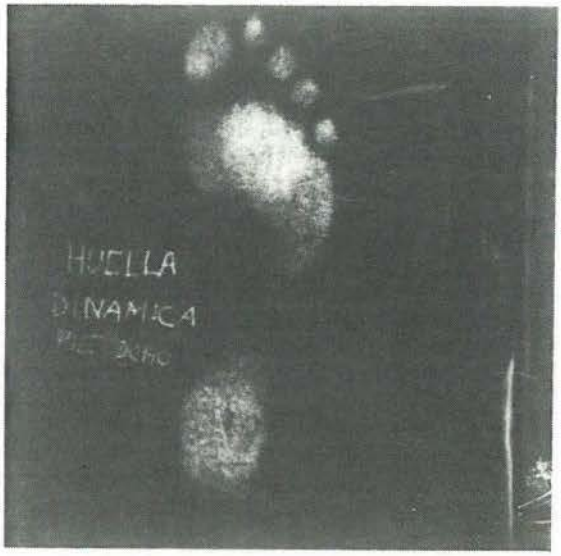
Conseguía un mapa dermatológico aceptable en el que se localizaban con bastante precisión los puntos que me interesaba retener del pie y mediante el cual realizaba un diagrama de presión.

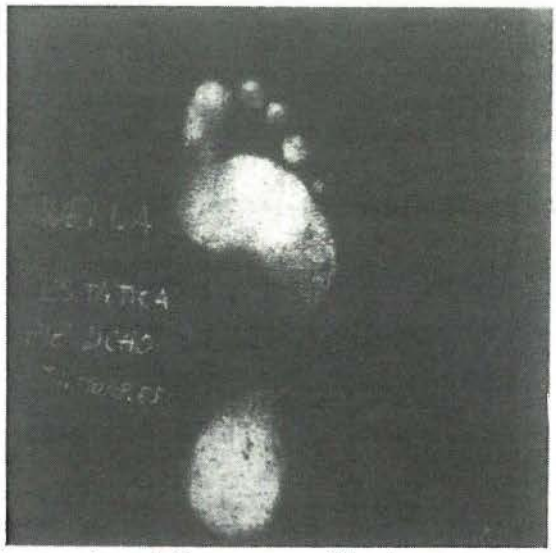
Esta simple técnica la expuse a los podólogos aragoneses con motivo de un ciclo de conferencias organizado por la Asociación Aragonesa de Podología los días 25 y 26 de junio de 1983.

De esta manera conseguía una huella estática y dinámica, calzado y descalzo, pero tenía el inconveniente de que al ofrecer dificultad para ser fotografiada, no podía retener dicha huella por un tiempo indefinido, a no ser que fuese acumulando los cristales utilizados.

Con motivo de las II Jornadas Aragonesas de Podología, celebradas en Zaragoza los días 25, 26 y 27 de noviembre de 1983, tuve ocasión de ver un podoscopio de marcha por tansiluminación, cuyo efecto era espectacular; este aparato, del que había oído hablar a unos compañeros por haberlo visto según creo en Italia, está patentado aquí en España por O.Z.

Por la luminosidad, la angulación del espejo y por su altura, este aparato no satisfacía mis necesidades, por lo cual hice unas modificaciones en mi podoscopio estático con un resultado altamente positivo. Utilicé una baldosa duplex de 12 mm. y 2 cms. más larga en la zona de iluminación, con un bisel angular de unos 45° al que le acoplé un filtro para controlar la

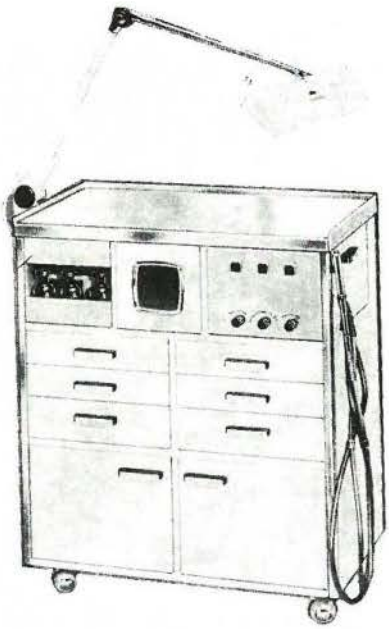




DEPOSITO DENTAL DENTALITE, S. A.
SAN BERNARDO, 74 TELEF. 231 40 15
MADRID

SERRA FARGAS, S. A.
PLAZA CASTILLO, 3 TELEF. 301 83 00
BARCELONA

La estética y funcionabilidad al servicio de la Podología



EQUIPO NUM. 560

— Motor con aspiración incorporada, pieza de mano. - 6.000 - 8.000 r.p.m.
— Lámpara.
— Esterilizador rayos ultravioletas.
— 6 cajones. - 2 puertas.
— Algodenara, frascos de spray.
— Rodable.
— Cauterio.

SILLON DENTALITE

— Subida y bajada eléctrica.
— Inclinación respaldo y retorno.
— Retorno automático a cero.
— Apoya pies regulable con bandeja.

coloración de la luz y coloqué un tubo luminoso en este mismo bisel; así pues, conservaba una iluminación mixta, que me permitía ver el apoyo del pie con la iluminación original del podoscopio, con la conseguida a través de la baldosa y simultáneamente con ambas. De cualquier forma, quiero reseñar que cualquier podoscopio convencional es fácilmente transformable a un coste prácticamente nulo.

VENTAJAS QUE OFRECE LA ILUMINACION A TRAVES DEL CRISTAL

Se ve con mucha facilidad el apoyo del pie en todo su conjunto, siendo de gran interés en el estudio dinámico.

Humedeciendo la suela del calzado, con cualquier líquido o sustancia grasa, como pueda ser la vaselina (muy poca cantidad y uniformemente extendida), podemos ver el comportamiento del pie dentro del calzado, pudiendo intuir de alguna manera el comportamiento del pie dentro de ese calzado.

De la misma forma se puede obtener comprobación ortésica, en los apoyos subdigitales elaborados con siliconas, soportes plantares de palmilla, etc. Se puede entender fácilmente el desplazamiento que se realiza por presión en los diversos materiales que empleamos.

INCONVENIENTES

La humedad es fundamental para conseguir una buena visualización de las zonas de contacto del pie con la baldosa; por consiguiente, en pieles secas no es muy práctico, a no ser que se humedezca la piel.

Se pierde prácticamente el relieve dermatológico y la posible determinación de las zonas de hiperpresión. Así pues, es fácilmente confundible las zonas de contactos y de presión; aunque este efecto negativo pueda ser aprovechado en la determinación de variaciones en la corrección.

Con un solo tubo de iluminación, existen zonas de desnivel luminoso. Comercialmente se suministra con dos tubos laterales, lo que confiere una mayor uniformidad luminosa.

Siguiendo cronológicamente con las modificaciones realizadasen mi podoscopio, incorporé al fondo del mismo y a manera de pared un espejo de unos 40 cms. de altura lo que me permitía una visualización completa del pie. Realicé ligeras modificaciones para que la luz que lleva originariamente el podoscopio convencional no incidiese en el espejo, puesto que mi idea fundamental era poder hacer fotografías.

Había hecho todas las modificaciones y la verdad es que aparte de la espectacularidad, no estaba demasiado satisfecho de su aplicación práctica. Valía la pena pero no me resolvía mucho.

Estaba convencido de que antes de realizar el podoscopio dinámico, tenía que resolver mis muchos pequeños problemas.

Realicé pruebas con muchos materiales, interponiéndolos entre el pie y la baldosa, intentando encontrar una materia con la cual pudiese determinar distintas presiones y que éstas quedasen «pegadas» en el cristal.

Tanto repetir esta idea, me di cuenta de lo complicado que hacemos las cosas fáciles o sencillas; si quería «pegar» algo, tenía que usar algo que pegase.

Utilicé cinta adhesiva, papel engomado de varias clases, esparadrapo, etc., etc., y siempre tenía como resultado el fracaso.

Sabía que estaba cerca, pero por más pruebas que hacía, el resultado era siempre el mismo; no obstante aprendí lo que tenía que descartar: un material engomado poco flexible y delgado.

El día 11 de febrero, día que pensaba pasarlo en Castelldefells, por celebrarse allí unas jornadas de Podología, tuve la feliz idea de utilizar un material que no suele faltar en nuestras consultas: moleskín.

Fue el principio del éxito. Corté un trozo de moleskin, lo puse encima de la baldosa, estando en contacto a la misma por la parte engomada, apliqué la mano encima y allí quedó «grabada» mi mano. Para repetir la experiencia, quise despegar el moleskín y su adherencia era excesiva, de tal forma que no veía muy clara su aplicación práctica. Repetí varias veces la misma experiencia y siempre con el mismo resultado.

Había dos cosas que no me gustaban; por un lado, la imagen obtenida era demasiado «fría» y por otro, despegar el material era extremadamente descorazonador por el esfuerzo que tenía que realizar (llegaba a levantar el cristal), y por lo sucio que quedaba la baldosa de cristal.

Probé con filtro adhesivo de 1 cm. de grueso y comprobé que la imagen resultante era un desastre, por cuanto ya no quedaba la huella de la mano sino la huella resultante de la presión de la mano sobre el fieltro.

Volví al moleskín pero de otra clase; por su contextura y engomado, tampoco tenía una «finura» de imagen como me daba el moleskín empleado en un principio; así que no me quedaba otro remedio que quitar adhesión al moleskín. Lo mantuve en agua un rato, lo sequé y efectivamente conseguí la adhesión suficiente.

TECNICA DEFINITIVA

En podoscopio estático: (con iluminación al bisel de la baldosa).

1°.—Cortar una plancha de moleskín con las dimensiones de la baldosa y aplicarla sin presionar, sobre dicha baldosa.

2°.—Si se pretende una huella estática: apoyar cuidadosamente ambos pies retirándolos a continuación. (Si se observa esta posición se verán perfectamente las variaciones de presión).

3°.—Levantando uniformemente el paño de moleskín, «borramos» la huella obtenida, de forma que podemos repetir esta operación cuantas veces deseemos.

4°.—Las diferencias luminosas nos indicarán las zonas de presión; (partiendo de la

No hay que dar pie a los hongos

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

base que yo le doy una coloración muy verdosa), las zonas más blancas (más adheridas o pegadas) serán las de mayor presión.

5º.—Realizo el contorno del pie y las proyecciones que considero oportunas así como la señalización de las cabezas de metas.

6º.—Realizo un diagrama de presión sobre el moleskín que queda fijado en la misma imagen.

7º.—Puedo escribir sobre el moleskín, el nombre del paciente y cuantos datos considere oportunos.

8º.—En la perpendicular al espejo de 45º aplico una cámara Polaroid, sin flash, que permite una foto a 30 cms. (Yo uso una Polaroid Land Camera SX-70 Alpha 1 Executive).

9º.—Proyecto la fotografía obtenida, con un proyector de opacos, directamente a la palmilla, pudiendo colocar las piezas como me interese.

10º.—Me queda una foto de archivo para posteriores comprobaciones.

Calzado.—En mis experiencias, con una casuística muy pobre, puedo afirmar que si la suela es normal, nos grabará perfectamente la presión de los dedos sobre el calzado; dicho de otra manera, veremos «mover» el pie dentro del zapato.

DINAMICA

Como es natural, se precisará un podoscopio que nos permita caminar unos pasos, pero conservará todas las características en el podoscopio estático. En plan sencillo, podemos obtener una huella dinámica de la siguiente manera:

Quitamos la baldosa del podoscopio estático y la depositamos en el suelo sobre una alfombra de goma (tipo baño por ejemplo) con el fin de que no resbale ni se raye el cristal. Calculamos la distancia a la que debe colocarse el paciente para que coincida un apoyo dinámico sobre el cristal. Una vez que ha pisado la baldosa, colocamos ésta en el podoscopio y podemos ver la huella resultante del pie que ha pisado y examinarla cómodamente. Todo esto son algunas de las posibilidades que tiene este sistema que yo denomino FOTOPODOADHERENCIA o FOTOPODO-ADHERENCIA.

Se pueden fijar al pie pequeñas partículas del tamaño de la mitad de un grano de arroz, por ejemplo, como testigo de los puntos que queramos fijar en la huella (cabeza de metas, etc., etc.).

CONCLUSIONES

Expuesta esta sencilla técnica, deberemos tener en cuenta lo siguiente: la baldosa del podoscopio debe estar perfectamente limpia y sin «rayas»; (si el cristal está rayado nos quedará un chivato luminoso permanente). El espejo que refleje la imagen tendrá necesariamente una angulación de 45º y será espejo único, colocado de la única forma posible, o sea lateral. Es importante la iluminación mixta.

La altura total del suelo a la baldosa deberá tener entre 60 y 65 cms. para mayor comodidad de observación. (Si a alguien le interesa este sistema y posee un podoscopio cuya altura es inferior a la expuesta, que piense que puede elevarlo mediante una tarima y fijarlo mediante abrazaderas).

La alfombra de moleskín se debe de recoger cuidadosamente para que no se pegue desordenadamente, lo que supondría un desastre para nuestra paciencia; (yo la recojo mediante dos cilindros de madera a modo de rodillos).

Las posibilidades de fijación de huellas o de aplicaciones prácticas son innumerables.

He pretendido simplemente con esta exposición, dar a conocer un trabajo personal, basado en la sencillez, en el bajo coste que supone y las múltiples aplicaciones que se le puede dar.

Huesca, 7 de marzo de 1984.

NOTA ACLARATORIA

Este trabajo ha sido modificado sustancialmente, lo que me obliga a hacer las siguientes puntualizaciones:

1º.—He sustituido el moleskín (era de un tipo que poseía desde hace años y que no encuentro en el mercado) por otro adhesivo que los laboratorios BERKOS me han facilitado en las dimensiones adecuadas, lo que mejora la determinación de presiones y su manejo.

2º.—Al no servir NINGUNO de los podoscopios que existen en el mercado por requerir para este sistema unas pequeñas características imprescindibles, he diseñado y construido uno con unas ventajas muy importantes. (Es imprescindible una cortina sobre el tubo).

3º.—La fotografía queda muy mejorada pero ya no es necesaria.

Dadas las muchas posibilidades que posee esta técnica, que ha sido expuesta a algunos compañeros, quiero matizar que este trabajo es sólo una síntesis o avance.

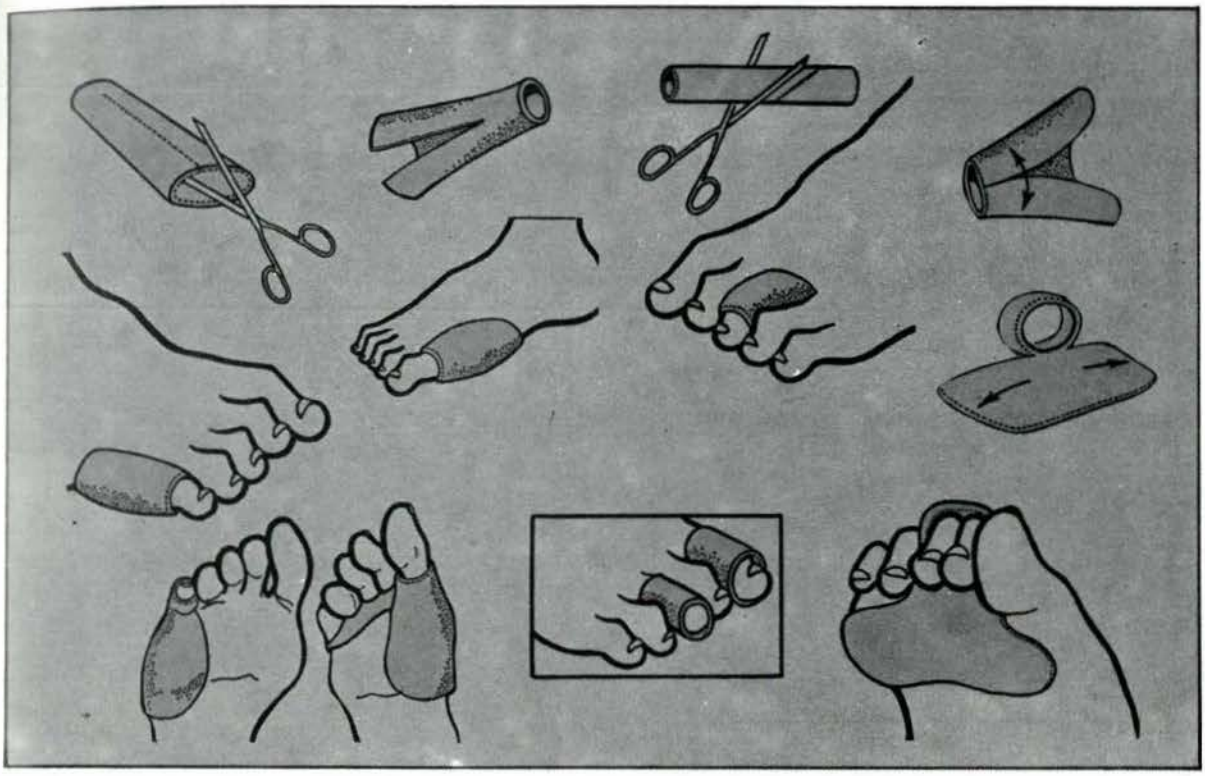
Si algún podólogo desea información o aclaración de este trabajo puede solicitarlo a la siguiente dirección:

TUBOPROTE®

Ref. 108

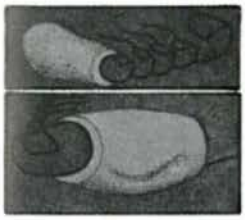
Vendaje Tubular de gasa, recubierto de Foam, con doble vuelta

TUBULAR FOAM DRESSINGS



Vendaje tubular de gasa recubierto de Foam, con doble vuelta que permite hacer todo tipo de protecciones, almohadillas, juaneteras, etc. Fácil de adaptar a cualquier necesidad podológica. Alivia las metatarsalgias sin abultar en el interior del calzado. Es fácil de quitar y substituir.

Este vendaje revolucionario, está siendo utilizado con éxito por los Podólogos de todo el mundo.



Se sirve en cuatro tamaños; *1:* 15 mm. de diámetro; *2:* 18 mm. de diámetro; *3:* 21 mm. de diámetro y *4:* 21 mm. de diámetro.

Cada caja contiene 12 tubos de 25 cms. de longitud.

Tubular Foam Dressings.

Box of 12 pieces (25 cms. each)

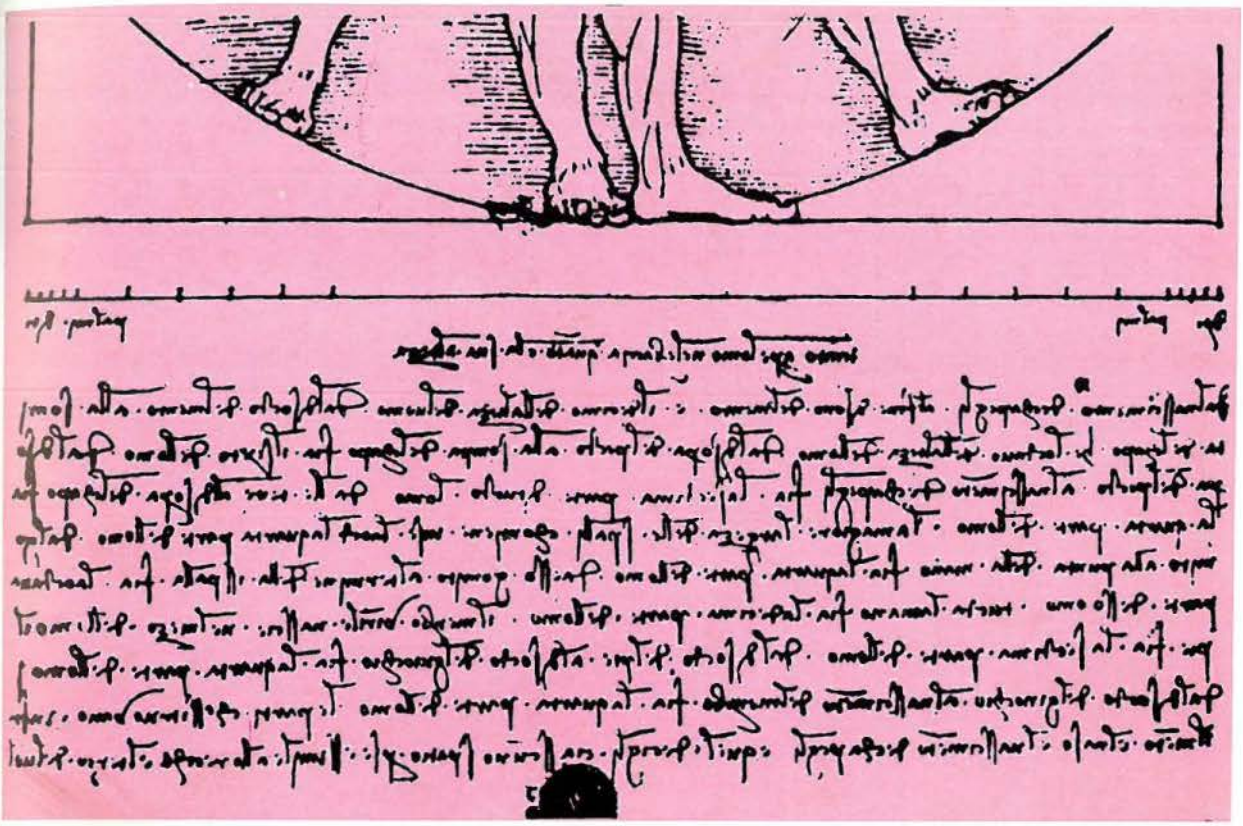
Size ..... **15 mm. diameter**
Size ..... **18 mm. diameter**
Size ..... **21 mm. diameter**
Size ..... **25 mm. diameter**

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

Avda. Meridiana, 354, 10.º, 5 - Barcelona-27 - Teléf. 311 01 08

LUGA

INGRASA - Cádiz



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

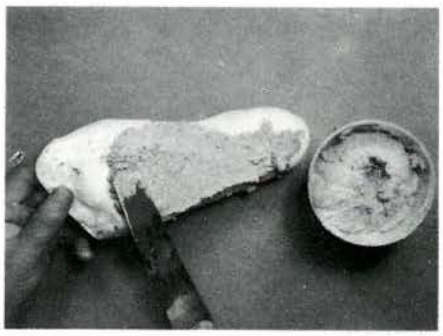
A.E.P.
nº 92

MARZO-ABRIL
1984

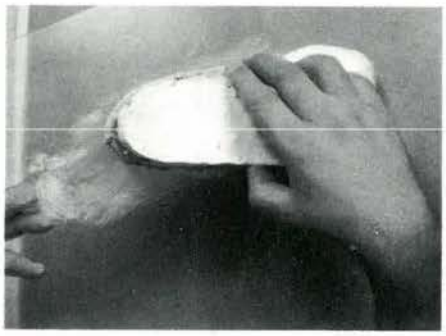
Veltron 1

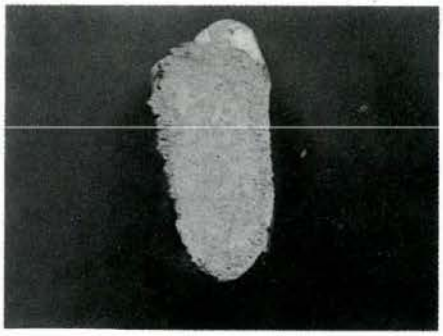
MADE IN SPAIN

Compuesto para la obtención de plantillas ortopodológicas.

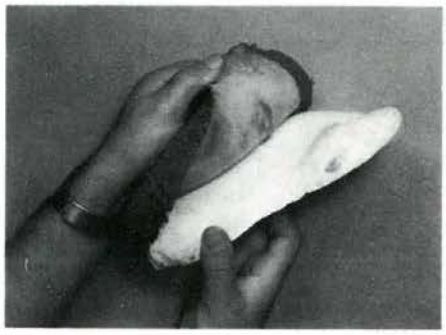


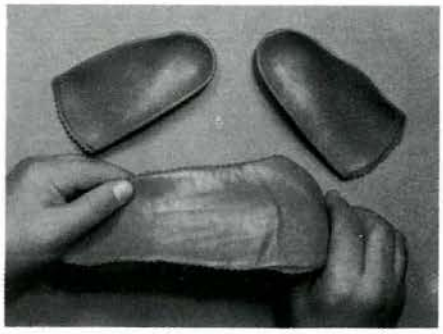
Es una pasta para aplicar a espátula sobre positivos de yeso, que fragua a temperatura ambiente, obteniéndose una plantilla elástica y blanda. Sus cualidades de elasticidad y flexibilidad no disminuyen su resistencia a la compresión que efectúa la bóveda plantar. Para obtener la plantilla se extiende el **Veltron-1** sobre el positivo de yeso. Esta aplicación debe hacerse en





capas finas al objeto de que no quede aire entre ellas. Una vez lleno el molde, se invierte sobre una superficie no porosa (vidrio, poliplopileno, formica, etc.) y se presiona sobre él equilibrándolo sobre los puntos de apoyo y retirando la pasta sobrante. Si se desea, para facilitar el secado, se desliza el molde dejando la parte plantar al aire. Transcurridos dos o tres días (según





condiciones ambientales) puede desprenderse del molde de yeso, obteniéndose la plantilla. Se recorta con tijera y se pulen los cantos, estando en condiciones de forrarse y entregarse al paciente.

Lazuri®

DISTRIBUIDORA LAZURI, S.A.

GERONA, 55, E-2.º. Tels. 301 54 36/301 53 86
TELEX 97223 LAZU-E. BARCELONA-9

GENERAL VARELA, 35. Tels. 270 61 08/270 61 07
TELEX 48656 LAZU-E. MADRID-20

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
García Lorca, 8
CADIZ.

Director:
Sergio Monamusa Mont.
Presidente de la A.E.P.

Redactor jefe:
Alvaro Ruiz Marabot.
C/ García Lorca, n.° 8, bajo D.
CADIZ.

Colaboradores de redacción:
Jesús Criado Delgado, CADIZ
Lorenzo Sánchez Quirós, Jerez de la Frontera (CADIZ).
José L. Salcini Macías, Puerto Real (CADIZ).

Administrador:
Angel Gil Acebes.
Avda. Valencia, n.° 13, 2.° C.
ZARAGOZA-5.

Jefe de Prensa:
Manuel Poyatos Villamor.
C./ Regino Martínez, n.° 15, 1.°.
Algeciras (CADIZ).

Imprime:
INGRASA
Industrias Gráficas Gaditanas, S.A.
C/ Hércules, 13.
CADIZ.

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215.

SUMARIO

Asociación Española de Podólogos

JUNTA DE GOBIERNO

Presidente:	Sergio Bonamusa Mont (Cataluña).
Vicepresidente:	Vacante por dimisión
Secretario:	J.J. Araolaza (Vasco-Navarra).
Tesorero:	Angel Gil Acebes (Aragonesa).
Vocal 1.º):	Angel Sanchis Cortina (Levantina).
2.º):	Alvaro Ruiz Marabot (Andalucía).
3.º):	Juan Vidán Torres (Gallega).
4.º):	José Marroyo Salgado (Extremeña).
5.º):	Alfonso Domínguez Milán (Castellano-leonesa).
6.º):	Representante de Canarias.
7.º):	Representante de Baleares.
Vocales natos:	Representantes de las escuelas de Madrid y Barcelona.

DELEGADOS PROVINCIALES

ALAVA: Jesús Pérez de Anda.
ALBACETE: Luis Juan Navarro.
ALICANTE: J. José Ibarra.
ALMERIA: Esteban de Haro Granados.
ASTURIAS: José Luis Alonso Alvarez.
AVILA: Antonio García Martín.
BADAJOZ: José Villafaina de la Cruz.
BARCELONA: Joaquín Solé Cuch.
BALEARES: José Claverol Serra.
BURGOS: Luis Mata Diego.
CACERES: Carlos Sagüillo Núñez.
CADIZ: José Luis Salcini Macías.
CASTELLON: José Aguilar Beltrán.
CIUDAD REAL: Procopio Mayorga.
GERONA: José M.ª Bosch.
GRANADA: Manuel Ruiz Morales.
GUIPUZCOA: Andrés Viedma Talavera.
HUELVA: Eduardo Rico González.
HUESCA: Alberto Ballarín.
JAEN: Víctor Nieto Molina.
LA CORUÑA: Francisco de la Cruz.
LAS PALMAS DE G. CANARIA: Sin delegado.
LERIDA: Alfredo Puchol.
LOGROÑO: Vicente Alvarez Pipaón.
LUGO: Sin delegado.
LEON: Luis Pascua San Miguel.
MALAGA: Eugenio Rojas.
MADRID: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIA: José Iniesta Gallego.
NAVARRA: Angel F. Cabezón.
ORENSE: Elisardo Bralo Rego.
PALENCIA: Angel Casado Solla.
PONTEVEDRA: Sin delegado.
SALAMANCA: Antonio Basas Encinas.
SANTA CRUZ DE TENERIFE: Artemio Méndez.
SEGOVIA: Francisco García Rodríguez.
SORIA: Sin delegado.
TARRAGONA: Concepción Baiges.
VALENCIA: Isaías del Moral Roberto.
VALLADOLID: Alfonso Domínguez Milán.
VIZCAYA: Agustín Soria.
ZAMORA: Narciso Miguel de Barrios.
ZARAGOZA: Julio Bara del Molino.

EDITORIAL

Podología, camina

Sirva el lema del próximo Congreso Nacional de Podología «Cádiz 84», como reflexión para todos nosotros. Evidentemente pensamos que estamos en el buen camino, las posibilidades que aparentemente concluyeron con nuestra independencia profesional con respecto a la enfermería, sufrió un alto en el camino, la decepción fue enorme, ¡tantos años de lucha! y al final. ¿Qué hemos conseguido?

Los más escépticos abandonan la marcha, otros, los menos, ni se atrevieron a caminar, pero el colectivo más numeroso sin distinción de edad siguen juntos por el mismo sendero, sin desfallecer en ningún momento, sorteando todos los obstáculos que se presentan continuamente, con la ilusión de llegar a nuestro destino, soportando todo tipo de vicisitudes, la consigna sigue siendo la misma «Nombre propio, función propia».

La Podología continúa su camino, no se encuentra en situación «término», ¡al contrario! sólo hemos comenzado a caminar.

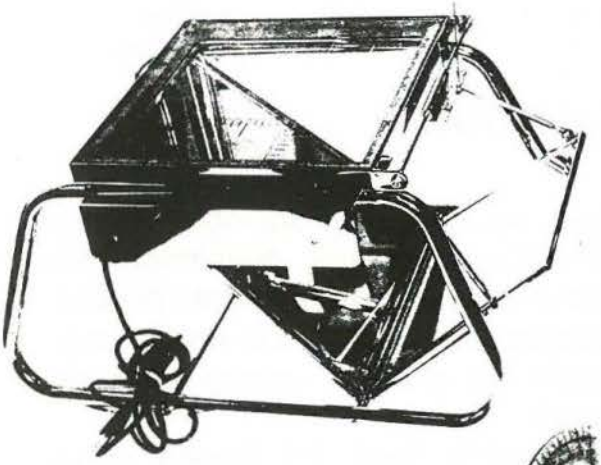
NOTAS DE REDACCION

Periódicamente observaréis en las sucesivas revistas, modificaciones en la trayectoria tradicional, es lógico, los tiempos exigen nuevas formas, todos somos conscientes de que nuestra revista no sólo debe de cumplir una labor de formación continuada a través de publicaciones científicas, sino que a la vez sea un medio «vivo» de comunicación entre todos nosotros. Estamos abierto a todo tipo de sugerencias, con vuestra ayuda conseguiremos una revista profesional acorde con las exigencias de nuestra profesión ¡ahí está nuestra responsabilidad!

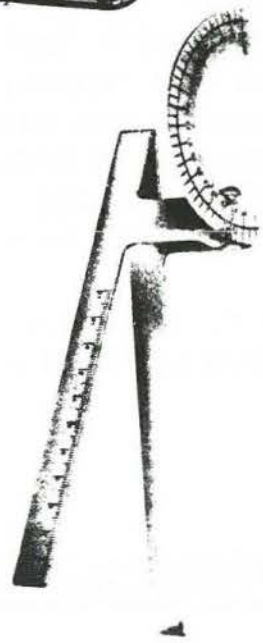
Fdo.: Alvaro Ruiz Marabot.
Redactor jefe

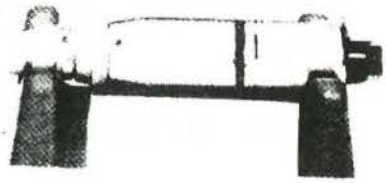
MIFER

PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA



SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.





SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

CONGRESOS

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, XVII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

Cádiz, Mayo 1984

Querido compañero (a):

Quiere el Comité Organizador de este XVII Congreso Nacional de Podología, hacerte partícipe del avance de los actos científicos y sociales.

De los actos científicos te recuerdo que el tema del Congreso es «Estudio y tratamiento de las metatarsalgias», las comunicaciones las puedes enviar hasta el día 15 de agosto, a la Secretaría General, indicando los medios audiovisuales que precises tener a tu disposición. Los actos científicos, tendrán lugar preferentemente por las mañanas dejando las tardes para mesas redondas y actos sociales.

Tenemos muy adelantadas gestiones para tener en el Congreso a Mr. Brown, con posibilidad de que haga algunas intervenciones de cirugía del antepie, las cuales veremos casi en directo con un sistema de vídeo.

De los actos sociales, queremos que te lleves un agradable recuerdo, y vivas algunos momentos que sólo en esta tierra pueden ser posibles.

Un «despesque», es algo especial, verás cómo van sacando el agua de la salina y quedan unos peces (lisas, mojarras, lenguados, anguilas, etc.), vivos que asados al rescoldo de unas brasas acompañándolo con un vino de Chiclana, tiene un sabor inigualable. Esta operación de un despesque se realiza dos veces al año, por lo tanto en esta fecha ya tenemos reservada «nuestra salina».

Los vinos de esta tierra son conocidos y estimados en todo el mundo. Soleras, manzanillas, finos y amontillados, tendrás ocasión de degustar visitando una de las más afamadas bodegas de El Puerto de Santa María o Jerez.

En la ganadería de la provincia de Cádiz, dos son los elementos más importantes; el toro y el caballo. Si alguna vez has tenido «espíritu de torero» ve entrenándote, porque tendrás la posibilidad de torear algún novillo.

¿Tú sabías que los caballos andaluces saben bailar? Podrás ver «Cómo bailan los caballos andaluces».

Cádiz, la Tacita de Plata, no tiene feria ni romería. Su fiesta típica son los Carnavales, donde el pueblo se disfraza y forman coros, comparsas y chirigotas que con un humor especial critican o alaban los acontecimientos o las cosas que pasan durante el año. También vivirás una pequeña muestra de nuestros Carnavales.

Vinos de honor, frito típico gaditano, cena de clausura, completarán los actos sociales.

La agencia oficial del Congreso es la Compañía Española Transcontinental S.A. (C.E.T.), Plaza de la Hispanidad, n.º 1, Teléfonos 224608 y 224609.

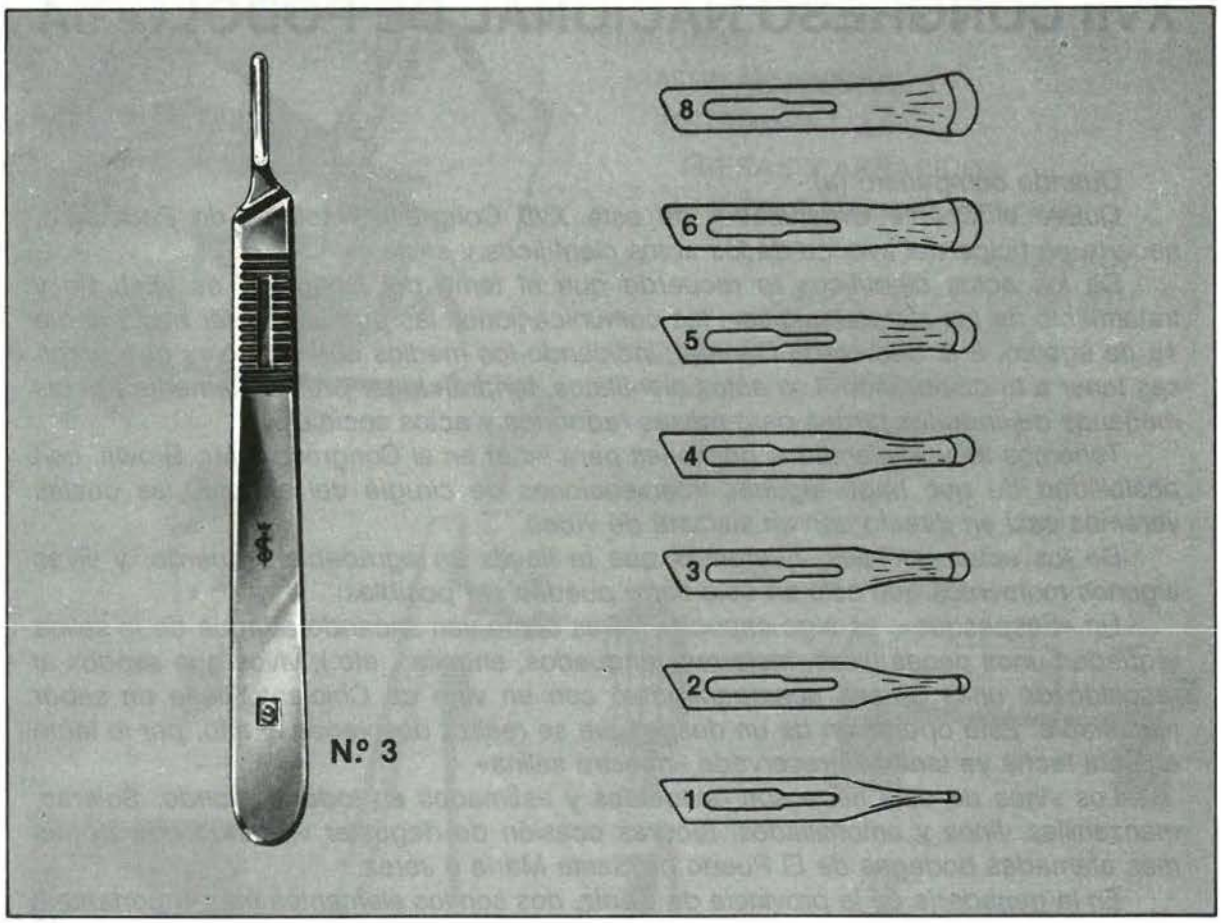
En la próxima comunicación tendrás noticias del programa definitivo, hoteles, inscripciones, etc.

Un fuerte abrazo,

EL COMITE ORGANIZADOR

GUBIAS INTERCAMBIABLES

Ref. 506. El mayor adelanto de la Podología en los últimos años



Las GUBIAS INTERCAMBIABLES ESTERILES, son un precioso instrumento para la pequeña Cirugía, que permite economizar tiempo y dinero a la vez que asegurar una asepsia perfecta.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se presentan en envases individuales perfectamente estériles y listas para su uso.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se montan sobre cualquier mango de bisturí del nº 3.

Existen SIETE TAMAÑOS, y formas de gubias, que se conocen con los números 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8.

LUGA

López de Hoyos, 142, 5.º • Madrid-2 • ESPAÑA • Teléf. 413 15 70 • Télex: 42733 psm

PLANTILLAS ORTOPEDICAS

Las plantillas ortopédicas son para los pies como los cristales graduados para los ojos, cuando éstos están afectos de vicios de la visión.

Son algo así como el encofrado en la construcción de un puente, arco, bóveda, etc.

Pero a diferencia del encofrado, las plantillas tienen elasticidad, actuando en todo momento como si fueran dos ballestas. Gracias a este movimiento de ballesta recibe el pie una movilidad articular, con la cual vascularizan y masajean, ayudando a la circulación de retorno.

Los pies están sustentados por bóvedas, éstas se forman por arcos, y los arcos compuestos por dovelas. Si tratamos unos pies es porque éstos están desequilibrados, y un desequilibrio lo entendemos como que sus dovelas, arcos y bóvedas no guardan ninguna relación de armonía estática.

Por lo tanto las plantillas tienen la misión de recuperar esas dovelas, arcos y bóvedas a su estado natural topográfico.

Para confeccionar unas plantillas ortopédicas es condición indispensable un conocimiento profundo de anatomía y fisiología del pie, y como éste presenta una realidad en el campo de la estática, se hace imprescindible dominar su biomecánica y los parámetros del conjunto pédico (véase parámetros). Rev. A.E.P. 72. Las plantillas si actúan de ballesta como lo hace la suspensión de un coche, o sea, hundirse en carga y recuperarse sin ella, cumplen todo su cometido.

En un coche la suspensión es a base de láminas de acero y de muelles del mismo material, calculados en función del peso que tienen que soportar (igual que las plantillas). Y es erróneo pensar que esta función la cumplen los neumáticos.

Los neumáticos de un coche tienen la misión de proporcionar mayor superficie de contacto con el suelo, aumentando ésta, a medida que aumenta la velocidad. El neumático agarra y se adapta a las irregularidades del terreno, por su condición de elástico, anchura y estira estriado de sus ruedas, evitando con ello deslizamientos y derrapes. Pero no actúan en la suspensión.

Características de las plantillas ortopédicas.

1°.—Material elástico.

2°.—Resistencia para sustentar el peso del enfermo.

3°.—Tenacidad (1) y coherencia (2) del material para evitar la deformación y rotura.

4°.—Grosor del material.

Los materiales idóneos por lo eficaces, son el duro aluminio y el plástico de polivinilo.

El duro aluminio por su tenacidad, coherencia y elasticidad permite emplear grosores muy pequeños.

El plástico posee la misma resistencia y elasticidad que el duro aluminio pero la mitad de tenacidad y coherencia, por tal inconveniente hay que aumentar a doble su grosor.

Se emplean otros materiales como son el aglomerado de serrín de madera, corcho, latex, etc., o láminas de corcho superpuestas hasta conseguir la plantilla ortopédica. Estas plantillas son de las llamadas blandas que no poseen las características de resistencia, elasticidad, tenacidad y coherencia, que tienen los materiales anteriores. Y por lo tanto con estos materiales perdemos un tiempo precioso, creando además desconfianza en el enfermo, por falta de efectividad.

Hay autores que hacen una crítica (3) a los partidarios de las plantillas resistentes o metálicas, a lo que responden lo siguiente: para ser lógicos con sí mismos, deberían suprimir los neumáticos de su coche y circular sobre las llantas. El argumento quizás sería válido (aunque con muchas reservas) en siglos pasados, pero ahora sabemos que la suspensión depende de ballestas y muelles.

Estos autores viajando en tren, ¿qué pensarían al saber que el camino y las ruedas son de hierro?

---

(1) Término usado para los metales. Que opone mucha resistencia a romperse.

(2) Unión íntima y fuerza de atracción de las moléculas de un cuerpo.

(3) J. Leliévre. Patología del pie: Edic. año 1979, pág. 126.

COMENTARIO

¿En qué casos se emplearán plantillas ortopédicas?

En todos los casos que se hayan alterado los parámetros pédicos. A saber, valgos, varos, etc., y cuando por razones genéticas una pierna resulta virtualmente más corta que la otra.

Otros casos serán.

1º.—Por obesidad, con peso superior a 10 kgr. sobre el teórico.

2º.—Por razones de gestación, que comprenderá la duración de ésta.

3º.—Todos los casos de bipedestación y sedestación prolongados.

4º.—Los que por razones de su profesión, soportan pesos diariamente y durante cierto tiempo.

¿A qué edad hay que poner plantillas ortopédicas?

Cuando nace el ser humano, sus órganos entran en funcionamiento los que hay que tratar si tienen algún tipo de patología. El órgano o aparato de la locomoción entra en funcionamiento a los 12, 14 o más meses y es cuando hay que tratarlo si está desequilibrado.

¿A qué edad hay que suspender el tratamiento con plantillas ortopédicas?

Cualquier tratamiento se suspende cuando el enfermo ha recuperado totalmente la salud, igual es el tratamiento con plantillas ortopédicas. Pero cuando se trata de un acortamiento virtual de las extremidades inferiores, como es genético las plantillas hay que llevarlas toda la vida (recuérdese de los ojos y las lentes), lo contrario, provoca una escoliosis y ésta dolor a veces.

Fdo.: Francisco Maure Ternia

ACTA REUNION DIRECTIVA

En Madrid, siendo las 11,30 del sábado día 14 de abril de 1984 se reúne la Junta Directiva de la Asociación Española de Podólogos previa convocatoria reglamentariamente realizada.

Asisten bajo la presidencia de Sergio Bonamusa, los compañeros Angel Gil Acebes, Angel Sanchiz, José Marroyo y el que suscribe como secretario, Juan José Araolaza.

Justifica su ausencia el compañero Alvaro Ruiz por dificultades en el desplazamiento y no justifican su ausencia Juan Vidan y Alfonso Domínguez.

El presidente da cuenta del recibo de un escrito de dimisión del vicepresidente Bernardo Mercado por motivos particulares. Se halla presente José Luis Moreno presidente de la Asociación Madrileña ofreciendo su asistencia provisional ante la dimisión de Mercado. Esta es aceptada.

También se encuentran Zacarías García de Andrés como representante en la F.I.P. y el presidente de la Asociación Murciana, José Iniesta Gallego en respuesta a la convocatoria realizada en un principio a todos los presidentes regionales y al que no se le ha hecho llegar la desconvocatoria posteriormente realizada tras la petición de Manolo Albalá por imposibilidad en el desplazamiento.

Es aprobada el acta de la reunión anterior por unanimidad.

El presidente informa de los contactos tenidos con el Ministerio de Universidades a través de dos entrevistas con la subdirectora de centros y especialidades que es quien ha llevado la función por parte del Ministerio de relacionarse con nosotros para el acuerdo de la reglamentación de los estudios de Podología.

En la última entrevista y tras haber dado nosotros nuestra opinión contraria a su propuesta anterior de ser incluidos los estudios de Podología dentro de la enseñanza superior especializada por, según su opinión, ser la Universidad excesivamente rígida a la hora de contratar profesores y diseñar programas, nosotros argumentamos y así nos lo reconoció que profesiones establecidas al amparo de esa reglamentación como los estudios de graduado social y los de turismo, se hallaban en estos momentos adaptándolos a la fórmula de escuelas universitarias, por lo que de hecho se nos propuso una fórmula cuyo final podía suponerse en la escuela universitaria, que seguiremos apoyando por ser el camino más corto y el más consecuente.

Ella nos da vía a la Secretaría de Estado, a la cual ya ha informado oportunamente de las dos posibilidades viables de ser escuela universitaria y enseñanza superior especializada excluidas las salidas de especialidad de Enfermería y enseñanza profesional, manteniendo esta misma opinión el informe del Ministerio de Sanidad.

Añade el presidente estar confeccionando los dossieres para ponernos en contacto con ambos organismos.

23 AL 26 DE MARZO

Reunión de la F.I.P. en París. Asisten el presidente y Zacarías García de Andrés y por la Asociación Catalana como organizadora del Congreso Internacional, Joaquín Solé Cuch y Eusebio Muntaner.

Zacarías da el informe preliminar en espera de tener el acta de la reunión que será lo que sirva de información oficial.

Cuenta los avatares de la designación y la retirada realizada por la F.I.P. de ser España la organizadora del Congreso del 85 y que merced a las gestiones realizadas por el presidente Sergio Bonamusa ha vuelto a ser reconocida como entidad organizadora.

Zacarías García mantuvo contactos con la Asociación Catalana para estar informado del anteproyecto de organización con base en el Palacio de Congresos de Barcelona y con un presupuesto inicial basado en una asistencia de 1.200 personas.

En esta reunión de París al estar vacante la vicepresidencia le fue adjudicada por mayoría absoluta al compañero Zacarías García.

La fecha posible de celebración del Congreso puede ser en abril u octubre del año próximo, inclinándose la mayoría de los asistentes a que fuera octubre.

El presidente de la F.I.P. intenta coordinar los estudios de podólogos de todos los países en su máximo nivel. Ha asistido a un Congreso de los italianos dando una charla en la escuela de Florencia. Tanto Italia como Francia están haciendo gestiones para adecuar sus estudios a la exigencia actual.

España está como país observador en el comité de Enlace de los Podólogos de la Comunidad Europea de la misma forma que Suiza.

Se dio cuenta del cambio de domicilio social de la Asociación Española a Gran Vía 33.

La próxima Asamblea General será en Barcelona coincidiendo con la celebración del Congreso Internacional.

Tras el informe del compañero Zacarías García, el presidente da lectura a la carta aceptación de la Asociación Catalana a las condiciones establecidas por esta junta directiva en orden a la celebración del Congreso Internacional.

Se pasa a continuación al informe de José Marroyo con relación al Inserso.


Corintho 10 Elegance
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

Inserso. José Marroyo informa de la reunión mantenida con la directora del Inserso con fecha 4 de abril acompañado por R. Isidoro para recibir la contestación a las propuestas formuladas en anterior reunión.

Comienza por decir que el deseo de la directora es la de traspasar estas obligaciones asistenciales de los pensionistas a Sanidad ya que los presupuestos de Inserso están ya hipotecados y que desde este momento están congelados la firma de cualquier contrato de prestación de servicio, a la espera de que la Ley General de Sanidad contemple los servicios asistenciales de la tercera edad. Por lo tanto aconseja que en los contactos con el Ministerio de Sanidad se incluya la negociación de este apartado. Lo mismo en aquellas entidades autonómicas que cuenten con la titularidad de la transferencia referenciada.

Añade que esta negociación cuenta con el punto de vista favorable de que los servicios del podólogo son los únicos que no están duplicados por la asistencia del Insalud.

De la misma manera la futura Ley Básica de Sanidad contempla la prestación de servicios de Podología en los centros primarios de salud.

En cuanto al primer punto de las propuestas formuladas referente a la adecuación de las tarifas. Para ello solicita una certificación de las tarifas provinciales colegiales. De estas tarifas se sacaría una media ponderada.

Queda el secretario responsable de enviar a todos los delegados provinciales para que envíen a José Marroyo con la mayor urgencia un certificado en el que conste la tarifa aprobada en el colegio provincial.

Con relación al segundo punto de regularizar la seguridad del puesto de trabajo en contingencias de baja por enfermedad o accidente, no está contemplado ya que la relación laboral es una concertación de servicio por lo que hay que ceñirse al contrato en todas sus cláusulas. Para los podólogos que están contratados, la relación laboral está reglamentada en el convenio laboral del personal del Inserso en el que el podólogo está clasificado en una situación de derecho dentro del nivel 3, teniendo por delante a los licenciados y al mismo nivel que el director de la residencia u hogar.

Con relación al tercer punto para el establecimiento de un baremo para contratar al podólogo, ya que en la actualidad el que elige el podólogo es el directo o administrador de la residencia, se presenta una propuesta de un baremo de méritos para cubrir plazas de podólogos en centros dependientes del Inserso.

La junta directiva da el visto bueno a la propuesta tras debate pormenorizado de cada uno de los puntos, firmando su aceptación, en consideración a que siendo éste un tema muy conflictivo para ser aprobado en asamblea es a su vez de urgencia su aprobación. Para la propuesta del pago de confección de ortesis en residencias y hogares de pensionistas, la directora está de acuerdo en que sea así de forma excepcional y siempre que sea a cargo del fondo de asistencia (Administración del centro).

En cuanto al pago de honorarios por visita dommiciliaria está de acuerdo en pagar el 100% de las tarifas profesionales.

No acepta el pago de gastos de desplazamiento cuando el podólogo reside en localidad distinta al centro de asistencia.

El material básico y fungible será a cargo del centro, y se poseerá de aspirador y biombo a todas las instalaciones.

Se insistió para que el Inserso contara con un podólogo que le asesorara en las compras de equipo e instalación. La asociación ofrece su colaboración para realizar esta asesoría.

Tras esta información de Marroyo, quedamos a la espera del acuerdo definitivo a concretar en la próxima reunión con la directora, programada en principio para el día 7 de mayo.

Se acuerda enviar el acta y los informes de cada responsable a todos los de la junta directiva y a aquellos delegados provinciales que no estén ligados a representantes de la junta directiva.

INFORME DE TESORERIA

Angel Gil da cuenta de la situación de Tesorería con un saldo actual de 222.708 ptas. Hay unos cobros pendientes de los anunciantes de la revista y anuario de cerca de 200.000.

El saldo al 31 de diciembre de 83 era de	171.000
Ingresos durante el primer trimeste de	1.368.390
Gastos durante este período	1.145.682
Lo que da el saldo actual de	222.708.

Lo más destacable es la situación de impago de la mayoría de las provincias.

Se insiste a cada miembro para que se haga responsable en liquidar la deuda acumulada.

En este apartado, el presidente propone conste en acta el agradecimiento de la junta a la labor desarrollada por el compañero Manuel Gabín, durante tantos años y el período de funcionamiento provisional de esta junta como tesorero de la misma. Es aceptada por unanimidad.

A continuación el presidente informa sobre la delicada situación en que pueden quedar los podólogos que realizan ortesis plantares para la Seguridad Social, si se generalizan las exigencias de algunas Inspecciones provinciales que no admiten facturas de los podólogos, sino que exigen estar de alta como ortopedias.

Esto que ya es un hecho en provincias como Zaragoza, Santander, Logroño y alguna más, puede resultar muy perjudicial, ya que el Insalud está negociando un acuerdo con los técnicos ortopédicos para la exclusiva de la realización ortopédica.

Se une este tema con el relativo a la inclusión del podólogo en la Sanidad Pública. Se ve la imperiosa necesidad de iniciar gestiones con Sanidad para este fin. Se cree que el espíritu que ha de animar la gestión tiene que ser la de incluir al podólogo con todas sus facetas profesionales, siendo generosos en su reivindicación, ya que la finalidad primordial en este momento es entrar a formar parte de esa Sanidad Pública y sin cortapisas a la labor y al campo profesional que es hoy del podólogo.

Por lo tanto esta gestión en Sanidad ha de tener las siguientes finalidades:

1°.—Hacer ver la necesidad de que el podólogo ha de tener una formación universitaria con nivel de escuela universitaria, para que informen de esta forma al Ministerio de Universidades.

2°.—Evitar que el acuerdo con los técnicos ortopédicos impida a los podólogos realizar las prescripciones ortopédicas relativas al pie.

3°.—Iniciar las negociaciones para incluir al podólogo dentro de la red asistencial de la Sanidad Pública en tanto su contexto profesional.

4°.—Colaborar en la realización del perfil profesional del podólogo.

El secretario plantea la dificultad que tiene de llevar de forma regular la secretaría al residir fuera de Madrid. Propone se nombre un adjunto que pudiera euxiliarle directamente contando con la colaboración y generosidad de algún compañero de Madrid. Se acepta esta solución y queda de su competencia el proponer un nombre para este fin.

El presidente de la Asociación Murciana, José Iniesta da cuenta de la aprobación de los estatutos de la Asociación Regional y el nombramiento de su junta directiva. Deposita una copia de toda la documentación para que conste en el archivo de la Asociación Española.

Teniendo conocimiento del deseo de algunos presidentes regionales de reunirse para tratar álgunos temas de coordinación y estructura organizativa, la junta decide realizar esta reunión el día 5 de mayo de 1984, por lo que se enviará la correspondiente convocatoria, insistiendo para que cada presidente regional liquide su descubierto económico si lo tuviere.

Presenta el secretario 3 juegos completos de la totalidad de los números de la Revista Española de Podología ya encuadernados cada juego en 4 volúmenes, ante la inexistencia en secretaría de muchos número ya agotados, por lo que ha realizado fotocopias de los ejemplares cedidos por algunos compañeros.

Sin más asuntos que tratar se da por finalizada la reunión.

El secretario.

V° B°
El presidente.

No hay que dejar a los hongos dar pie con bola

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES
Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA
Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES
Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA
2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES
Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES
Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES
No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS
La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO
Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

LABOR DE LAS DELEGACIONES

DELEGACION MALAGUEÑA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

JUNTA DIMITIDA.—De izquierda a derecha: D. José A. Jiménez Torres, D. Eloy Téllez Fernández, don Eugenio Rojas Aguilar, D. Juan Sánchez Requena, D. Valeriano Molina Martín y D. José Luis García Fernández.

El pasado sábado 31 de marzo de 1984 tuvo lugar en la sede social de la Asociación Española de Podólogos, delegación malagueña, sita en calle Carretería, n.º 72, 2.º piso de la capital de la Costa del Sol, Asamblea General de Asociados para proceder a la votación de nuevo delegado por dimisión del anterior don Eugenio Rojas Aguilar, que con tanta dedicación y éxito ha venido dirigiendo los destinos de la Delegación malagueña durante los últimos tres años.

Como único candidato se presentaba don Antonio Gutiérrez Velasco, que ya fue delegado provincial desde julio de 1969 a enero de 1978 (9 años).

De un censo electoral de 32 podólogos asistieron	22
Votaron por carta	7
Votos afirmativos	27
Votos negativos	0
Votos en blanco	2
No asistieron y no votaron por correo	3

Por dicho motivo quedó votado oficialmente como delegado provincial de la Asociación Española de Podólogos, don Antonio Gutiérrez Velasco, que presentó el siguiente programa que publicamos de forma reducida:

1.—Nombrar miembros de honor de la delegación malagueña a la Asociación Española de Podólogos a los anteriores delegados:
D. Fernando Ramírez Torres.
D. José Godoy Canela, y
D. Eugenio Rojas Aguilar.

en reconocimiento a su extraordinaria labor al frente del colectivo malagueño. Que constará en acta dicha propuesta y que se designará la fecha apropiada para hacer la entrega de los distintivos correspondientes.

FUE APROBADA POR UNANIMIDAD.

2.—Creación del Comité de Honor de la Delegación malagueña integrado por los compañeros podólogos pioneros de la podología malagueña, y que por orden alfabético estaría formado por:
D. Antonio María Baca Pérez.
D. José Cuenca López-Cózar.
D. David Domínguez Sánchez-Vera.
D. José Domínguez Sánchez-Vera.
D. Fernando Muñoz Campos.
D. Baltasar Ramos Granados.
D. José Luis Sánchez Trigueros.
D. Eloy Téllez Fernández.
D.º María Victoria Vinagre Rivera.

2.1.—Que conste en acta estos nombramientos y que se haga entrega de los distintivos correspondientes en fecha a elegir. Este apartado fue aprobado por unanimidad.

2.2.—Que de entre los miembros del Comité de Honor sean nombradas tres personas que formarán la COMISION DEONTOLOGICA, órgano consultivo de la junta directiva, a la que asesorará en defender los derechos y exigir el cumplimiento por los asociados de lo establecido en los ESTATUTOS DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.
Este apartado queda pendiente para ser discutido y puesto a votación en la próxima asamblea general.

3. —Solicitar que el secretario y tesorero salientes continúen en sus cargos durante el tiempo necesario para que las personas elegidas para cubrir estos puestos tengan la suficiente experiencia en sus nuevos menesteres. SE APRUEBA POR UNANIMIDAD.

3.1.—Que conste en acta la extraordinaria labor desarrollada por el secretario y tesorero salientes don Juan Sánchez Requena y don Eloy Téllez Fernández. SE APRUEBA POR UNANIMIDAD.

4. —Presentación de la nueva junta directiva, que estaría constituida de la siguiente forma:

Delegado:	D. Antonio Gutiérrez Velasco.
Vicedelegado:	D. Valeriano Molina Martín.
Secretario:	D. José Antonio Jiménez Torres.
Tesorero:	D. José Luis García Ramírez.
Vocal 1.º:	D. Francisco Antonio Pérez González.
Vocal 2.º:	D. Sebastián Martín Lozano.
Vocal 3.º:	D. José Francisco Serrano Bermúdez.
Vocal 4.º:	D. Miguel Urquizarse Ladrón de Guevara.
Vocal 5.º:	D. Rafael Cejas Morales.
Vocal 6.º:	D. Pedro Moreno Salas.
Vocal 7.º:	D. José Antonio Cervera Marín.
Vocal 8.º:	D. Antonio V. Hernández Restrollo.

Antonio Gutiérrez Velazco

SE APRUEBA POR UNANIMIDAD.

5.—Estudio económico para lograr nuevos ingresos para la delegación que permitan unas actividades culturosociales más amplias.

a) Cuotas de las casas comerciales que tienen expuestos sus productos en las vitrinas comerciales del local.
- Puesta al día en el pago de los expositores antiguos.
- Captación de nuevas firmas comerciales.

b) Se propone aumentar la cuota mensual del asociado malagueño, en la actualidad está en 1.000 pesetas mensuales. Se pide que dicha cuota pase a 1.500 pesetas mensuales y que cuando el caso lo requiera se fijaría una cuota extraordinaria, cuya cuantía sería como resultado de un estudio detallado y que será llevada a votación secreta en Asamblea General.

Resultado de la votación: Afirmativos 17
Negativos 1
En blanco 1

SE APRUEBA ESTE APARTADO.

6.—Se propone renovar la decoración del local social.
Después de un amplio debate se decide que la nueva junta directiva presente un detallado estudio de este apartado y lo proponga a la asamblea general para su votación.

7.—Se propone que la delegación estudie la posibilidad de firmar una póliza de seguro de todos sus asociados, que los ampare en el desempeño del ejercicio de la especialidad. La cuantía de la póliza correría a cargo de la delegación.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD Y SE COMISIONAN A VARIOS COMPAÑEROS PARA QUE EN LA PROXIMA REUNION TRAIGAN PRESUPUESTOS DE DISTINTAS CASAS DE SEGUROS.

8.—Se propone que todo asociado malagueño, pertenezca o no a la junta directiva, que vaya en comisión de servicio, oficialmente, fuera de los límites de la ciudad, viaje por cuenta de la delegación, con todos los gastos pagados previa presentación de los justificantes de gastos; igualmente irá protegido por una póliza de seguro a todo riesgo (accidente y vida), y si para esta gestión oficial pierde días laborables, que le obligue a cerrar su consulta privada, tendrá unas dietas que le compense de sus pérdidas económicas. La cuantía de las dietas debería ser votada en secreto.
Se aprueba lo referente a la póliza de seguro de accidente y vida, que viaje por cuenta de la delegación, que perciba una dieta especial, pero la cuantía de la misma deberá ser llevada a ASAMBLEA GENERAL.

9.—Se propone que se abra una cuenta de librería que nos permita comprar todos los libros y revistas que se publiquen sobre la especialidad.

A los hongos hay que pararles los pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer / Antimicóticos

SE APRUEBA POR UNANIMIDAD. La cuantía de la cuota mensual para este fin será llevada y votada en la próxima ASAMBLEA.

10.—Estudiar la creación de una cooperativa o depósito de material podológico (papel radiográfico y fotográfico, reactivos, instrumental, moleskin, etc.). Se podría comprar en cantidad y de esta forma conseguir mejores precios para los asociados.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD.

11.—Todos los actos que celebre la delegación malagueña deberán tener la mayor difusión, ya que ello redundará en el prestigio de la delegación y de sus miembros. Se prestará la mayor atención a prensa y radio.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD.

12.—Se propone enviar resumen de todos nuestros actos sociales y culturales para que sean publicados en nuestra revista nacional.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD y se nombra al señor Gutiérrez Velasco para que se ocupe de este menester.

13.—Todos los actos oficiales deberán ser recogidos fotográficamente, fotos que serán utilizadas para la Revista Nacional, la Prensa y para el álbum de la delegación.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD y se propone como podólogo encargado de este apartado al señor García Ramírez. El señor García Ramírez propone que todos los actos culturales de interés sean grabados en vídeo, para ir formando una videoteca. Queda pendiente de aprobación hasta que el señor García Ramírez traiga un estudio detallado sobre el particular.

14.—Iniciar una campaña de intrusismo, dentro y fuera de nuestras clínicas. Pedir asesoría jurídica.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD y se propone al señor García Ramírez para que inicie el estudio.

15.—Tarifa de honorarios mínimos, estudiada con un criterio realista, revisable anualmente de acuerdo con el aumento del coste de vida. Una vez aprobada se haría cumplir a rajatabla. Quien cobra menos de lo legalmente establecido se favorece de una competencia desleal. Estos casos pasarían a la COMISION DEONTOLOGICA.
SE ACUERDA QUE LA TARIFA DE HONORARIOS MINIMOS SEA APROBADA EN ASAMBLEA GENERAL.

16.—Creación de un COMITE DE PROTOCOLO que se encargaría de atender a los invitados, ordenar las mesas presidenciales, etc. Se propone para que ocupe el cargo de jefe de protocolo a don Antonio María Baca Pérez.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD. El señor Baca propone a D. David Domínguez Sánchez-Vera y a don Juan Sánchez Requena como ayudantes suyos, lo cual se acepta.

17.—Cursillos, conferencias, prácticas: se debe llegar a unificar criterios, que todos hagamos la misma historia clínica, el mismo tipo de exploración, lleguemos al mismo diagnóstico y establezcamos idénticos tratamientos. Siempre respetando el toque personal de cada uno.
Cursillos: a) entre nosotros mismos; hacer pequeños cursos monográficos, en los que todos expondríamos nuestras experiencias en cada tema (uñas incarnadas, papilomas, bursitis, quiropodia, etc.) Se sacaría un protocoloco de actuación en cada materia de nuestra carrera.
b) invitando a podólogos de otras provincias para que nos expongan sus experiencias.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD. Se acuerda hacer una encuesta para saber qué días y qué horas son las idóneas para la mayoría.

18.—El candidato da lectura a una relación de médicos especialistas que quieren colaborar con la Delegación malagueña:
Dermatólogos: «Cultivos, diagnóstico y tratamiento de la onicomicosis», «Crioterapia, nieva carbónica, nitrógeno líquido, bisturí eléctrico en Podología».
«Tumores malignos del pie. Actuación del podólogo».
Anestesiólogos: «Introducción a la sofrología. Clínica del dolor».
Internistas: «Problemas vasculares del miembro inferior».
Geriatras: «Problemas gerontológicos en Podología».
Fisioterapeutas: «Balance muscular».
«Recuperaciáon muscular en las distintas alteraciones del pie».
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD.

19.—GALERIAS DE PRESIDENTES. El candidato propone que se abra una galería de delegados provinciales. Para ello se debería pedir presupuesto a un fotógrafo artístico para que todas las fotos lleven el mismo formato, se pondría el mismo tipo de marco con una chapa de plata donde iría grabado el nombre del delegado y la fecha en que ocupó el cargo.
SE APRUEBA POR UNANIMIDAD.

La primera reunión de la nueva junta directiva tuvo lugar el pasado día 7 de abril de 1984. Como punto más importante a destacar figura la convocatoria de ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA con el siguiente orden del día: 1) Tarifa de honorarios mínimos. 2) Informe de Tesorería. 3) Ruegos y preguntas.

Medidor de perfiles

De nuevo me acerco a la Revista Española de Podología, no con ánimo de protagonismo, sino como un deber de colaboración en la ingrata tarea de sacar adelante una revista tan importante para nuestra clase y tan escasa de material, que ha hecho convertir en héroes anónimos a todos aquellos que han sido responsables de la misma.

El podólogo, como cualquier profesional serio, adquiere conocimientos constantemente, pero los aplica según su propia filosofía. De ahí que una determinada técnica podológica, no deberá ser considerada buena o mala por sí misma, sino por los resultados positivos que individualmente se consigan.

Desde hace mucho tiempo, voy buscando algún sistema que me permita determinar las variaciones de altura que experimentan las cabezas de metas, con el fin de poder realizar descargas con un mínimo de coherencia y tratando de escapar de los sistemas «standar».

Resulta muy difícil encontrar una cosa, ignorando cómo pueda ser y más todavía cuando creemos que esa cosa resultará necesariamente muy sofisticada y cara.

Hace muchos años que había leído un trabajo del doctor Martorell sobre metatarsalgias, en el que detallaba su aparato denominado baropodómetro y del que, sin haberlo visto, tenía mis dudas en la aplicación práctica para mí como podólogo.

Gracias a mi constancia en la búsqueda de lo desconocido, encontré un sencillo aparato llamado medidor de perfiles y que se usa habitualmente en marquetería.

Este aparato, consta de una parte central ancha por cuyo interior y a modo de bocadillo, se encuentran unos finos alambres de acero que se desplazan uniformemente al presionar sobre ellos cualquier objeto, quedando constancia de su perfil. Lo apliqué al pie y me di cuenta de sus posibilidades.

APLICACIONES

Situándolo en la perpendicular transversa de la planta del pie, puedo medir la anchura del pie en la zona que me interese.

Llevo esta medición a la zona que le correspondería al zapato para comprobación de la anchura del mismo, viendo el paciente, sin necesidad de palabras, la diferencia de anchuras que existe entre su pie y su calzado.

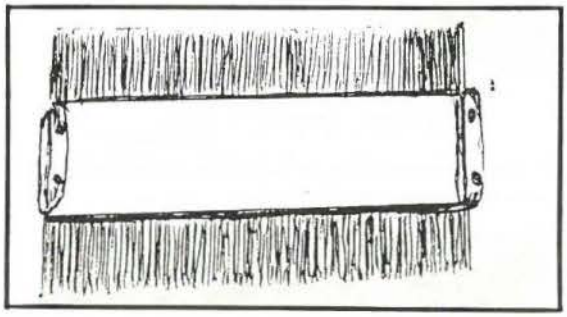
APLICACION ORTESICA

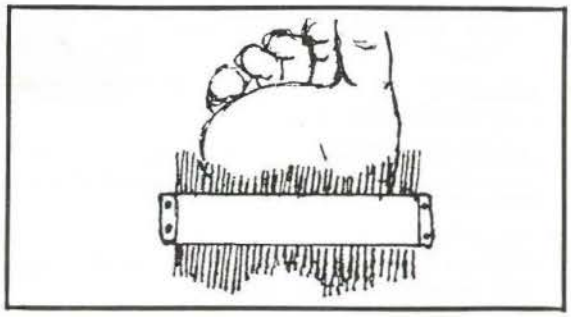
A la hora de realizar una descarga metatarsal, presiono el medidor sobre el plano que forma la línea entre la 1.ª y 5.ª cabeza de mett.

Esta previsión viene a corresponder aproximadamente a 400 grs. de fuerza por línea.

Invirtiendo el aparato, nos encontramos la sección que resulta necesaria para que la presión de los metas sea comprensada (fig. 2).

A partir de este momento determinaremos por el mismo sistema, la altura que tendrá la ortesis por delante o por detrás de esta línea intercefálica. De la misma





A los hongos hay que ganarles por pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

forma podríamos hacerlo si en vez de tomar el perfil de un plano transverso, lo hiciésemos siguiendo los ejes longitudinales del pie, lo que nos podría resultar más ventajoso, aunque es más complicado.

Por falta de tiempo, todavía no he podido realizar ordenadamente lo que podría ser un molde del pie seccionado, donde las correcciones se podrían realizar (por lo menos teóricamente) sin ninguna dificultad.

VENTAJAS

1º.—Al conocer con bastante exactitud (ha sido comprobado radiológicamente la forma y altura que corresponde a la ortesis, nos encontramos con que estas ortesis ocupan muy poco espacio y ganan en eficacia.

2º.—Rapidez en su determinación.

3º.—No ensuciamos el pie ni provocamos ningún dolor.

4º.—Podemos repetirlo cuantas veces sea necesario a un coste nulo.

INCONVENIENTES

1º.—La presión tiene que ser inexcusablemente perpendicular al plano de la planta del pie. (Si ejercemos una presión ligeramente oblicua, la figura resultante difiere de la real, aunque no muy sustancialmente).

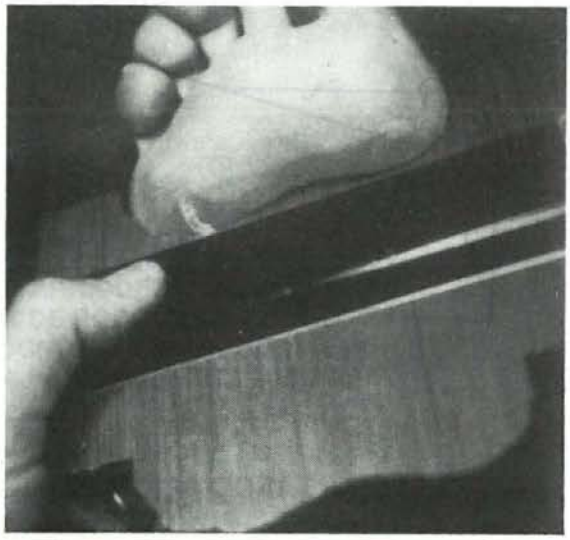
2º.—Necesitamos un mínimo de dos medidores.

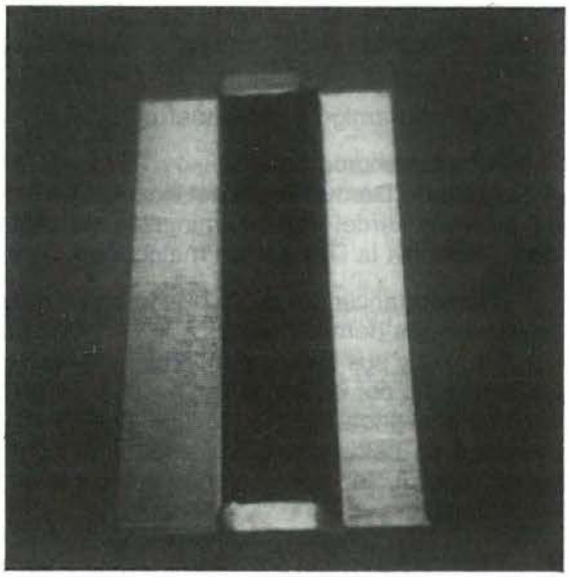
3º.—Cada medidor ejerce una presión ligeramente distinta.

Existen dos puntos que no sé si incorporarlos al grupo de las ventajas o de los inconvenientes.

1º.—Cuando hablo de altura de cabezas de metas, me refiero a la altura teórica resultante de la presión de las partes blandas.

2º.—Este procedimiento nos obliga a confeccionar la pieza de descarga o tendremos que «afinar» mucho en la modificación de la «standar».



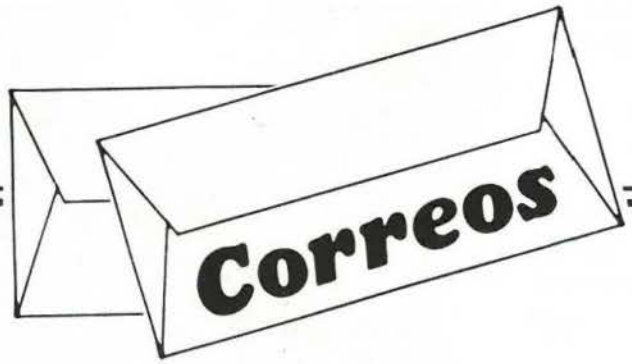


Tal vez no haya sabido explicar lo suficientemente claro este sistema y en consecuencia tal vez no sea entendido. Cuando alguien nos cuenta una cosa novedosa, todos terminamos por decir con mucho sentido: «Hay que verlo».

De cualquier forma, todo el que pueda hacerse con un medidor de estas características, que lo aplique al pie y descubrirá sus muchas aplicaciones.

Al igual que dije con el sistema de la foto-podo-adherencia, cualquier duda o ampliación será remitida a quien lo solicite.

JUAN ANTONIO TORRES RICART
HUESCA 16-IV-84



ASOCIACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA
DELEGACION DE MALAGA

Málaga, 13 de mayo de 1984

Estimado amigo y compañero:

Te adjunto programa del «1.° Curso de dermatología para podólogos» que patrocinado por el Servicio de Dermatología del Hospital Civil de Málaga y con la asistencia como conferenciante del profesor Kerdel Vegas, eminencia mundial de la Dermatología, autor de numerosos libros de texto, organiza la Delegación malagueña de la Asociación Andaluza de Podólogos.

La importancia del curso queda patente de la lectura del programa, ya que se han escogido las afecciones dermatológicas que con más frecuencia vemos en nuestra práctica diaria. Desde las verrugas y sus diversos tratamientos (nieve carbónica, nitrógeno líquido, electrocoagulación), las dermatitis por contacto, las micosis de piel y uñas, su diagnóstico, cultivo y tratamiento; los tumores malignos del pie, lo que debe hacer y sobre todo lo que no debe hacer nunca el podólogo en estos casos; para terminar con una lección magistral que ofrecerá el catedrático venezolano doctor Kerdel Vegas y que versará sobre el pie visto desde el punto de mira de la Dermatología.

Tenemos previsto entregar a cada asistenta un resumen fotocopiado de las conferencias del curso, y si el presupuesto lo permite, la entrega de diploma acreditativo de asistencia.
Por el aforo del local, las plazas son limitadas, haciéndose la inscripciones por riguroso orden de llegada de las solicitudes.

La cuota de inscripción al curso queda establecida en 5.000 Ptas., que deberán ser ingresadas mediante transferencia bancaria a:
Caja de Ahorros de Ronda. Alameda de Capuchinos, 11. Málaga.
A nombre del secretario del curso: José Antonio Jiménez Torres.
N.° de la cuenta corriente 963.324-7.

Si quieres asistir a la moraga (cena típica malagueña, a base de pescado frito, y servida en un chiringuito de la playa de Torremolinos), deberás adjuntar 1.500 Ptas. por asistente.
Las solicitudes de inscripción (el Boletín de inscripción que te adjuntamos), deberás enviarlo antes del día 12 de junio a:
José Antonio JIménez Torres. Calle Alameda de Capuchinos, 27-29.
Teléfono 253738. Málaga.

Para cualquier consulta referente al curso te podrás dirigir:
Por la mañana de 10 a 2 (de lunes a viernes) al Tlf. 253738.
Por la tarde, de 5 a 8 (de lunes a viernes) al Tlf. 212223.
Consulta del delegado provincial Antonio Gutiérrez Velasco.

ASOCIACION VASCO-NAVARRA DE PODOLOGOS
II JORNADAS VASCO-NAVARRAS DE PODOLOGIA - DONOSTIA-84
EUSKAL-HERRIKO PODOLOGIAZKO II IHARDUNALDIAK
SEDE: SALA DE CULTURA CAJA DE AHORROS MUNICIPAL

Estimado compañero:

Adjunto envío programa y hoja de inscripción de las II Jornadas de Podología organizadas por la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos.

Dado el interés profesional y corporativo de dichas jornadas, te instamos a que participes, remitiéndonos a la mayor brevedad posible, la inscripción con la que facilitarás en gran medida la organización.

Con el afecto de siempre, te saluda.

El secretario general de las Jornadas
D. Andrés Viedma Talavera

Lagun maitea:

Euskal Podologen Elkarteak organizatutako podologoen II. Jardunal dien programa eta inskripzioaren orrialdea bidaltzen dizkizut.

Jardunaldi hauen interes profesionala eta Korporatiboa gogorazten dizugu eta beraz beraietan partizipatze gonbidatzen zaitugu. Horrela bada, ahal duzun denbora gutxienean bidali ezazu inskripzioa eta organizazioari oso lagundiko diozu.

Jardunaldien Idazkari Nagusia

PROGRAMA

Día 2 de junio (sábado)

09,30 h. Entrega de documentación.
Apertura de la exposición comercial.
10,00 h. Inauguración oficial de las jornadas.
10,30 h. Sesiones teórico-prácticas.
Tema: Ortopodología.
Podólogos:
Angel F. Cabezón Legarda: Exploración funcional. Sesión práctica.
Juan José Araolaza Lahidalga: Alteración de la marcha en rotación. Sesión práctica.
Agustín Mayral i Marqués: Toma de molde y aplicación de Ortesis en termoplástico. Sesión práctica. Toma de moldes pies valgos y metatarsalgias. Confección de ortesis plantar.
14,00 h. Comida de trabajo.
16,00 h. Ortosis en Silicona. Aplicación práctica por los Podólogos anteriormente citados.
18,00 h. Tema: Cirugía de la uña.
José Valero Salas. Podólogo: Onicocriptosis. Técnica del Fenil.
Sesión quirúrgica.

Día 3 de junio (domingo)

09,00 h. Tema: Viaje al futuro de la Podología.
Luis Aycart Vijuesca. Podólogo. Sesión práctica de tratamiento radical de Heloma dorsal 5.° dedo. (Cirugía mínima ambulatoria).

12,00 h. Clausura y entrega de diplomas.

12,30 h. Asamblea de la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos.

14,00 h. Comida de Clausura. Sociedades Gastronómicas.

EKAINAK 2 (Larunbata)

09,30 etan Dokumentzzioaren eskuratzea.
Expozizioan inaugurazioa.

10,00 etan Sarrea ofiziala.

10,30 etan GAIA: ORTOPODOLOGIA
Txostenlaria: Angel F. Cabezón Legarda. (Ikerketa funtzionala).
Txostenlaria: J.J. Araolaza (Rotazioko martxaren aldaketa).
Txostenlaria: Agustí Mayral i Marques (Termoplastikoko ortesisa).
Aurrean aipatutako gaien sesio praktikoa.
Molden egintza oin balgoetan eta metatarsalgietan.

14,00 etan BAZKARIA.

16,00 etan SILIKONAKO ORTOSISEN APLIKAZIO SESIO PRAKTIKOA
Txostenlariak: goizekoak.

18,00 etan GAIA: AZKAZALAREN ZIRUJIA. (Fenol Teknika). Sesio Praktikoa. Txostenlaria: José Valero Salas.

EKAINAK e (Igandea)

9,00 etan PODOLOGIAREN ETORKIZUNA
Toxstenlaria: Luis Aycart Vijuesca.
Heloma dorsalaren Sustrai estirpazioaren sesio praktikoa (Zirujia txikiena).

12 etan II. Jardunaldien bukaera eta diplomen eskuratzea.

12,30 etan Euskal Podologen Elkartearen batzar orokorra.

14,00 etan BAZKARIA.

DELEGACION DE MALAGA A.E.P.
1° CURSO MONOGRAFICO PARA PODOLOGOS
1° CURSO DE DERMATOLOGIA PARA PODOLOGOS

La Delegación malagueña de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS tiene programado hasta finales del próximo mes de junio los siguientes actos científicos:

«1° CURSO MONOGRAFICO PARA PODOLOGOS

Tema: Onicocriptosis. Su tratamiento.

Sábado 5 de mayo: Sesión quirúrgica en la consulta del podólogo malagueño D. Eloy Téllez Fernández, de acuerdo con el siguiente programa,

1.—Ablación definitiva de la uña del 1° dedo del pie.

2.—Enucleación quirúrgica del papiloma plantar.

Sábado 2 de junio: En los locales de la Delegación malagueña.

1.—Moldes de los dedos y principios de ortonixia.
Ponentes: D. Antonio María Baca Pérez y D. José Luis Domínguez Sánchez-Vera.

2.—Tratamiento del granuloma en la uña incarnada.
Ponente: D. David Domínguez Sánchez-Vera.

3.—Ablación de rodetes.
Ponente: D. Antonio Gutiérrez Velasco.

Todas las conferencias irán seguidas de coloquio.

Sábado 26 de mayo:

Tendrá lugar en el Hotel Casa Curro una demostración sobre técnicas ortopédicas ofrecida por la firma Podo-Ortosis. Al final dicha casa comercial agradecerá la asistencia de los podólogos malagueños con una copa de vino.

Sábado 16 de junio: En el hotel D. Pablo de Torremolinos-Playa.

«1° CURSO DE DERMATOLOGIA PARA PODOLOGOS».

Patrocinado por el Servicio de Dermatología del Hospital Civil de Málaga, Jefe de Servicio, Dr. José María Carrillo Montesinos. Invitado especial Profesor Dr. D. Francisco Kerdel Vegas, Catedrático de Dermatología de la Universidad de Caracas.

Programa del Curso.

18,00 horas: Verrugas en el pie. Etiología, clínica y tratamiento (nieve carbónica, nitrógeno líquido, electrocoagulación).
Dra. Mª VICTORIA MENDIOLA FERNANDEZ.

18,45 horas: Dermatitis más frecuentes en el pie.
Dra. Matilde Mendiola Fernández.

19,30 horas: Micosis en piel y uñas.
Dr. Guillermo Ruiz del Portal Pérez-Bryan.

20,00 horas: Tumores malignos en el pie.
Dr. José María Carrillo Montesinos.

20,30 horas: Conferencia Magistral a cargo del Profesor de Dermatología de la Universidad de Caracas Dr. Francisco Kerdel Vegas con el título: «Afecciones tropicales en el pie».

21,00 horas: Moraga en un chiringuito de la playa (cena típica a base de pescados de la bahía de Málaga).

boehringer mannheim

COR-PIK SEK

Para que los pies permanezcan FRESCOS Y SECOS, DIAS, DIAS... y DIAS, son precisas unas acciones básicas

- ACCION ANTITRANSPIRANTE
- ACCION DESODORANTE

y que los efectos sean prolongados.

COR-PIK SEK cumple estos requisitos eficazmente. Generalmente basta aplicar cada 3 meses, aunque puede variar en función de la intensidad de sudoración de cada usuario. Aportando además:

- ACCION DERMOPROTECTORA (HIDRATANTE/EMOLIENTE)
- ACCION RELAJANTE
- ACCION SUAVIZANTE (QUERATOPLASTICA)

PRESENTACION

Estuche para una aplicación conteniendo Sobre n.° 1 (Sales de Baño) y Sobre n.° 2 (Polvo).

Ponen alas a sus pies

boehringer mannheim

COR-PIK SALES

(Baño de Pies) concentradas

Baño relajante de la musculatura. Suprime el ardor, es suavizante y desodorante de los pies a través de sus acciones:

- DESCONGESTIVA • EPITALIZANTE
- QUERATOPLASTICA • ASTRINGENTE
- OXIGENANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION

Estuche de 15 sobres de 10 grs.

COR-PIK GEL

Reposante, Refrescante y Desodorante a través de sus acciones:

- ASTRINGENTE • VASOPROTECTORA
- DESCONGESTIVA • ANALGESICA
- REFRESCANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION Tubos de 50 grs.

elaborado por Boehringer Mannheim S.A.

TRATAMIENTO RADICAL DE HELOMA DORSAL 5.º DEDO POR FRESADO DEL CONDILO DE LA FALANGE

Dentro de las técnicas de la cirugía mínima ambulatoria, la que sin duda ofrece más simpleza y real efectividad es la que se aplica para resolver definitivamente los molestos helomas del 5.º dedo.

Me anima a presentar esta ponencia la idea de que siendo parte de la cirugía mínima ambulatoria, con lo que conlleva acción sobre partes óseas, su simpleza técnica puede suponer un primer paso muy pequeño para dar confianza y ánimo a aquellos compañeros que quieran iniciar esta faceta de nuestra profesión.

La indicación de la intervención será la primera cuestión. Como en toda alternativa quirúrgica, no se trata de elegir esta posibilidad indiscriminadamente, sino que entiendo ha de estar en ese término medio entre ser excesivamente conservador y excesivamente agresivo.

El heloma dorsal del 5.º dedo es quizás la afección más frecuente en nuestros pacientes, por lo tanto no entiendo su presencia como subsidiaria en todos los casos a la intervención quirúrgica objeto de esta ponencia.

Sitúo mi decisión *en tres puntos* de observación antes de plantear la posible intervención.

1º.—Heloma particularmente molesto, de tal forma que no tienen duda en distinguir de cualquier otro que puedan padecer.

2º.—Heloma muy recidivante que dé lugar a molestias a los 10-15 días de haber efectuado la quiropodia.

3º.—Heloma que tras su quiropodia correspondiente, deja traslucir a la palpación el saliente óseo de un cóndilo hipertrofiado de su falange.

La posterior radiografía confirmará la existencia de la hipertrofia condilar. Es interesante situar la relación entre este cóndilo y el heloma resultante en la placa radiográfica, situando un testigo metálico adherido con esparadrapo en el heloma.

Una vez asegurada la indicación de la intervención, se ha de pasar a unas comprobaciones sistemáticas de la normalidad física de nuestro paciente, que nos han de asegurar un post-operatorio inocuo.

Los aspectos más importantes de esta normalidad deseada son:

1º.—Su estado metabólico. Léase glucemia normal.

2º.—Tiempo de hemorragia y coagulación.

3º.—Estado circulatorio del miembro afecto. Es conveniente utilizar un sistema de exploración ultrasónica tipo Dppler que nos asegure lo más fielmente de que tiene un torrente sanguíneo adecuado, y en todo caso la palpación positiva de los pulsos arteriales de la pedia y del tibial.

Tras habernos asegurado de la normalidad de los aspectos anteriormente citados, programaremos la intervención, advirtiendo al paciente que después de un lavado meticuloso de su extremidad se de una embrocación de alcohol y acuda a nuestra consulta envuelto el pie con gasa por dentro del calcetín.

Entrando ya en la intervención propiamente dicha acentuaremos la atención en dos aspectos de ella.

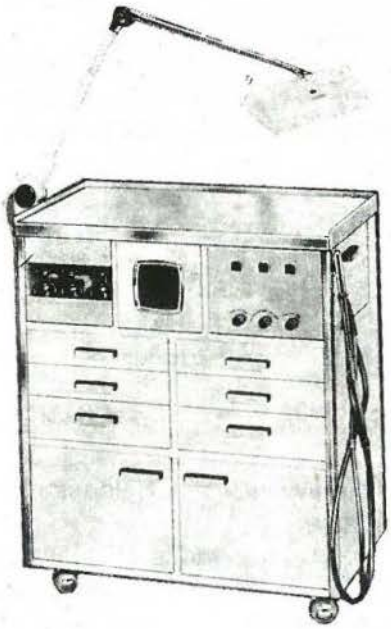
Primero la asepsia de manos, instrumental y campo, y en segundo lugar la inducción a la anestesia local que ha de ser suave y sin que produzca la más mínima molestia.

Utilizo la jeringa de presión para producir habones intradérmicos y a través de ellos introduzco la aguja para realizar la anestesia del dedo tipo troncular. La substancia

DEPOSITO DENTAL DENTALITE, S. A.
SAN BERNARDO, 74 TELEF. 231 40 15
M A D R I D

SERRA FARGAS, S. A.
PLAZA CASTILLO, 3 TELEF. 301 83 00
BARCELONA

La estética y funcionabilidad al servicio de la Podología



EQUIPO NUM. 560

— Motor con aspiración incorporada, pieza de mano. - 6.000 - 8.000 r.p.m.
— Lámpara.
— Esterilizador rayos ultravioletas.
— 6 cajones. - 2 puertas.
— Algodenara, frascos de spray.
— Rodable.
— Cauterio.

SILLÓN DENTALITE

— Subida y bajada eléctrica.
— Inclinación respaldo y retorno.
— Retorno automático a cero.
— Apoya pies regulable con bandeja.

anestésica que empleo es la mepivacaina al 2% junto con un 10% de un esteroide hidrosoluble.

El instrumental a emplear es muy simple y se reduce a una *gubia de corte recto* con una dimensión de 3-4 milímetros, a una fresa de acero con un vástago largo (de 6 cm.) y de dimensiones apropiadas a la acción a realizar, su pieza de mano también estéril y una lima de características de todos conocidos para este tipo de intervención.

Quiero hacer notar que la fresa de acero dispone de una hendidura helicoidal con el fin de no embotarse tanto con la pasta ósea ni de las partes blandas sobre las que indudablemente ha de actuar.

Dispondremos también de un suero Hayen tipo rapide autoinyectable, para poder realizar la limpieza y arrastre del material óseo que hayamos destruido con la acción de la fresa y lima.

No se debe de realizar ningún tipo de hemostasia por lo conveniente de la pequeña hemorragia que se produce para el arrastre de material destruido.

Una vez realizada la anestesia, se practica una incisión longitudinal a unos 18 mm. de la lesión.

La incisión la sitúo en la parte lateral y voy a buscar con la gubia la hipertrofia condilar. De esta forma se profundiza separando el tejido blando de la superficie ósea.

Una vez realizada esta maniobra, se introduce la fresa ya montada en la pieza de mano, y una vez situada sobre el cóndilo objeto de la lesión, se da movimiento al motor para que actúe desgastando la hipertrofia. Se va controlando externamente por palpación si se ha eliminado la excrecencia y una vez nos aseguramos de ello, se exprime por presión de la zona, para que salga la «pasta» de hueso por la abertura cutánea y se acaba por limpiar con un lavado de suero Hayen.

Tengo como norma realizar en este momento una radiografía tipo Polaroid que me va a dar la seguridad de haber eliminado toda irregularidad posible, cuidando de que no queden desniveles o bordes en la zona, pues si así fuera no conseguiríamos el efecto deseado, trasladando el heloma de lugar en todo caso.

Si la radiografía no nos deja satisfechos, no tengo ningún reparo de volver a la carga, eliminando aquello sospechoso de dar problemas posteriores.

Una vez terminado el acto quirúrgico, inyecto por el orificio un resto de anestésico con el esteroide, y procedo al vendaje sin mucha aparatosidad manteniéndolo durante tres días al cabo de los cuales renuevo el apósito haciendo una cura seca que quito definitivamente a los ocho días.

Prefiero utilizar la fresa de acero por varios motivos, a pesar de que a veces suelo simultanear la acción de la lima.

Además de que el esfuerzo personal es menor con la fresa, entiendo que al no necesitar tanto espacio de acción como la limeal en su necesario vaivén, va a redundar en una limitación del traumatismo adyacente. Por otro lado, no he observado diferencia en la cicatrización de un método u otro por lo que puede suponer de quemadura por la rotación rápida de la fresa.

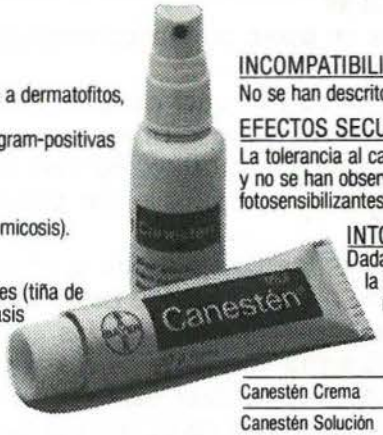
En mi pequeña proyección particular aspiro a introducir un tipo de pieza de mano que me permita un movimiento circular rápido de la fresa en un cuarto de vuelta, por lo que respetando la integridad de las partes blandas actuaré contra la parte ósea, de la misma forma que lo hace la sierra mecánica de cortar yesos.

Esta es mi forma práctica de realizar esta intervención, y os puedo asegurar me llenan de satisfacción los resultados y no puedo por menos de agradecer vivamente a quienes han influido, en especial a Luis Aycart, para que esté abierto a todos los avances de la Podología mundial.

He de resaltar que estas técnicas no están en discusión pues la experiencia y sus resultados están suficientemente contrastados y ya el año 65 el podiatra Dr. Brown cita 9.000 casos realizados con resultado satisfactorio.

No hay que dar pie a los hongos

Canestén: el fungicida de los pies



PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

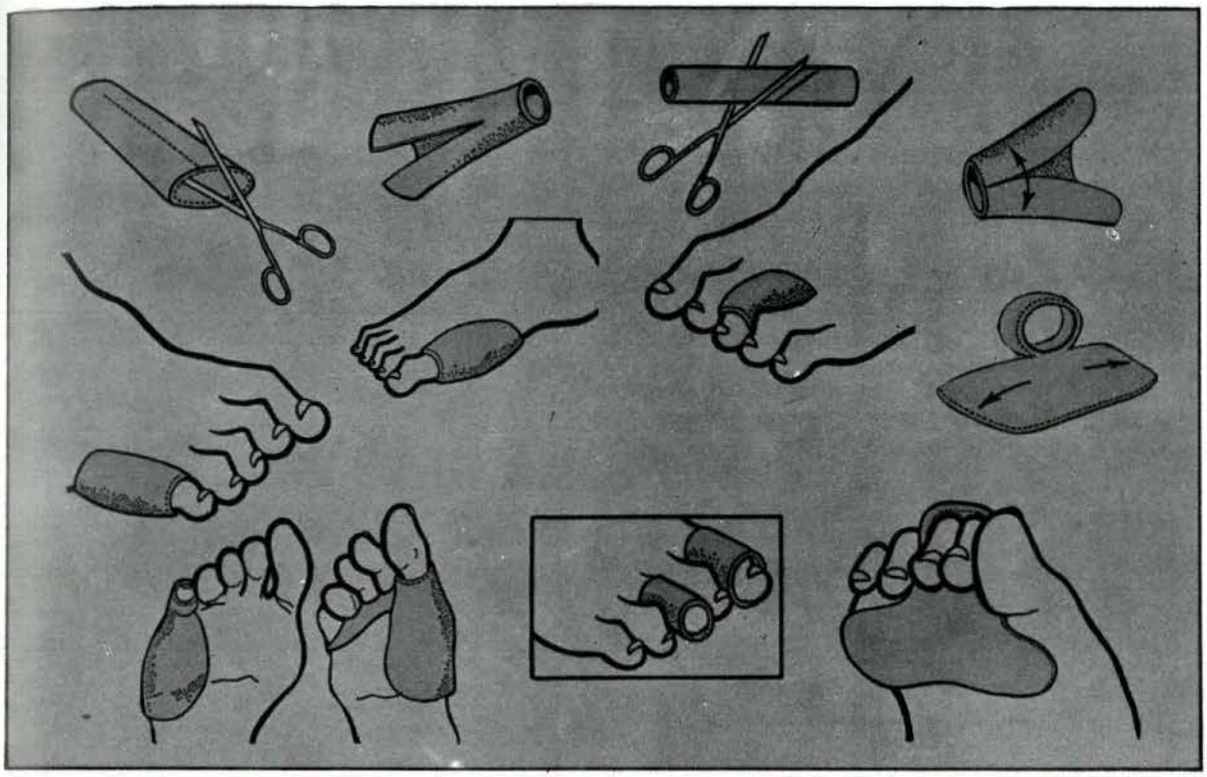
Bayer Antimicóticos

TUBOPROTE®

Ref. 108

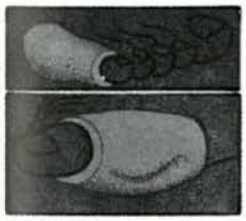
Vendaje Tubular de gasa, recubierto de Foam, con doble vuelta

TUBULAR FOAM DRESSINGS



Vendaje tubular de gasa recubierto de Foam, con doble vuelta que permite hacer todo tipo de protecciones, almohadillas, juaneteras, etc. Fácil de adaptar a cualquier necesidad podológica. Alivia las metatarsalgias sin abultar en el interior del calzado. Es fácil de quitar y substituir.

Este vendaje revolucionario, está siendo utilizado con éxito por los Podólogos de todo el mundo.



Se sirve en cuatro tamaños; *1:* 15 mm. de diámetro; *2:* 18 mm. de diámetro; *3:* 21 mm. de diámetro y *4:* 21 mm. de diámetro.

Cada caja contiene 12 tubos de 25 cms. de longitud.

Tubular Foam Dressings.

Box of 12 pieces (25 cms. each)

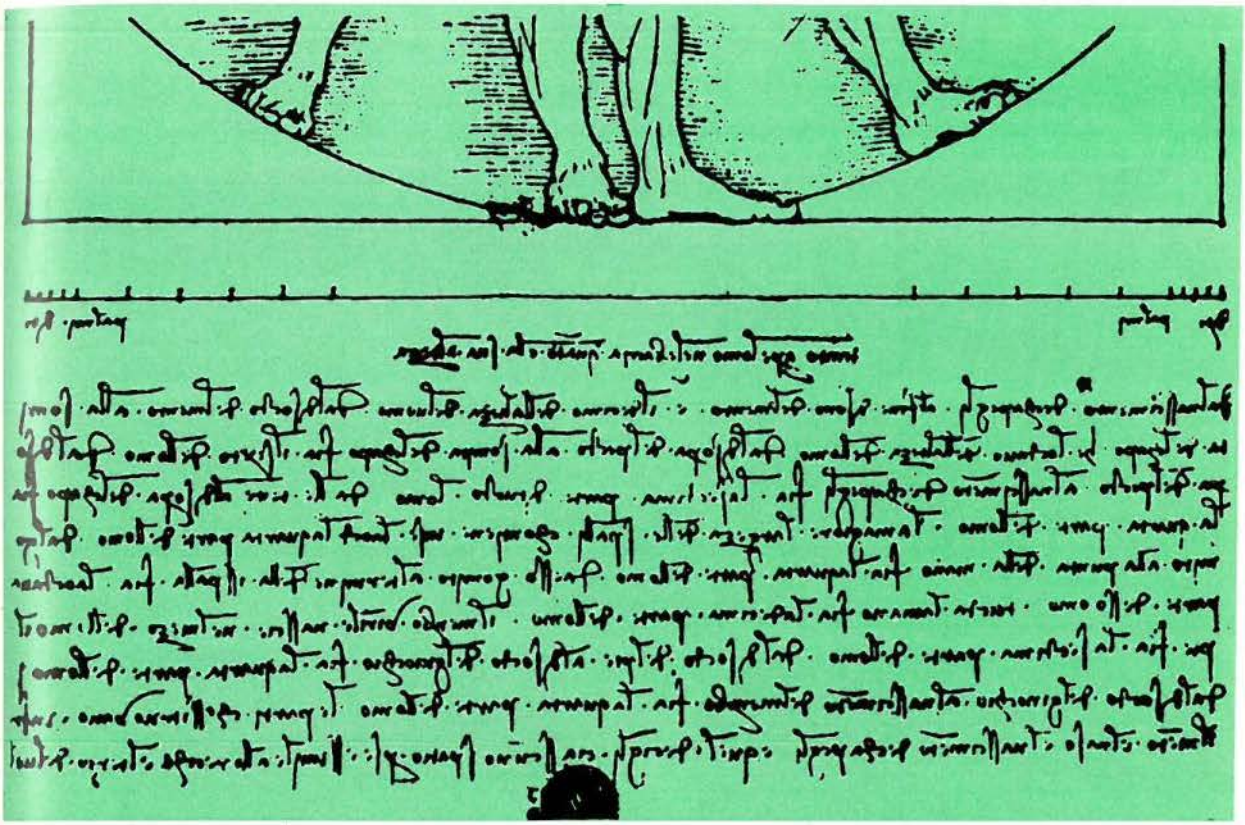
Size ..... 15 mm. diameter
Size ..... 18 mm. diameter
Size ..... 21 mm. diameter
Size ..... 25 mm. diameter

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

Avda. Meridiana, 354, 10.º, 5 - Barcelona-27 - Teléf. 311 01 08

LUGA

INGRASA - CM



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

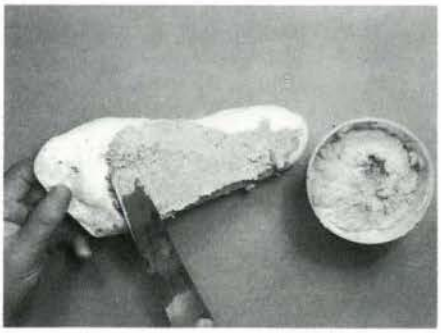
A.E.P.
n.º 93

MAYO-JUNIO
1984

Veltron 1

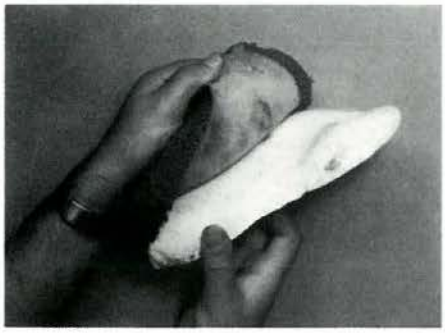
MADE IN SPAIN

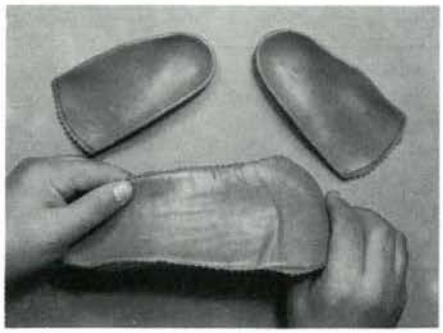
Compuesto para la obtención de plantillas ortopodológicas.



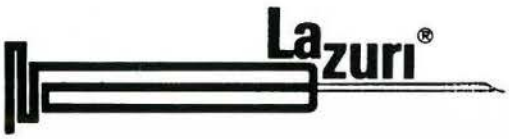
Es una pasta para aplicar a espátula sobre positivos de yeso, que fragua a temperatura ambiente, obteniéndose una plantilla elástica y blanda. Sus cualidades de elasticidad y flexibilidad no disminuyen su resistencia a la compresión que efectúa la bóveda plantar. Para obtener la plantilla se extiende el **Veltron-1** sobre el positivo de yeso. Esta aplicación debe hacerse en

capas finas al objeto de que no quede aire entre ellas. Una vez lleno el molde, se invierte sobre una superficie no porosa (vidrio, poliplopileno, formica, etc.) y se presiona sobre él equilibrándolo sobre los puntos de apoyo y retirando la pasta sobrante. Si se desea, para facilitar el secado, se desliza el molde dejando la parte plantar al aire. Transcurridos dos o tres días (según





condiciones ambientales) puede desprenderse del molde de yeso, obteniéndose la plantilla. Se recorta con tijera y se pulen los cantos, estando en condiciones de forrarse y entregarse al paciente.



DISTRIBUIDORA LAZURI, S.A.

GERONA, 55, E-2.º. Tels. 301 54 36/301 53 86
TELEX 97223 LAZU-E. BARCELONA-9

GENERAL VARELA, 35. Tels. 270 61 08/270 61 07
TELEX 48656 LAZU-E. MADRID-20

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Imprime:
INGRASA
Industrias Gráficas Gaditanas, S.A.
C/ Hércules, 13.
CADIZ.

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215.

SUMARIO

EDITORIAL

¿Investigamos?

Cuando observamos los textos anglosajones de tratados sobre Podología, o los editados en lengua castellana por nuestros colegas hispanoamericanos, ¿qué pensamos? ¿Acaso sigue siendo utópica la investigación en España?

Los estudios epidemiológicos, tan necesarios en nuestras reivindicaciones sobre nuestro futuro profesional ¿dónde están? Indudablemente sería un contrasentido pensar que nuestras Escuelas de Podología, que tienen la consideración de Centros de Investigación del Pie, carecen de publicaciones de orden pedagógico o de formación para postgraduados. Evidentemente estamos seguros que existen. No obstante, al igual que en congresos, jornadas, simposiums, etc., que frecuentemente realizamos año tras año no bastan. Los estudiantes encuentran dificultades en adquirir en librerías médico-científicas libros podológicos publicados y editados en España por colegas españoles salvo raras excepciones. ¿Por qué?, ¿no investigamos? Sabemos de muchos compañeros de su dedicación a la investigación que podría servir de base para un buen número de tratados de podología.

No nos justifiquemos en lo difícil de su financiación, la solidaridad de tantos y tantos compañeros lo harían posible. Pensemos pues en las generaciones futuras, ¿nos exigirán responsabilidad? ¡Aún estamos a tiempo!

NOTAS DE REDACCION

Debido al interés que supone el disponer de abundante documentación sobre la investigación en Podología, aprovecho estas líneas para solicitar de todos vosotros dispenséis la mayor colaboración posible.

Podéis enviarme cuantos estudios epidemiológicos tengáis, con motivo de elaborar un dossier completo de nuestra profesión ante las autoridades que así nos lo han solicitado. En nombre de la Junta de Gobierno de la A.E.P., y en el mío propio, nuestro más sincero agradecimiento.

Fdo.: Alvaro Ruiz Marabot
Redactor jefe

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
XVII CONGRESO
NACIONAL DE PODOLOGIA
CADIZ DEL 10 AL 13 OCTUBRE 1.984

Secretaría General
C/. Cristobal Colón, n.° 1-dupl.
Teléfonos 231916 - 285215
C A D I Z-11005

Cádiz, Julio 1984

Querido Compañero(a):

De nuevo en contacto contigo para que conozcas el programa de actos científicos y sociales de este XVII Congreso Nacional de Podología:

La Comisión Organizadora queda en libertad de modificar el programa que adjunto te enviamos. La ciudad de Cádiz tiene muchos problemas de alojamiento, por lo que las inscripciones para el Congreso serán hasta el 15 DE AGOSTO 84, a partir de esa fecha nos es imposible admitir ninguna inscripción.

Las plazas en los distintos hoteles se adjudicarán por **riguroso** orden de llegada de los boletines de inscripción.

Los congresistas que se alojen en El Puerto de Santa María, cuentan con autobuses del Congreso para desplazarse a los diferentes actos que se celebren.

La Agencia Oficial del Congreso pone a disposición de los congresistas ofertas especiales de viajes en GRUPO que serán comunicadas convenientemente a los Presidentes de Asociaciones de Podólogos de las Comunidades Autónomas.

El precio de las inscripción del Congreso (ACTOS CIENTIFICOS y/o SOCIALES) es de PTAS.: 18.500 POR PERSONA y los estudiantes que sólo deseen asistir a los actos científicos será de PTAS.: 10.000 POR PERSONA.

El pago de la inscripción y el depósito de la reserva para los alojamientos hoteleros se efectuará por talón NOMINATIVO Y CONFORMADO por tu Banco a nombre del XVII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, y se envia junto con el boletín de inscripción a la Agencia Oficial del Congreso:

CIA. ESPAÑOLA TRANSCONTINENTAL, S.A.
«Viajes C.E.T.»
Plaza de la Hispanidad, 1 — 11004-CADIZ
Teléfonos: 224608/09 - 211820 - 212929

Una vez confirmada la reserva en el hotel se te enviará los recibos correspondientes y los BONOS que cubrirán la reserva efectuada. El pago definitivo de la diferencia deberá ser abonado por los mismos medios que la cuantía de inscripción antes del día 15 DE SEPTIEMBRE 84.

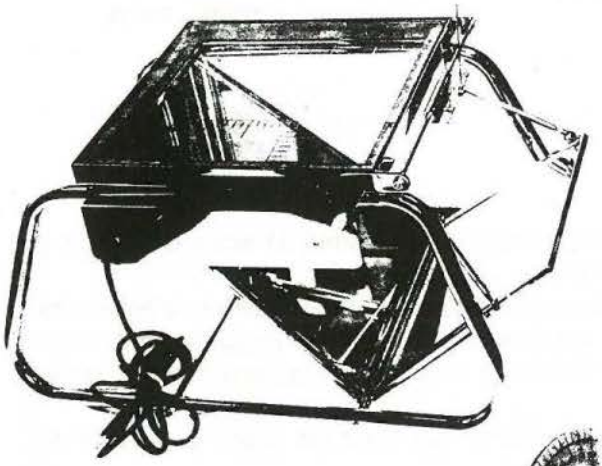
Los podólogos interesados en aportar trabajos científicos relacionados con el tema del Congreso: «DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS METATARSALGIAS», rellenen el apartado correspondiente en la hoja de inscripción y envíelo antes del 15 DE AGOSTO 84 a la Secretaría General del Congreso (C/ Cristóbal Colón, 1-Dpdo. 11005-CADIZ). Una vez sometido al examen del Comité Científico encargado de la selección, por carta certificada se te comunicará el día y la hora en que se expondrá el tema. En caso de no ser seleccionado tu trabajo, se te enviará igualmente por carta certificada.

Un fuerte abrazo.

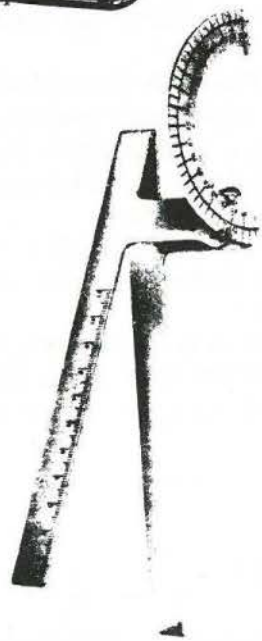
EL COMITE ORGANIZADOR.

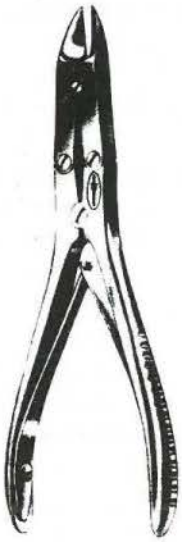
MIFER

PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA



SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.





SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

XVII Congreso Nacional de Podología

Cádiz del 10 al 13 de octubre 1984
«Podología Camina»

PROGRAMA DE ACTOS SOCIALES
Próximo Congreso Nacional

PROGRAMA PARA CONGRESISTAS

Día 9 octubre 84

De 18,00 a 22,00 horas entrega de documentación en la Secretaría General instalada en el HOTEL ATLANTICO.
(Sede oficial del Congreso).

Día 10 octubre 84

MAÑANA
Continúa la entrega de documentación.
Inauguración stands.
Comunicaciones.
Inauguración oficial del Congreso.
Vino de honor.

TARDE
Comunicaciones.
Mesa redonda.
Cena típica gaditana. Actuaciones carnavalescas.

Día 11 octubre 84

MAÑANA
Comunicaciones.
Salida hacia JEREZ DE LA FRONTERA: Visita a una famosa bodega. Almuerzo en la bodega.

TARDE
Visita a la famosa ESCUELA ANDALUZA DE ARTE ECUESTRE, para presenciar el espectáculo «Cómo bailan los caballos andaluces».

Día 12 octubre 84

MAÑANA
Comunicaciones.
Salida hacia SAN FERNANDO: Típico DESPESQUE.

TARDE
Fiesta típica taurina.

Día 13 octubre 84

MAÑANA
Comunicaciones.
Mesa redonda.
Clausura oficial del Congreso, entrega de diplomas.
Comida de trabajo.

TARDE
Asamblea general de la Asociación Española de Podólogos.
Cena de clausura.

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

Día 10 octubre 84

MAÑANA
Continúa la recogida de documentación. Visita cultural de la ciudad de Cádiz.
Inauguración oficial del Congreso.
Vino de honor.

TARDE
Continúa la visita de la ciudad de CADIZ.
Cena típica gaditana. Actuaciones carnavalescas.

Día 11 octubre 84

MAÑANA
Salida hacia JEREZ DE LA FRONTERA. Visita de la ciudad.
Visita de una famosa bodega. Almuerzo en la bodega.

TARDE
Visita a la famosa ESCUELA ANDALUZA DE ARTE ECUESTRE, para presenciar el espectáculo «Cómo bailan los caballos andaluces».

Día 12 octubre 84

MAÑANA
Visita de la ciudad de SAN FERNANDO.
Típico DESPESQUE.

TARDE
Fiesta típica taurina.

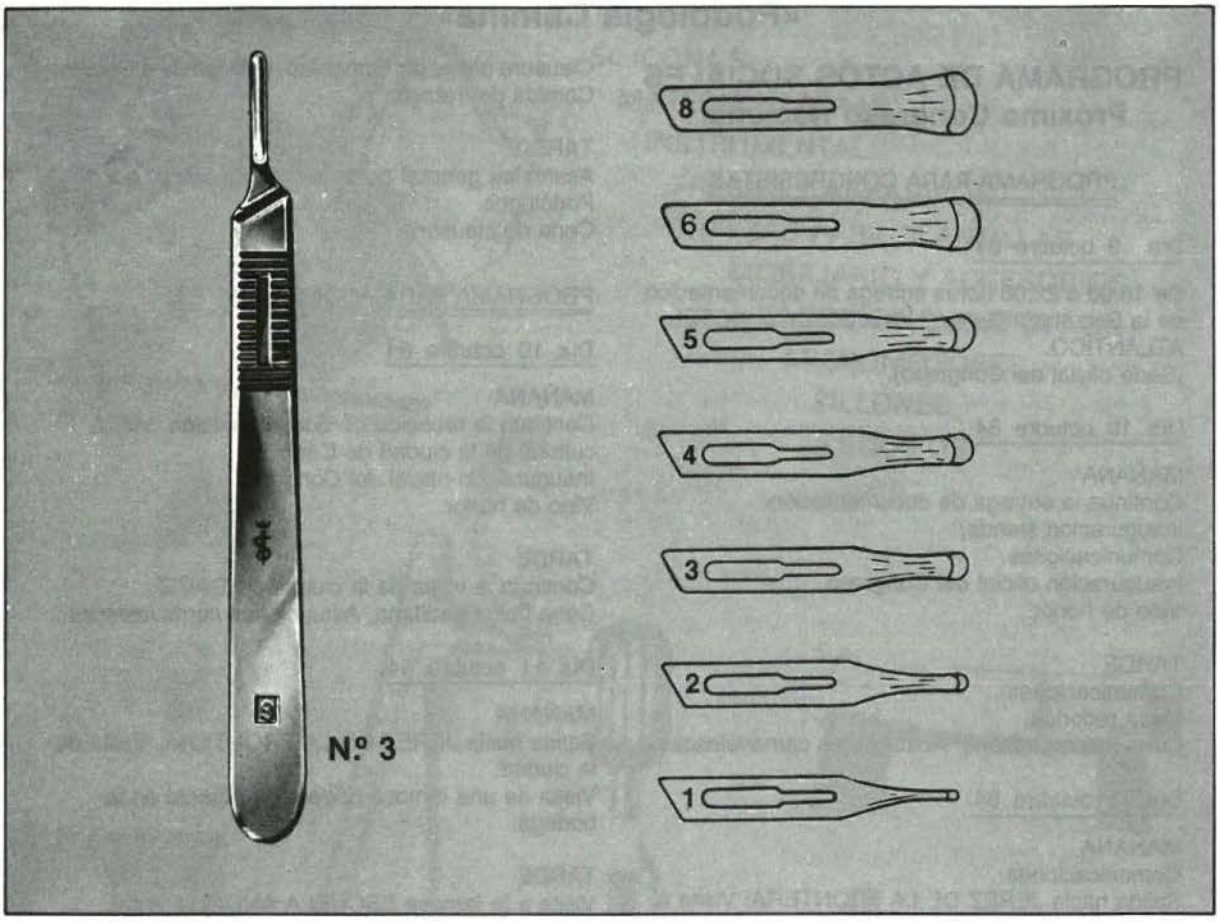
Día 13 octubre 84

MAÑANA
Salida hacia ARCOS DE LA FRONTERA. Visita de la ciudad.
Comida típica.

TARDE
LIBRE
Cena de clausura.

GUBIAS INTERCAMBIABLES

Ref. 506. El mayor adelanto de la Podología en los últimos años



Las GUBIAS INTERCAMBIABLES ESTERILES, son un precioso instrumento para la pequeña Cirugía, que permite economizar tiempo y dinero a la vez que asegurar una asepsia perfecta.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se presentan en envases individuales perfectamente estériles y listas para su uso.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se montan sobre cualquier mango de bisturí del n.º 3.

Existen SIETE TAMAÑOS, y formas de gubias, que se conocen con los números 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8.

LUGA

López de Hoyos, 142, 5.º • Madrid-2 • ESPAÑA • Teléf. 413 15 70 • Télex: 42733

FISIOTERAPIA ACTUAL, de A. ZAUNER GUTMANN.— 2ª edición.— Editorial JIMS. Precio 2.900 Ptas.— Libro editado en 1980.

Este libro de FISIOTERAPIA ACTUAL, eminentemente práctico, es la recopilación de las técnicas de fisioterapia de los últimos 10 años; en el índice de materias tenemos datos físicos, corrientes galvánicas, acción fisicoquímica, acción biológica, reacciones vitales. IMPULSOS exponenciales, corrientes farádicas.—Técnicas terapéuticas.—Ejemplos de tratamientos. Terapia farádica. La iontoforesis, el electrodiagnóstico. Los puntos motores. Tiene un amplio capítulo de indicaciones prácticas.

Termoterapia.—Actinoterapia ultravioleta.

ULTRASONIDOS: tiene un amplio capítulo sobre los ultrasonidos que como sabéis son muy útiles en PODOLOGIA.—INDICACIONES PRACTICAS DE LOS ULTRASONIDOS.— METATALSALGIAS.—TALALGIAS, en todas las ALGIAS DEL PIE.

DOSIFICACION, aplicaciones por contacto directo, aplicaciones por contacto indirecto, etc., etc.

Esquemas topográficos de las aplicaciones ultrasónicas.

Tiene un capítulo entero a la BALNEOTERAPIA.

Este libro es de gran utilidad al PODOLOGO, debe de formar parte de la biblioteca del PODOLOGO.

COMMON FOOT DISORDERS —EN INGLES— **DONALD NEALE**, profesor de la Escuela de Quiropodistas de EDIMBURGO. Editorial CHURCHILL LIVINGSTONE.—1981.

Escrito por un podólogo inglés consta: examen y diagnóstico del pie. Alteraciones del pie en el adulto y niño: afecciones de las uñas. Desórdenes circulatorios.—Examen neurológico.—Enfermedades metabólicas.—Reumatismos en el pie.—LEPRA.—ANALGESIA LOCAL.—ORTOPODOLOGIA.—Fisioterapia del pie: ultrasonidos. Conducta del podólogo ante una emergencia.

Resumiendo, es un libro escrito por un podólogo inglés que es indispensable en la biblioteca podológica.

Comentó: Luis Pascua
Podólogo-León

INFORMACION DE LA PRESIDENCIA

Querido lector y compañero, quiero ser yo, como portavoz de la Junta de la Asociación Española de Podólogos, quien te informe, puesto que para todos nosotros es una gran satisfacción conseguir metas, aun siendo éstas pequeñas, para conseguir que nuestras Escuelas sean UNIVERSITARIAS.

Las negociaciones con el Ministerio de Universidades no ha variado sustancialmente, de manera, que continuamos manteniendo conversaciones con la Subsecretaría de Centros y Especialidades.

En contraposición, en el Ministerio de Sanidad, el subsecretario de Ordenación Funcional (con gran sentido de responsabilidad y justicia), tras el estudio de la documentación aportada, reconoció que el INSALUD nos discriminaba, en lo que se refiere a la aceptación de los presupuestos y facturas para las prestaciones que este organismo concede por artículos de ortopedia. Así, se daba el caso curioso, que en determinadas provincias, sistemáticamente, los presupuestos de los podólogos eran rechazados. Consecuentemente, el subdirector de Ordenación Funcional remitió escrito al INSALUD, en el que aconsejaba la modificación del punto 4º del famoso artículo 108, para que diga: «Casas comerciales o PODOLOGO».

Continuando con el mismo Ministerio es de destacar, que el director general de Ordenación Funcional, con fecha 2-7-84, remitió escrito al director general de Enseñanzas Universitarias, en el que le especificaba que la posición del Ministerio de Sanidad es la de que Podología, debería de ser independiente de Enfermería y con el rango de DIPLOMADO UNIVERSITARIO.

Hay un tema, particularmente espinoso, por las injerencias del Consejo General de A.T.S., que es el referente al INSERSO, por ello, desde aquí, solicitamos, que todos los compañeros, que presten sus servicios en el citado organismo, rellenen y manden urgentemente a la sede de la A.E.P., el impreso que tienen los delegados de Zona, o bien los presidentes de las distintas asociaciones, otorgando a esta A.E.P. su representatividad.

Como podéis ver, esto ya empieza a tomar color, así pues, solicito de todos los compañeros que tengáis ánimos, que colaboréis y que nos deis un poco de confianza.

FELICES VACACIONES.

II CURSO DE ANATOMIA CLINICA DEL PIE

ORGANIZADO POR LA ASOCIACION MADRILEÑA DE PODOLOGOS
2-3-4 Noviembre, 1984

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

PROGRAMA

Viernes, día 2

9 9,30-10,30: Articulación del tobillo. Biomecánica.
10,30-11-15: Huesos y articulaciones del pie. Prof. J.V. Sanz Casado.
11,15-11,30: Descanso.
11,30-14,00: Osteología: Huesos del pie. Disección: Proyección film.
16,00-16-45: Musculatura extrínseca del pie. Prof. Juan Jiménez Collado.
16,45-17,00: Descanso.
17,00-17,45: Musculatura extrínseca del pie. Prof. Juan Sobrado Pérez.
17,45-18,00: Descanso.
18,00-20,00: Disección: Regiones antero-externo y anterior de la pierna. (Por los señores cursillistas).

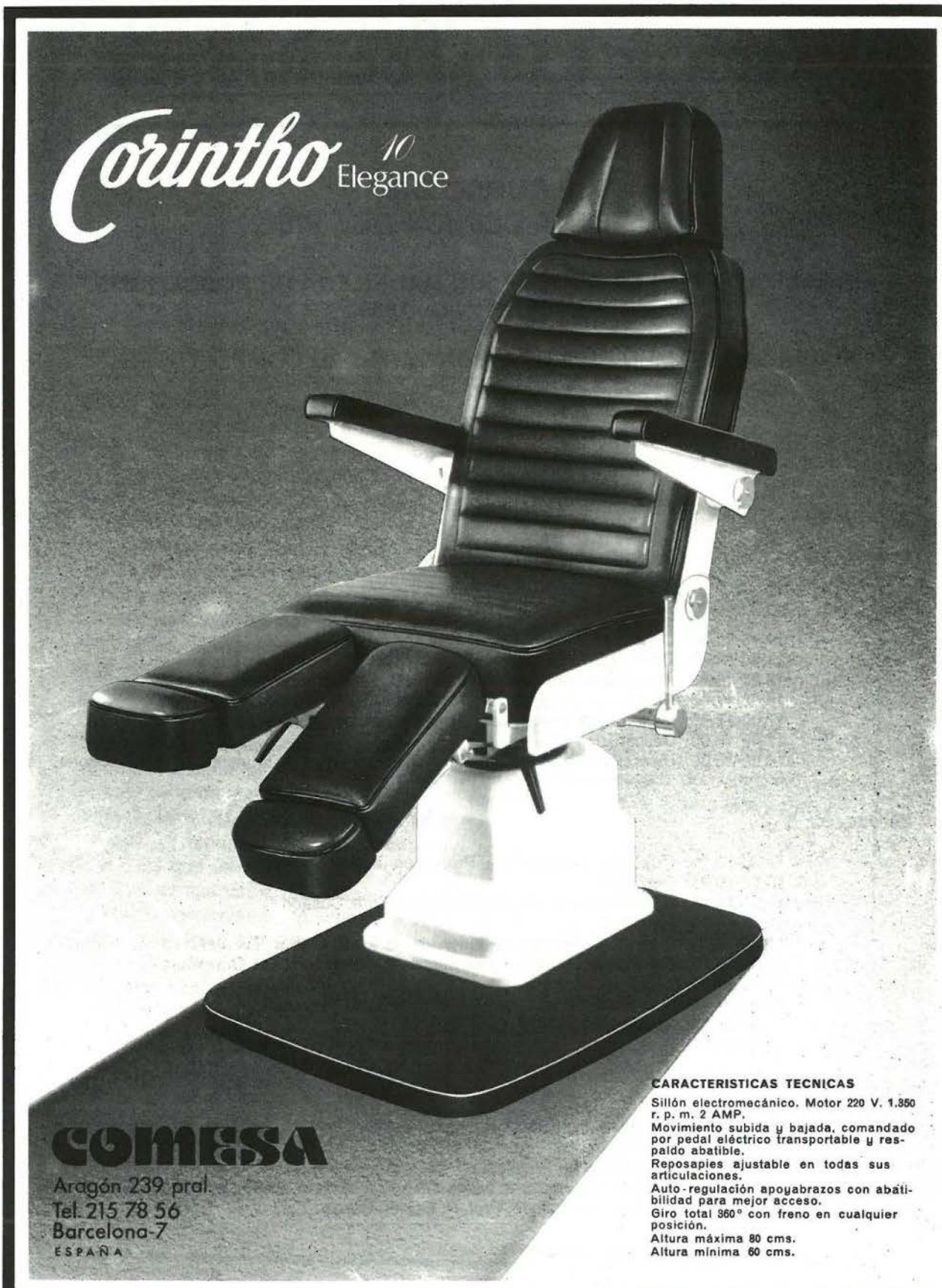
Sábado, día 3

9,30-10,15: Músculos cortos del pie. Prof. Juan Jiménez Collado.
10,15-10-30: Descanso.
10,30-11,15: Músculos cortos del pie. Prof. J. V. Sanz Casado.
111,5-11,30: Descanso.
11,30-14,00: Disección: Región posterior de la pierna. (Por los señores cursillistas).
16,00-16,45: Fisiopatología del dedo en martillo Exostosis. Prof. J. Díaz-Faes.
16,45-17,00: Descanso.
17,00-17,45: Fisiopatología de la uña. Prof. L. Asensio Priones.
17,45-18,00: Descanso.
18,00-20,00: Disección: Región plantar. (Por los señores cursillistas).

Domingo, día 4

9,30-11,30: Síntesis de disección: región plantar. Prof. J. Sobrado Pérez y señores cursillistas.
12,00-13,00: Urgencias en Podología. Prof. V. Concejero.
13,15-14,15: Lección de clausura: bases morfológicas de la anestesia en Podología. Prof. J. Jiménez Collado. Prof. P. Guillén García.

Entrega de diplomas.


Corintho 10 Elegance
COMESA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

PONENTES

* Prof. J. Jiménez Collado.
  Catedrático de Anatomía Humana.

* Prof. J. Sobrado Pérez.
  Profesor titular de Anatomía Humana.

* Prof. J. V. Sanz Casado.
  Profesor titular de Anatomía Humana.

* Prof. J.F. Rodríguez Vázquez.
  Profesor titular de Anatomía Humana.

* Prof. J. Díaz Faes.

* Prof. L. Asensio Prianes.

* Prof. C. Alvarez Vázquez.

* Profa. D. Cabañas Armesilla.

* Prof. F. San Andrés Larrea.

* Prof. F. Holgado Sáez.

* Prof. P. Guillen García.

* Prof. V. Concejero López.

NORMAS

—Los señores cursillistas deberán venir provistos de material e instrumental quirúrgico: bisturí tijeras punta aguda y roma, pinzas disección con y sin dientes, erina, así como bata y guantes.

—El número de plazas queda establecido en 50; las inscripciones se realizarán por riguroso orden de llegada a la secretaría del curso, sita en la sede de la Asociación Madrileña de Podólogos: C/ Gran Vía, 33-7º, despacho número 2. Madrid.

—Conjuntamente con la inscripción, habrá de adjuntarse cheque nominal a c/c/. número 60.00151664, en Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid, sucursal 1.158, C/ Cea Bermúdez, 4, Madrid-3.

—El remitente tendrá, en un plazo máximo de 96 horas, información en relación con su admisión.

—La inscripción al curso es de 8.000 pesetas. A la finalización será entregado a los señores cursillistas un diploma de participación y asistencia.

—Aquellos señores solicitantes que hayan remitido su inscripción una vez cubierto el cupo de admisión les será devuelto en un plazo máximo de 72 horas el talón bancario, notificándosele por escrito.

EUSKAL PODOLOGOEN ELKARTEA
ASOCIACION VASCO-NAVARRA DE PODOLOGOS

II JORNADAS VASCO-NAVARRAS DE PODOLOGIA-DONOSTIA-84
EUSKAL-HERRIKO PODOLOGIAZKO II IHARDUNALDIAK
SEDE: SALA DE CULTURA CAJA DE AHORROS MUNICIPAL

Conforme estaba programado y con numerosa asistencia de podólogos se celebraron las Jornadas de Podología.

La apertura oficial la realizó el consejero de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno vasco, Excmo. Sr. don Angel Larrañaga Bolinga como presidente de honor de las Jornadas, siendo acompañado por el Excmo. Sr. alcalde de la ciudad, teniente de alcalde, comisión de Sanidad, diputado foral, presidente de la Asociación Española de Podólogos y la presidenta del Colegio de A.T.S. de Guipúzcoa.

Tras las palabras de bienvenida del alcalde, Juan Manuel Báez como presidente de la Asociación Vasco-Navarra se dirigió a los presentes y en particular a los poderes públicos allí representados haciéndoel saber la necesidad de la inclusión del podólogo en la Sanidad pública.

Hizo un repaso general del quehacer del podólogo, los casos que trata, y cómo los trata ilustrándolo con una selección de diapositivas, poniendo el acento en las posibilidades y ventajas que ello traería a la Sanidad.

Le contestó el consejero de Sanidad agradeciendo los deseos de éxito en su labor y aceptó que le fueran presentadas para su estudio las propuestas del presidente y siempre que fueran bien fundadas no pondría ningún reparo en aceptarlas.

Dijo que, efectivamente, eran desconocedores del quehacer y de las ventajas que podría reportar el podólogo a la Sanidad Pública y se confesó impresionado por las diapositivas visionadas. Apuntó que él, personalmente, pensaba que las profesiones de tipo medio podían dar un gran juego y rendimiento si su especialización era de gran dominio en su parcela correspondiente.

No hay que dejar a los hongos dar pie con bola

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Tras prometer su atención a lo que planteábamos, declaró abiertas las Jornadas deseando un resultado provechoso.

A continuación comenzaron las ponencias programadas que contaban con la ayuda de demostración práctica.

Para que las demostraciones prácticas fueran seguidas al detalle por todos los asistentes, diversos monitores de televisión estaban repartidos por lugares estratégicos de la sala con una cámara de vídeo en circuito cerrado, mostrando perfectamente lo que se estaba realizando en el estrado.

Angel Cabezón Legarda, tras la lectura de su ponencia con diapositivas sobre la exploración funcional, pasó a la realización práctica en un paciente infantil que se le presentó.

De la misma forma, Juan José Araolaza, concretó su ponencia al estudio y exploración de las alteraciones de la marcha en rotación en el niño plasmando su realidad en un caso práctico.

A continuación el compañero catalán Agustín Mayral dio su visión particular del tratamiento por termoplásticos en los casos de pies valgos y metarsalgias. Realizó unos moldes de escayola con vistas a la aplicación de soportes en un niño y una señora, atendiendo a la situación del pie dentro de un calzado concreto en cada paciente.

Con la comida de trabajo en el Hotel Orly, con una sensacional panorámica sobre la Concha y enfrente de la isla de Santa Clara, que fue servida por alumnos de la Escuela Superior de Hostelería, se dio corte a la sesión de la mañana.

Por la tarde, Agustín Mayral adaptó los soportes plantares a los moldes de escayola realizados por la mañana, pasando al tema de las siliconas en sus diferentes versiones, casos, tipos y propiedades realizados por los mismos compañeros que habían actuado por la mañana. Para la realización práctica se contaba con pacientes con problemas diferentes.

El silencio de los presentes era un síntoma de la atención y expectación con que se seguía cada confección.

Posteriormente el compañero Valera Salas, tras la presentación de la ponencia, intervino una onicocriptosis por la técnica del fenol-alcohol en el estrado provisionalmente convertido en quirófano. Tras la intervención se hizo una aplicación de rayos laser a la lesión quirúrgica de uno de los dos canales ungueales. La cura realizada al día siguiente, domingo, mostró una situación cicatrizante mucho más avanzada en el canal que había sido tratado por laser.

El domingo día 3 continuaron las Jornadas con el tema «Viaje al futuro de la Podología» presentado por el compañero Luis Aycart. Como primer tema, el de la cirugía mínima en sus distintas técnicas con amplio material de diapositivas y vídeo. A continuación el tratamiento de la obstrucción circulatoria por medio de la simpatectomía química de Howell Sherman y del tratamiento local S.O.C.A. de Isaac Tereno.

Tras la ponencia, intervino por el método de la mínima incisión a una señorita que padecía de heloma dorsal del 1 5º dedo recalcitrante.

Una vez realizada la intervención, se pasó a una mesa redonda para que los asistentes pudieran plantear sus dudas y observaciones.

Una vez finalizada, el secretario general Andrés Viedman, agradeció a los ponentes y asistentes su presencia y con el reparto de diplomas y obsequios se dieron por finalizadas las Jornadas.

A las 12,30 se celebró la Asamblea de la Asociación Vasco-Navarra concluyendo con una comida de hermandad en una sociedad gastronómica, creándose un clima muy emotivo con la actuación del mismo ochote coral que que ya lo hiciera durante el X Congreso Nacional, rememorando al inolvidable Leonardo Escchs.

En suma, satisfacción por el éxito en todas las caras, tanto de los organizadores como de los asistentes, quedando programada la celebración de las próximas Jornadas en Pamplona.

La asistencia de podólogos de otras regiones fue muy numerosa, siendo Cataluña con su presidente Joaquín Solé los que más representantes aportaron, además de Aragón, Valladolid, Salamanca, Baleares, Santander, Madrid, León y Canarias.

AVISO MUY IMPORTANTE: Al haber sido grabado en vídeo todo el desarrollo práctico de las Jornadas, ponemos a disposición de los que deseen ya particularmente o para videotecas de las delegaciones provinciales o asociaciones regionales, una copia seleccionada por el precio de 8.000 pesetas.

Pueden dirigirse a: Andrés Viedma, Luis Mariano 12, Irún. Tfno. 623372, indicando si se quiere en sistema V.H.S. o Betamax.

PRIM, S. A. - DIVISION PODOLOGIA

Rathgeber

- **CALZADO FISIOLOGICO Y ANATOMICO EN COLECCIONES DE INVIERNO Y VERANO.**
- **PLANTILLAS CORRECTORAS:**
  - — *PLEXIDUR.*
  - — *CORCHO.*
  - — *ACERO INOXIDABLE.*
- **ARCOS Y ELEVACIONES.**
- **PLANTILLAS DESCANSO.**
- **VENDAJES ELASTICOS.**
- **PRODUCTOS PODOLOGICOS PARA CALLOS, DUREZAS, JUANETES, ETC.**
- **PODOGRAFOS, CALENTADORES ELECTRICOS, ETC.**

SIMONA

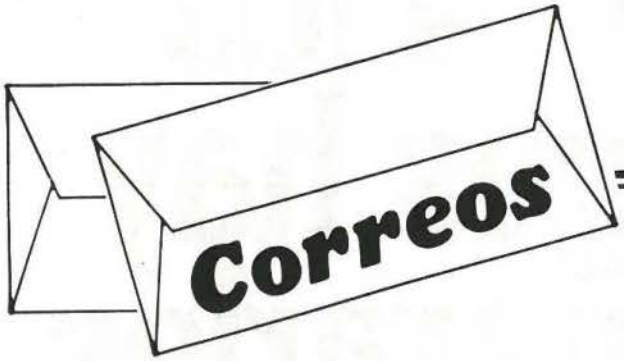
- **MATERIALES PLASTICOS TERMOFORMABLES PARA LA CONFECCION DE DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS:**
  - — *POLIETILENO BLANCO Y COLOR PIEL.*
  - — *SUBORTOLEN.*
  - — *POLIPROPILENO.*

OTROS MATERIALES PLASTICOS

- **PE LITE:** *ESPUMA DE POLIETILENO EN DIFERENTES COLORES, DUREZAS Y ESPESORES.*
- **PLEXIDUR.**
- **SISTEMAS T.P.V.** *(TERMOFORMADO DE PLASTICOS POR VACIO).*
- **EQUIPOS, HORNOS, INSTALACIONES, HERRAMIENTAS, ETC.**
- **TALONERAS Y CAZOLETAS PREFORMADAS EN POLIETILENO, SUBORTOLEN, POLIPROPILENO.**

SOLICITE INFORMACION Y CATALOGOS:

PRIM, S. A.
—DIVISION PODOLOGIA—
POLIGONO INDUSTRIAL ARROYOMOLINOS - CALLE C, 20 - TEL. 613 40 71
MOSTOLES - MADRID



Esta sección —CORREOS— se abre con el deseo de que todas las ideas, planes, inquietudes, ilusiones puedan darse a conocer y tengan la difusión que merecen. Este apartado pretende ser una página abierta a todas las sugerencias; un foro donde todas las voces puedan ser escuchadas; un diálogo en el que todo profesional, pueda expresar libremente sus ideas, procurando que tenga interés profesional.

Con esta puerta, queremos propiciar el diálogo, la discusión, el entendimiento, la reflexión, el análisis para una mejor comprensión de los problemas.

Todos tenemos algo que decir, también el derecho de hacerlo. Nuestra profesión está pasando por una fase crítica, somos nosotros, todo el colectivo de podólogos, los que tenemos que abordar la situación y participar de una manera activa.

Aquí está la oportunidad de que las ideas sean tomadas en cuenta; para ello solamente deberéis de remitir las comunicaciones a Lorenzo Sánchez Quirós, Alameda Cristina número 7 - Jerez de la Frontera, Cádiz, en la confianza de que serán publicadas si su contenido está encaminado a potenciar la profesión o a despejar aquellos obstáculos que frenan su desarrollo.

Un abrazo

A los hongos hay que pararles los pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

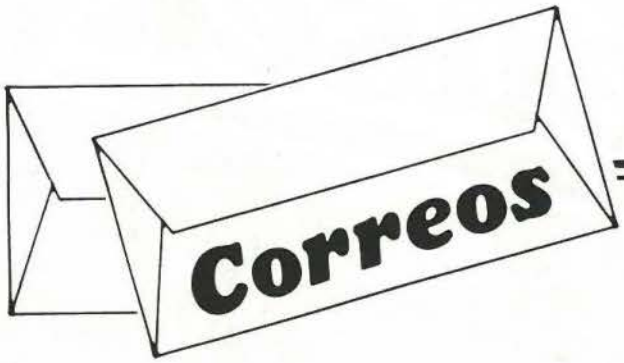
INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer / Antimicóticos



Querido compañero:

Esperamos que nuestro PODOSCOPIO te resulte interesante. Sabemos que hay cosas mejorables, pero en eso estamos, y poco a poco, PODOSCOPIO será una revista ejemplar para todos los podólogos.

Si deseas seguir recibiendo esta revista, debes suscribirte a ella; suscripción por otra parte muy económica, puesto que solamente se cobran los gastos ocasionados, que para este primer año se han calculado en MIL PESETAS.

Para suscribirte debes hacer una transferencia de 1.000 pesetas desde tu banco a la c/c/ número 343618, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid, agencia número 1.118, a nombre de Asociación Madrileña de Podólogos y a la vez mandarnos una carta en la que nos comuniques tu deseo de recibir PODOSCOPIO.

Hasta ahora, esta revista la hemos distribuido entre los compañeros de Madrid, pero nos parece que también puede interesar a todos y por esta razón hoy te la mandamos a casa.

Esperando una buena acogida por tu parte, te enviamos nuestro más cariñoso saludo.

Fdo.: José Luis Moreno de la Fuente

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Pausek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®

El relajante de los pies.

Productos Pausek Avda. Infanta Carlota 19-21 x Telf. (93) 220 83 34 x Barcelona

ANESTESIA LOCAL APLICADA AL PIE

José M.ª Bernadó i bondia
Centre Terapeutic Podologic
Sant Feliú de Llobregat
(Barcelona)

ANESTESIA LOCAL

La palabra anestesia significa supresión del dolor.

La anestesia local consiste en la aplicación de substancias anestésicas en zonas más o menos cercanas a la zona a intervenir. Para conseguir la supresión del dolor se aprovecha el efecto de los anestésicos locales sobre las terminaciones nerviosas y sus zonas de influencia.

Diremos que de siempre ha sido latente el deseo y la idea de la eliminación local de la sensibilidad al dolor.

La Historia nos ha transmitido que, en la terapéutica árabe, se usaba la compresión de los miembros para lograr analgesia e isquemia.

En 1.600 volvió a cobrar importancia en Italia. Moore, en Inglaterra, en 1784 recomendó, para intervenciones en las extremidades inferiores, la compresión de los nervios ciático y crural durante una hora y media, con una pelota de diseño especial.

Como podemos imaginar, estos métodos fracasaron, ya que la analgesia era muy relativa en relación a los peligros y consecuencias por la isquenia.

Otra vía era la del frío. Los italianos Severino, en 1664 y Bartolino, en 1667, emplearon la nieve y el hielo. En 1807 Larrey procedió a amputaciones en pleno campo de batalla, en Prusia, a -24ºC, a numerosos heridos que soportaron la prueba sin dolor.

Esta anestesia no se racionalizó hasta 1884 por Arnot, en forma de nebulizador primero, de éter más tarde según Richardson y posteriormente Rotastein en 1867, con la introducción del cloruro de etilo.

El verdadero desarrollo de la anestesia local comenzó con la introducción de medicamentos calmantes bajo la piel y la inyección de soluciones de morfina con una primitiva jeringuilla en los tejidos subcutáneos, pues los efectos sedantes de la morfina ya eran conocidos.

Este método alcanzó su auge con el desarrollo de la jeringa de inyección por el francés Pravaz en 1853.

El éxito fue completo desde que se conocieron los efectos de la cocaína como uno de los más potentes anestésicos locales.

MECANISMO DE ACCION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

Como hemos dicho, los anestésicos locales bloquean la transmisión de los estímulos en los nervios, de forma reversible. Vamos a ver cómo transcurre normalmente la transmisión de los estímulos en los nervios.

La fibra nerviosa tiene forma de tubo, cuya pared es la membrana celular, provista o no de tabique aislador de mielina. Así tenemos dos tipos de fibra nerviosa: mielínicas, que contienen mielina y amielínicas, que no la tienen. Las mielínicas se diferencian entre sí según su grado de mielinización.

El interior de la fibra nerviosa o axoplasma representa el espacio intracelular. El espacio que la rodea, intersticio, tiene la misma composición que el espacio extracelular.

La distinta composición de los tejidos intra y extracelular, es la causa del llamado potencial de membrana. El diferente reparto de iones que existe en la membrana celular y la semipermeabilidad de la

A los hongos hay que ganarles por pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

misma, o sea, la desigual conducción de diversos iones, forman el mecanismo activo de transporte de dichos iones.

Concretando. Los iones de sodio, con carga positiva, son transportados activamente desde el interior de las fibras nerviosas al intersticio. La permeabilidad de la membrana al sodio es pequeña respecto al potasio. El resultado es que el potasio se introduce en el espacio intercelular expoliado de sodio, produciéndose así un gradiente eléctrico, por lo que a la salida del sodio existe un déficit de cationes intracelular.

La concentración de potasio acumulado intracelularmente determina la dirección del gradiente eléctrico.

La proteína, de carga negativa, no puede abandonar la célula por lo que no puede penetrar suficiente potasio en el interior de la célula para establecer una neutralidad completa. El resultado son, aproximadamente, unos 80 mV. que constituyen el potencial de la membrana.

La célula, interiormente, es negativa y positivo el exterior.

Si no hubiera cambios en el potencial de membrana, la transmisión del estímulo no podría producirse. Por ello, a lo largo del nervio se precisa una propagación de cambios de potencial, el llamado potencial de acción.

Estos cambios de potencial se producen por variaciones en la intensidad o dirección de la permeabilidad de la membrana celular para el sodio el cual, acumulado en el exterior de la membrana, se precipita al interior negativamente cargado, pobre en sodio, de manera que, en fracciones de milisegundo el potencial de membrana pasa de -80 mV. a 30 mV. Antes de que los 30 hayan sido alcanzados, el potencial de membrana vuelve a su valor de partida en un milisegundo y medio. En este rápido aumento participa la mayor permeabilidad del potasio.

La transmisión de los estímulos ocurre en todos los nervios de la misma manera. Las diferencias que existen dependen del grosor de los axones y su diverso grado de mielinización. Ya que la mielina es un aislante eléctrico. A menor mielinización, menos protegida está la fibra a los efectos de la anestesia local y por lo tanto, será más rápidamente anestesiada. Las funciones de las fibras fuertemente mielinizadas serán las últimas de caer. Los anestésicos locales no influyen en los procesos intracelular, sino que actúan en la membrana celular.

ANESTESICOS LOCALES

Los anestésicos locales son ciertas substancias químicas con capacidad para paralizar la función de los nervios sensitivos, de manera que producen la interrupción de la transmisión del dolor seguida de la desaparición sensitiva del mismo por un tiempo determinado. Permiten anestesiar zonas localmente delimitadas sin infuir de manera notable en otras regiones del sistema nervioso.

Las condiciones que debemos exigir al anestésico ideal son:

—Provocar anestesia superficial, de infiltración o de conducción, según la finalidad para la que se emplea con efectos suficientemente rápidos y duración satisfactoria.

—No debe presentar en cuanto sea posible, ninguna reacción secundaria indeseable. Inhibir la transmisión del impulso nervioso al músculo y la sinapsis ni influir en la actividad del corazón y la circulación, así como tampoco debe lesionar el tejido nervioso o excitar los restantes tejidos.

—Un buen anestésico local debe reabsorberse lo más lentamente posible y poseer baja toxicidad.

—Suficiente estabilidad química para que su catabolismo en el organismo no sea demasiado rápido.

—Aunque no nos interesa, por los peligros que ello comporta y no debemos caer en la tentación de utilizarla, debe tolerar químicamente la asociación con substencias vasoconstrictoras como por ejemplo la adrenalina. Debe permitir asimismo, la combinación de substancias salinas fisiológicas.

FASES DE ACCION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

Desde el punto de vista clínico, distinguimos tres fases diferentes de acción:

—**Fase de latencia,** que comienza con la administración del preparado y dura hasta el comienzo de la acción completa.

—**Tiempo de acción,** propiamente dicho. Comprende el período de efecto anestésico completo, durante el cual podemos realizar el acto quirúrgico sin perturbaciones. Este tiempo depende, en cada caso, del preparado, las concentraciones y las cantidades. Pero también del método, tipo de tejido y los suplementos como los vasoconstrictores, fermentos, etc., que debo insistir que no usaremos en nuestro campo podológico.

El tiempo de acción es muy variable. El más corto es la Novocaína y el más largo el Marcaín, como anestésicos de larga duración. Termina el tiempo de acción con los primeros signos de acción motora y sensitiva.

—**El tercer período de regresión**, es la desaparición de todos los fenómenos anestésicos hasta la total restitución y normalización de las funciones completas.

Debido a la mayor resistencia de las fibras motoras, el período de hiposensibilidad analgésica es más largo en las fibras sensitivas que en aquellas.

CUADRO DE PREPARADOS ANESTESICOS
EFECTOS Y TOXICIDAD TOMANDO LA NOVOCAINA COMO TIPO
DOSIS MAXIMAS SIN ADRENALINA

Preparado	Toxicidad	Potencia analgésica	Dosis límite	Tiempo latencia	Duración efecto
NOVOCAINA (Procaína)	1	1	500 mg	5-10'	Hasta 45'
PANTOCAINA (Tetracaína)	10	10	20 mg	10'	De 1 a 2h,30'
XILOCAIN (Lidocaína)	2	4	200 mg	Infer. a 2'	1 o más horas
XILONEST (Prilocaína)	1,5	4	400 mg	Infer. a 2'	1 o más horas
HOSTACAINA	2	4	No establecida	Inf. a 2'	1 o más horas
SCANDICAIN (Mepivacaína)	2	4	300 mg	Inf. a 2'	1 o más horas
BAYCAIN	no hay datos	no hay datos	250 mg	de 2 a 5'	60-90'
CARBOTESTIN (Bupivacaína)	Es un tesoro para intervenciones de larga duración, en bloqueos de nervios y técnicas en las proximidades de la médula, sobre todo para el tratamiento del dolor.				5 horas

ZONAS DE INERVACION SENSITIVA DEL PIE

La invervación sensitva del pie viene dada por los nervios tibiales anterior y posterior, el músculo cutáneo interno y safeno interno para la cara dorsal del pie. (Fig. 1)

La cara plantar está inervada por los nervios safenos, interno y externo, las ramas calcáneas del tibial posterior y los plantares interno y externo. (Fig. 2)

Basándonos en los grabados de disposición de estas zonas, podemos delimitar perfectamente las zonas de infiltración de la anestesia. No obstante debemos tener en cuenta que los nervios periféricosno son constantes, de manera que tanto pueden salir de la zona anestesiada como no llegar hasta el punto deseado de bloqueo. Esto lo ampliaremos más adelante.

ZONAS DE INFILTRACION DEL ANESTESICO LOCAL

Lógicamente, después de ver las zonas de influencia nerviosa, nos queda por describir los puntos donde podemos infiltrar el anestésico para conseguir los mejores resultados con el mínimo de anestesia y, por lo tanto, el mínimo de riesgos.

Aunque todos los autores hablan de grandes zonas de infiltración para anestesias zonales por conducción, en el momento de la práctica, y sin explicar claramente el motivo, prefieren situar el anestésico local lo más cerca posible de la zona a operar.

También están de acuerdo en efectuar las inyecciones por la cara dorsal del pie, región menos dolorosa que la plantar y a través de ella, llegar hasta esta última profundizando la inyección.

La técnica es bien sencilla. Conociendo que las ramas distales de los nervios pasan por los espacios intermetatarsales, basta con inyectar en unos puntos determinados que ahora veremos, la cantidad necesaria de anestésico para conseguir el bloqueo zonal.

Dependiendo de la zona a intervenir procederemos teniendo en cuenta lo que hemos comentado tanto de terminaciones nerviosas como de terminaciones periféricas.

Para un mejor orden y evitar repeticiones, dividiremos los tipos de infiltración en dos: superficiales y profundos.

En el primer caso, para quistes sebáceos, gangliones, etc., no es necesario anestesiar excesivamente los tejidos profundos, sino que es suficiente realizar un amplio bloqueo periférico por la zona distal del mismo. Sin sacar la aguja, girándola lateralmente, procederemos de igual modo por el lado donde vayamos a practicar la incisión. (Fig. 3) Si se quiere levantar la piel en colgajo, podemos rodear completamente la tumoración.

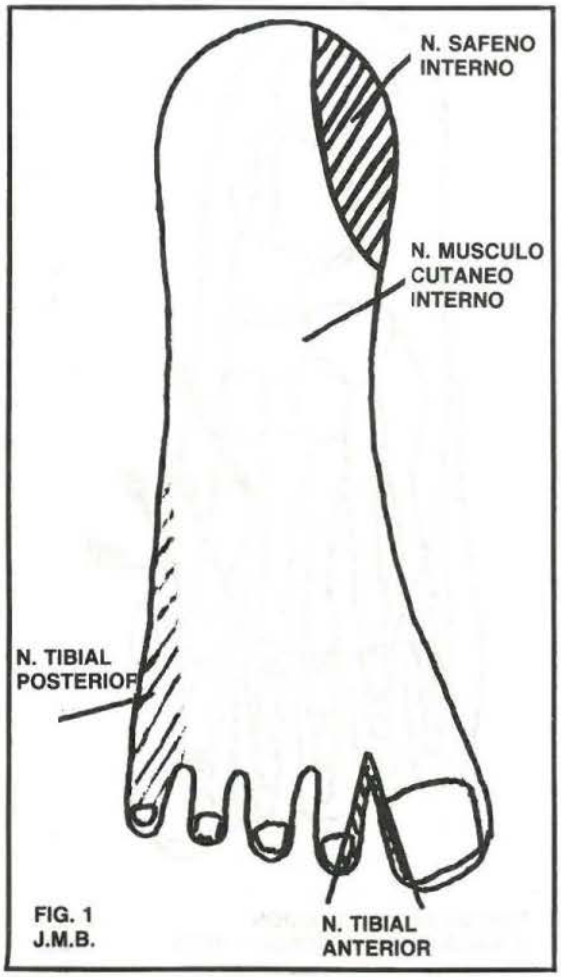


FIG. 1
J.M.B.

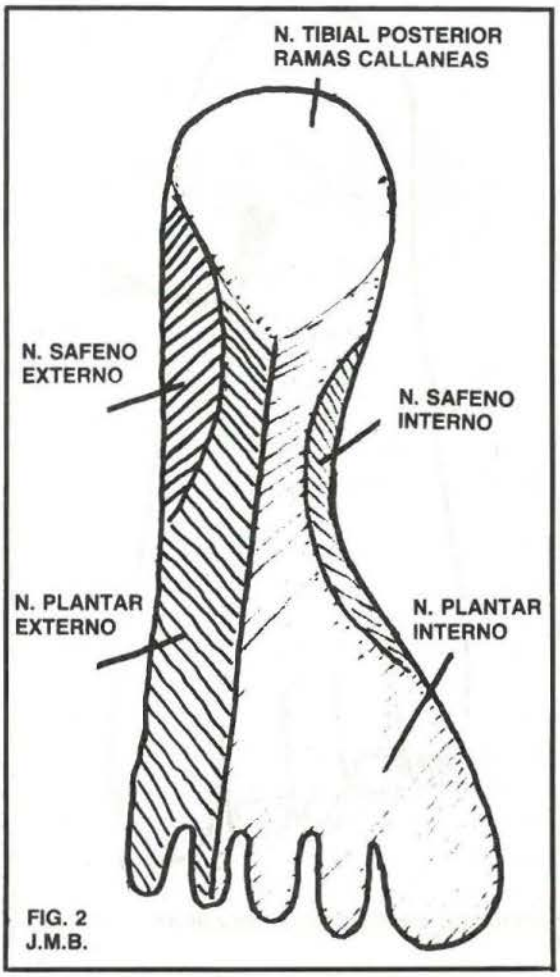


FIG. 2
J.M.B.

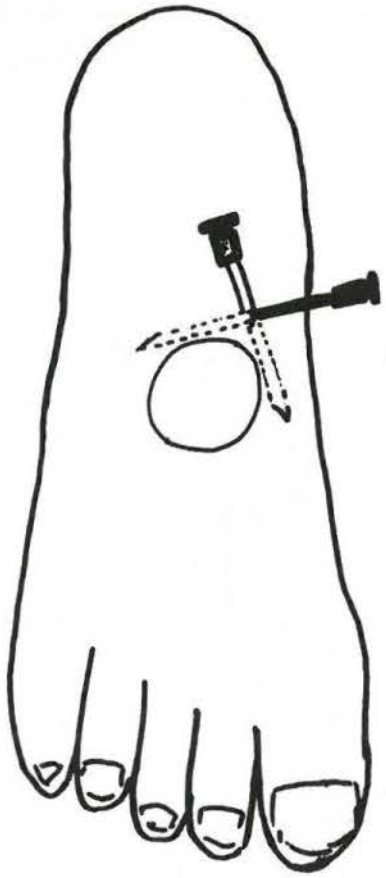
Para intervenciones en metatarsianos, exóstosis, dedos en garra o en martillo, onicocriptosis, etc., deberemos realizar la anestesia troncular teniendo en cuenta que las ramas del nervio músculo-cutáneo interno salen entre las bases de los metatarsianos, por el primer y tercer espacio intermetatarsal.

En el hallux valgus, por ejemplo, es suficiente con inyectar en la cara proxinal de la articulación intermetatarsal para posteriormente, a nivel de las cabezas metatarsales, proceder a un bloqueo más zonal. Partiendo del punto de inyección del tibial anterior y sin sacar la aguja, infiltraremos la cara dorsal del metatarsiano. Otra inyección es necesaria para la cara externa, para por último y por la misma cara, en sentido interno-externo del pie, proceder a la última infiltración para bloquear el plantar interno. Para este fin, debemos clavar toda la aguja depositando la anestesia a medida que la vamos retirando. La inyección de esta zona debe ser muy lenta, ya que debido a la densidad del tejido, es muy dolorosa. (Fig. 4).

Para la intervención en las articulaciones metatarsofalángicas, procederemos de igual modo en las bases de los metatarsianos. Personalmente, en vez de infiltrar solamente entre el primer y tercer espacio, prefiero hacerlo en todos. Especial cuidado debemos poner en el bloqueo distal por la cara dorsal, que debe ser bien profunda, llegando a tocar con la aguja dicha cara de los matatarsianos. (Fig. 5 y 6)

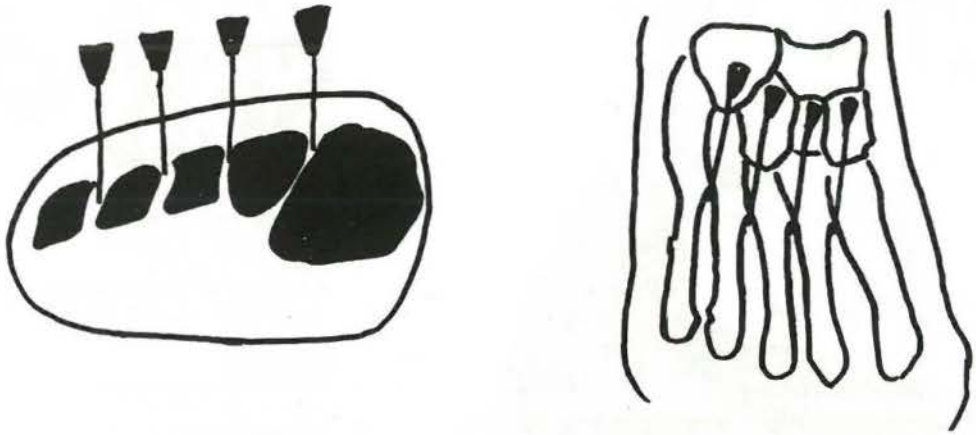
Si es necesario intervenir por la cara plantar de estas articulaciones, procederemos al bloqueo de los dedos, llegando a través de ellos a dicha cara. Igualmente procederemos para la cirugía digital tanto de exóstosis como ungueal, no siendo necesario en este caso, la infiltración de las zonas metatarsales.

Siempre debemos tener en cuenta las terminaciones nerviosas periféricas, por lo que debemos tener siempre preparado una jeringuilla con anestésico en la mesa de operaciones para, si aparece algún punto sensible, infiltrarlo discretamente por la zona proximal.



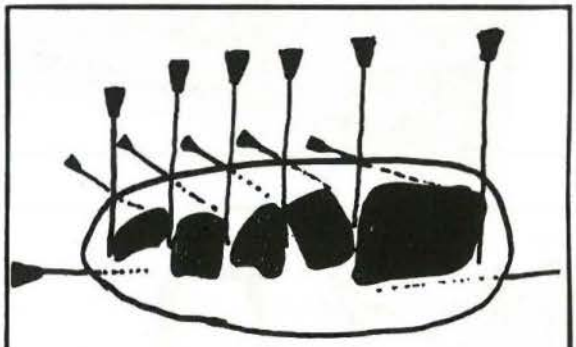
INFILTRACION DE PARTES BLANDAS **FIG. 3 J.M.B.**

PUNTOS DE INFILTRACION H. VALGUS Y EXOSTOSIS - I META **FIG. 4 J.M.B.**



BLOQUEO INTERMETATARSAL PROXIMAL

FIG. 5
J.M.B.



BLOQUEO METATARSAL DISTAL

FIG. 6
J.M.B.

TECNICA

Material.— Agujas de 20/5, 20/6 y 40/8 ó 40/9.
Jeringuillas de 2 y 5 cc.
Toallas estériles.
Gasa estéril.
Anestesia de elección.
Dermojet para anestesia.
Botiquín de emergencia preparado.

Operatividad.—Desinfección de todo el pie con un antiséptico. Lavado quirúrgico de las manos. Si bien se pueden usar guantes, prefiero insistir en el lavado de las manos y trabajar sin ellos pues se pierde mucha sensibilidad.

Una toalla estéril para cubrir la mesa auxiliar, sobre la que depositamos el material estéril. He citado el Dermojet para anestesia. Si bien todos son iguales no es aconsejable mezclarlo con el empleado para otros fines, por ejemplo, el tratamiento de verrugas con bleomicina, ya que nos podría dar problemas de reacciones a nivel epi o dérmico, pues la cámara de dicho aparato es de muy dificultosa limpieza. Bien con Dermojet o sin él, vamos a practicar un habon intradérmico. Un disparo de Dermojet es suficiente para introducir, a través de la piel y sin dolor, las agujas de 8 ó 9 décimas. Si lo practicamos con aguja fina, primero muy localizado para emplearlo después en diferentes sentidos, cual si de una ráfaga se tratara, para después clavar la aguja más larga, profundizando con ella. El motivo de usar agujas de 8 ó 9 décimas es debido a que el líquido anestésico penetra con menor presión y, lógicamente, menor dolor. Antes de empezar a inyectar, aspiraremos girando la aguja 180° depositando el líquido a medida que vamos retirando la aguja, con aspiraciones frecuentes.

boehringer mannheim

COR-PIK SEK

Para que los pies permanezcan FRESCOS Y SECOS, DIAS, DIAS... y DIAS, son precisas unas acciones básicas

- ACCION ANTITRANSPIRANTE
- ACCION DESODORANTE

y que los efectos sean prolongados.

COR-PIK SEK cumple estos requisitos eficazmente. Generalmente basta aplicar cada 3 meses, aunque puede variar en función de la intensidad de sudoración de cada usuario. Aportando además:

- ACCION DERMOPROTECTORA (HIDRATANTE/EMOLIENTE)
- ACCION RELAJANTE
- ACCION SUAVIZANTE (QUERATOPLASTICA)

PRESENTACION

Estuche para una aplicación conteniendo Sobre n.° 1 (Sales de Baño) y Sobre n.° 2 (Polvo)

Ponen alas a sus pies

boehringer mannheim

COR-PIK SALES

(Baño de Pies) **concentradas**

Baño relajante de la musculatura. Suprime el ardor, es suavizante y desodorante de los pies a través de sus acciones:

- DESCONGESTIVA • EPITALIZANTE
- QUERATOPLASTICA • ASTRINGENTE
- OXIGENANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION

Estuche de 15 sobres de 10 grs.

COR-PIK GEL

Reposante, Refrescante y Desodorante a través de sus acciones:

- ASTRINGENTE • VASOPROTECTORA
- DESCONGESTIVA • ANALGESICA
- REFRESCANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION Tubos de 50 grs.

elaborado por Boehringer Mannheim S.A.

Precauciones.—Anamnesis previa para detectar posible alergias. Inyección lenta del anestésico para evitar al máximo el dolor. Este lo produce tanto la substancia anestésica como la presión de la misma sobre los tejidos afines.

Norma de oro para toda anestesia: PACIENCIA.

Pensar que el enfermo sufre. Procurar tranquilizarlo. Emplear la mínima cantidad de anestesia posible y a la más baja concentración. Una dilución nos permitirá aumentar la dosis de anestesia a utilizar. Debemos tener en cuenta, y no olvidar que la máxima concentración aconsejada es la del 2 por ciento. Es mejor aplicar de entrada la anestesia justa y, si en un momento dado es necesario, aplicar pequeñas cantidades allí donde sea preciso.

Premedicación.—La práctica nos ha demostrado lo aconsejable que es tener un paciente relajado, tranquilo y feliz, tanto para realizar una buena anestesia como una mejor intervención. Utilizamos derivados de las diazepinas, a dosis proporcionales al enfermo.

En un adulto de más de 60 Kg. de peso, 10 mg. la noche anterior, repitiendo la dosis unas horas antes de la intervención. Proporcionalmente, rebajamos la dosis hasta 2,5 mg., para los niños, con la misma pauta que para los adultos. Estas dosis pueden ser aumentadas dependiendo del peso, carácter, etc.

COMPLICACIONES POR LA ANESTESIA LOCAL

La más importante es el shock, reacción tóxica general que se produce casi exclusivamente por sobredosis del anestésico.

La sobredosificación absoluta puede ser evitada si se respetan las dosis límites. La sobredosis relativa es difícil de evitar. En cada caso personal, depende de factores individualizados que desde el punto de vista de la prevención, es casi imposible determinar.

Es por esto que es necesaria una buena anamnesis. Investigar si al paciente le ha sido apliacada la anestesia local en otras ocasiones, por ejemplo, en intervenciones bucales, ablación de uñas, etc.

Una velocidad de absorción excesivamente rápida o la inyección intravascular inadvertida, pueden provocar una reacción precoz.

Una reacción tardía puede presentarse imprevisiblemente después de 20 ó 30 minutos. Depende de la dosis, la técnica anestésica y el estado del paciente.

Reacción precoz.

Sintomatología: Depresión central
Paro respiratorio
Paro cardíaco
Raramente aparecen convulsiones

Reacción tardía

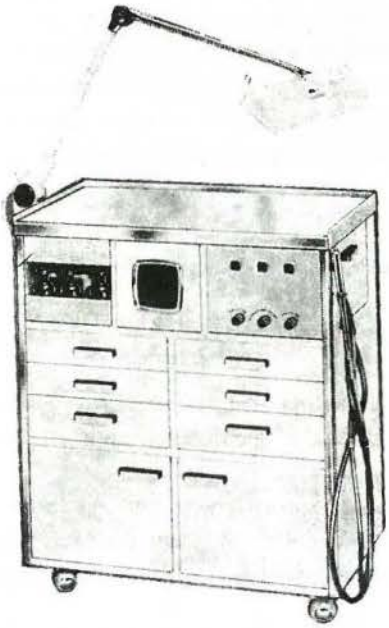
Si aparece el círculo vicioso de convulsiones, depresión respiratoria y desacenso de la tensión arterial, conduce, si no se trata a una hipoxemia de fatales consecuencias.

Sintomatología: Convulsiones como expresión de la irritación de la corteza cerebral.
Trastornos de la visión.
Aturdimiento
Vómitos
Temblores generalizados

DEPOSITO DENTAL DENTALITE, S. A.
SAN BERNARDO, 74 TELEF. 231 40 15
MADRID

SERRA FARGAS, S. A.
PLAZA CASTILLO, 3 TELEF. 301 83 00
BARCELONA

La estética y funcionabilidad al servicio de la Podología



EQUIPO NUM. 560

— Motor con aspiración incorporada, pieza de mano. - 6.000 - 8.000 r.p.m.
— Lámpara.
— Esterilizador rayos ultravioletas.
— 6 cajones. - 2 puertas.
— Algodenara, frascos de spray.
— Rodable.
— Cauterio.

SILLON DENTALITE

— Subida y bajada eléctrica.
— Inclinación respaldo y retorno.
— Retorno automático a cero.
— Apoya pies regulable con bandeja.

Tratamiento: El de la sintomatología.
—Posición de Trendelemburg.
—Liberar las vías respiratorias.
—Respiración artificial y oxígeno.
—Tratamiento de las convulsiones.
—Fármacos de acción periférica.
—Masaje cardíaco.

En todas las circunstancias está contraindicado el uso de analépticos.

Infecciones.—El peligro de infección, muy escaso, manteniendo el control estricto de la asepsia y una técnica impecable.

Nunca debe aplicarse una anestesia sobre los tejidos infectados. El aumento de presión sobre ellos puede provocar una difusión intravascular de los gérmenes a la totalidad del organismo, con todas sus consecuencias.

Ante la necesidad de una intervención en estas circunstancias emplearemos una cobertura antibiótico-antiinflamatoria como mínimo 24 horas antes de la operación. Aplicaremos la anestesia lo más alejada posible de la zona a intervenir.

Reacción alérgica.—Si aparece inmediatamente después de la inyección una inflamación o cambio brusco de coloración del tejido infiltrado o sus alrededores, deberemos pensar en una reacción alérgica del organismo frente a la substancia anestésica empleada.

Es preciso la rápida interrupción de la anestesia, aunque no se aprecie reacción general alguna. Avisamos al paciente del problema, solicitando la práctica de pruebas de alergia.

Aunque no se menciona demasiado, es posible el shock anafiláctico que trataremos con antihistamínicos, corticoides y vasoconstrictores.

Lipotimia emocional.—Si hemos premedicado adecuadamente el enfermo y practicamos la anestesia tranquila y pacientemente, no tiene por qué presentarse este cuadro. Máxime si, como es lógico, operamos sobre el enfermo en decúbito supino.

Rotura de una aguja.—Esta situación requiere una rápida intervención quirúrgica para recuperar el fragmento de aguja. Informar al enfermo de lo ocurrido, en mi opinión mejor después de la extracción, para evitar los movimientos bruscos que puede ocasionar el sobresalto de la noticia.

Estos accidentes, afortunadamente, no son frecuentes ni menudearon. Pensemos que los odonto-estomatólogos trabajan muchísimo más que nosotros con anestesia local y raramente se conocen accidentes. Los cuadros descritos parecen descorazonadores y quitan las ganas de iniciar una anestesia. Ante ello, nuestro proceder debe ser adecuado y consciente.

Debemos tener un equipo de emergencia con la medicación necesaria para cualquier eventualidad. Un balón de oxígeno y sobre todo tener siempre uno o más colaboradores alrededor, ya que si debemos practicar respiración artificial, masaje cardíaco, aplicar medicaciones etc., dos manos no son bastante y, pensemos, es una vida la que se nos puede escapar de las nuestras y olvidando la responsabilidad legal o penal, por encima de ellas está la nuestra, la moral que nos debe dar la tranquilidad de conciencia de haber actuado correctamente en todo momento.

Bibliografía: Anestesia local práctica, de Auberger.
Anestesia local. Operatoria, diagnóstica y terapéutica, de H. Killian.
Forefoot Minimum Incision Surgery in Podiatric Medicine, de L. Mynos.
Surgical Anatony of Peripheral Nerves, de A. de Angelis.

No hay que dar pie a los hongos

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la via de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer Antimicóticos

TUBOPROTE

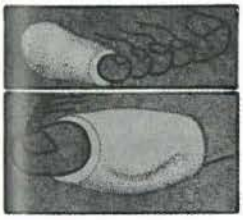
Ref. 108

Vendaje Tubular de gasa, recubierto de Foam, con doble vuelta

TUBULAR FOAM DRESSINGS

Vendaje tubular de gasa recubierto de Foam, con doble vuelta que permite hacer todo tipo de protecciones, almohadillas, juaneteras, etc. Fácil de adaptar a cualquier necesidad podológica. Alivia las metatarsalgias sin abultar en el interior del calzado. Es fácil de quitar y substituir.

Este vendaje revolucionario, está siendo utilizado con éxito por los Podólogos de todo el mundo.



Se sirve en cuatro tamaños; *1:* 15 mm. de diámetro; *2:* 18 mm. de diámetro; *3:* 21 mm. de diámetro y *4:* 21 mm. de diámetro.

Cada caja contiene 12 tubos de 25 cms. de longitud.

Tubular Foam Dressings.

Box of 12 pieces (25 cms. each)

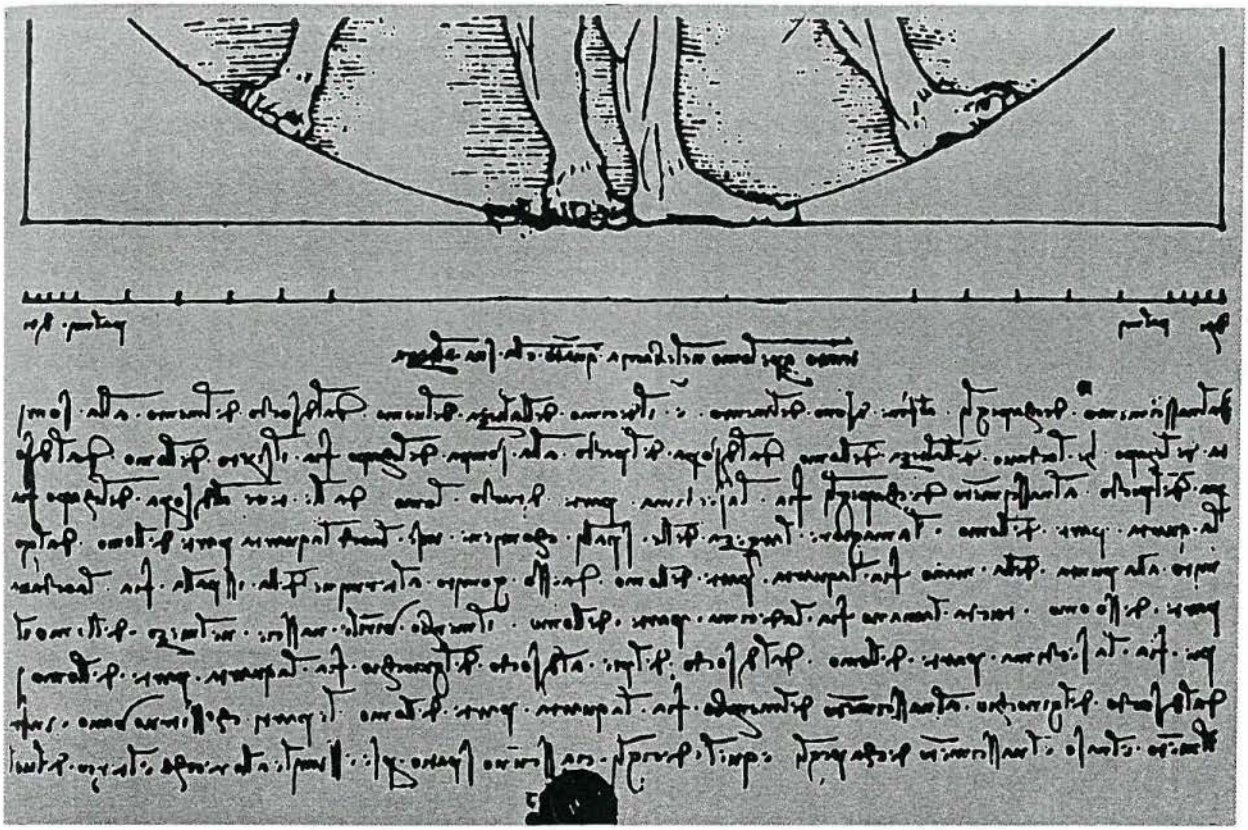
Size ..... 15 mm. diameter
Size ..... 18 mm. diameter
Size ..... 21 mm. diameter
Size ..... 25 mm. diameter

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

Avda. Meridiana, 354, 10.º, 5 - Barcelona-27 - Teléf. 311 01 08

LUGA

INGRASA - CAS



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

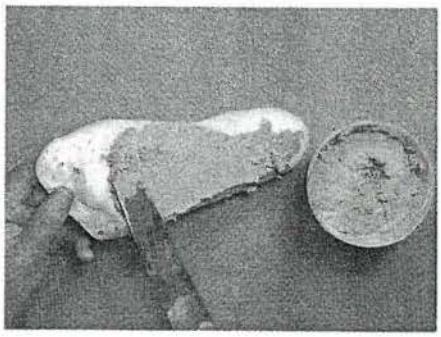
A.E.P.
n.º 94

JULIO-AGOSTO
1984

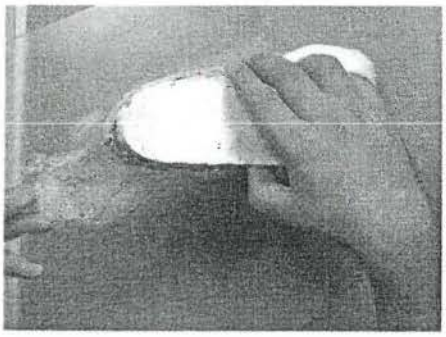
Veltron 1

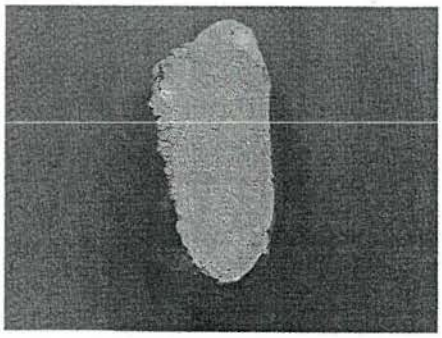
MADE IN SPAIN

Compuesto para la obtención de plantillas ortopodológicas.

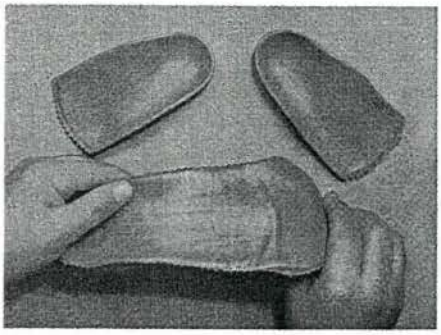


Es una pasta para aplicar a espátula sobre positivos de yeso, que fragua a temperatura ambiente, obteniéndose una plantilla elástica y blanda. Sus cualidades de elasticidad y flexibilidad no disminuyen su resistencia a la compresión que efectúa la bóveda plantar. Para obtener la plantilla se extiende el **Veltron-1** sobre el positivo de yeso. Esta aplicación debe hacerse en





capas finas al objeto de que no quede aire entre ellas. Una vez lleno el molde, se invierte sobre una superficie no porosa (vidrio, poliplopileno, formica, etc.) y se presiona sobre él equilibrándolo sobre los puntos de apoyo y retirando la pasta sobrante. Si se desea, para facilitar el secado, se desliza el molde dejando la parte plantar al aire. Transcurridos dos o tres días (según



condiciones ambientales) puede desprenderse del molde de yeso, obteniéndose la plantilla. Se recorta con tijera y se pulen los cantos, estando en condiciones de forrarse y entregarse al paciente.

Lazuri®

DISTRIBUIDORA LAZURI, S.A.

GERONA, 55, E-2.º. Tels. 301 54 36/301 53 86
TELEX 97223 LAZU-E. BARCELONA-9

GENERAL VARELA, 35. Tels. 270 61 08/270 61 07
TELEX 48656 LAZU-E. MADRID-20

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
García Lorca, 8
CADIZ.

Director:
Sergio Bonamusa Mont.
Presidente de la A.E.P.

Redactor jefe:
Alvaro Ruiz Marabot.
C/ García Lorca, n.° 8, bajo D.
CADIZ.

Colaboradores de redacción:
Jesús Criado Delgado, CADIZ
Lorenzo Sánchez Quirós, Jerez de la Frontera (CADIZ).
José L. Salcini Macías, Puerto Real (CADIZ).

Administrador:
Angel Gil Acebes.
Avda. Valencia, n.° 13, 2.° C.
ZARAGOZA-5.

Jefe de Prensa:
Manuel Poyatos Villamor.
C./ Regino Martínez, n.° 15, 1.°.
Algeciras (CADIZ).

Imprime:
INGRASA
Industrias Gráficas Gaditanas, S.A.
C/ Hércules, 13.
CADIZ.

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215.

SUMARIO

EDITORIAL

Revistas podológicas

Una vez que se va configurando el mapa de Asociaciones de Podología en una comunidad autónoma, crece el interés por disponer de una revista propia, de tal forma que muchos podrán pensar hasta qué punto puede ser útil publicar un sin fin de revistas que en definitiva quede sin contenido la Revista Española de Podología, llegando a cuestionarse su razón de ser.

Nosotros pensamos que esto no va a ocurrir, sino todo lo contrario, saldrán más fortalecidas, no sólo nuestra Revista Española de la Asociación sino todas las demás.

Muchos actos científicos y sociales de todo tipo que organizan las Asociaciones, requieren un tratamiento más amplio en su propia Comunidad, imposibilitando su publicación en la Española, por motivo de espacio, o simplemente por el interés limitado, que no requiere ser extensivo a nivel nacional.

Igualmente trabajos experimentales, estadísticos, etc., que bien ya son conocidos y sólo requieren una mayor atención local. Debemos considerar que dicho fortalecimiento de todas ellas dependerá del grado de solidaridad de todos los podólogos, ya que con sus aportaciones le dan vida y contenido.

Nuestra preocupación estriba, en buscar la forma idónea que aglutine colaboraciones de interrelación entre todos los equipos de redacción, de tal manera que constituya un gran caudal de tráfico de conocimientos profesionales, logrando así una fluidez en la difusión de intercambios científicos y culturales.

En consecuencia si estamos orgullosos de ellas, suscribamos todos el compromiso de su continuidad.

NOTAS DE REDACCION

En nombree de la Junta de Gobierno y de todos los que formamos el equipo de redacción, deseamos a todos los podólogos una felices vacaciones. Esperando vean cumplidas las ilusiones en pasar en estas fechas estivales un merecido descanso con los familiares y amigos.

Alvaro Ruiz Marabot
Redactor Jefe

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
XVII CONGRESO
NACIONAL DE PODOLOGIA
CADIZ DEL 10 AL 13 OCTUBRE 1.984

Secretaría General
C/. Cristobal Colón, n.° 1-dupl.
Teléfonos 231916 - 285215
C A D I Z-11005

Queridos compañeros(as):

Como es habitual en la Revista Española del presente año, venimos publicando las circulares así como avances del programa que previamente hemos enviado a todos vosotros para teneros al corriente del desarrollo de la organización de nuestro próximo Congreso Nacional. Con la única idea de su difusión en un medio entrañable como es nuestra revista.

Dispondréis así de unas informaciones que aseguren y estimulen vuestra asistencia y participación. Estamos seguros que muchos de vosotros conocéis nuestra ciudad, por haberla visitado con anterioridad y esperamos mantengáis un buen recuerdo, pero a aquellos que no han tenido la oportunidad de visitarla hemos intentado darles una visión breve de la ciudad actual.

Queremos ampliarles esta «imagen de la ciudad», tan admirada por escritores, poetas y políticos de todos los tiempos que la conocieron con la estructura urbanística y militar hasta el siglo pasado y que desafortunadamente la «piqueta» consiguió deteriorarla hasta límites insospechados. Sirvan de ejemplo las frases que le dedicó Antonio Ponz, en sus viajes de España, que transcribimos literalmente, «... yo le diré a usted con la imparcialidad acostumbrada que Cádiz me pareció un encanto, mirándola a ciertas distancias, así por mar como por tierra...».

Nosotros esperamos, que aunque no la podáis conocer así, la comprensión en todos vosotros al pasear por la ciudad, imaginariamente lo haga posible.

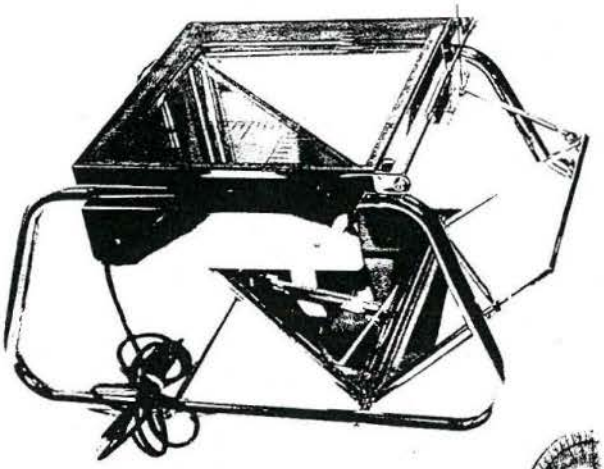
Un fuerte abrazo

EL COMITE ORGANIZADOR

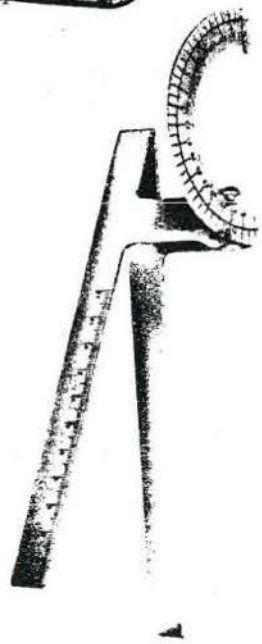
→

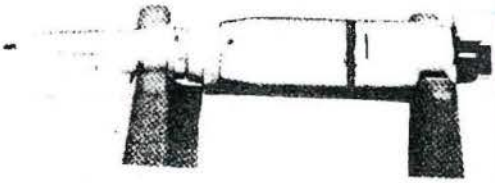
MIFER

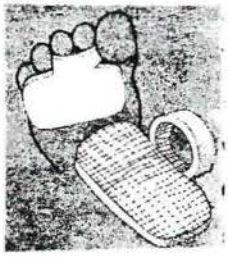
PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA

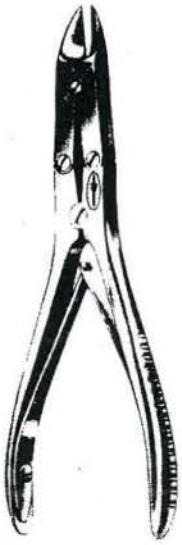


SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.









SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA

FEDERATION INTERNATIONALE DE PODOLOGIE

BARCELONA 11·14 ABRIL 1985

OBJETIVO

Cada tres años la Federación Internacional de Podólogos, patrocina un Congreso de Carácter Mundial. Esta vez ha correspondido a España, y la organización de tan magno acontecimiento, para velar por la mejor salud del pie, corresponde a la Asociación Española de Podólogos, en colaboración con l'Associació Catalana de Podólegs.

La sede oficial del Congreso será la ciudad de Barcelona.

Nuestras inquietudes se mueven en el sentido de no hacer un Congreso más, sino de que quien se desplace a Barcelona aproveche el tiempo invertido; para ello se hará una selección de los trabajos que se reciban, para motivar la asistencia y mejorar todas las técnicas posibles paralelamente a conocimientos científicos.

Para conseguir estos fines, hemos pensado en tres temas en los que se halla la mayoría de la Patología del Pie, así como su tratamiento, y que según criterio de la Comisión Organizadora, estos temas serán presentados uno cada día, o por formatos de exposición, siempre teniendo en cuenta la buena marcha del Congreso, así como la asimilación de los trabajos científicos presentados.

TEMAS:

NUEVOS CONCEPTOS DE BIOMECANICA DEL PIE Y MATERIALES MAS ACTUALIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA DE LA ESTATICO-DINAMICA DEL MISMO. Conclusiones.

TECNICAS ACTUALES DE CIRUGIA PODOLOGICA. Conclusiones.

METODOS ACTUALES PARA EL TRATAMIENTO DEL TILOMA PAPILOMATOSO PLANTAR. TECNICAS CRUENTAS E INCRUENTAS. Conclusiones.

FECHA TOPE DE PRESENTACION Y FORMATO DE LAS CONFFRENCIAS

15 de octubre 1984, mecanografiado en hojas DIN A-4. (4 copias).

EXPOSICION:

Habrá una exposición anexa al Congreso en la planta D del Palacio de Congresos, estando invitadas todas las Empresas que lo deseen.

Con el deseo de vernos en Barcelona, recibid nuestro más cordial saludo,

Por la Asociación Española de Podólogos

Per l'Associació Catalana de Podólegs

Sergi Bonamusa Mont
Presidente A.E.P

Joaquim Solé i Cuch
President Comité Organitzador.

INFORMACION GENERAL

Secretaria del Congreso:
PALACIO DE CONGRESOS
Dpto. de Convenciones y Congresos
Avda. M.ª Cristina, s/n.
08004-BARCELONA
Tel. 223 31 01/325 32 62 - Telex 53117 FOIM B

Cuotas Congresistas	**Antes 15.1.85**	**Después 15.1.85**
Congresista NO ASOCIADO	25.000,– Ptas.	28.000,– Ptas.
Congresista ASOCIADO	15.000,– Ptas.	18.000,– Ptas.
Estudiante Podología con acreditación (Plazas limitadas)	10.000,– Ptas.	12.000,– Ptas.
Acompañantes	6.000,– Ptas.	8.000,– Ptas.

Programa congreso y social

11.4.85
15.00 h. Entrega documentación.
18.00 h. Acto inaugural.
19.00 h. Cocktail y recepción de bienvenida en el P. de Congresos.

12.4.85
9.00 h. Sesiones del Congreso (todo el día).
10.00 h. Visita a la ciudad (acompañantes).

13.4.85
9.00 h. Sesiones del Congreso (todo el día).
10.00 h. Visita al Pueblo Español (acompañantes).
21.00 h. Cena del Congreso (optativa).

14.4.85
9.00 h. Sesiones del Congreso.
10.00 h. Visita al Museo Picasso (acompañantes).
18.00 h. Acto de clausura.

Idiomas oficiales del Congreso: Castellano, Francés, Inglés, Italiano y Alemán. Habrá traducción simultánea.

Hoteles	**Habitación Doble**	**Habitación Individual**
Princesa Sofía*****	12.600,– Ptas.	9.800,– Ptas.
Avda. Palace*****	11.900,– Ptas.	9.300,– Ptas.
Presidente*****	11.350,– Ptas.	8.800,– Ptas.
Majestic****	10.100,– Ptas.	7.800,– Ptas.
Calderón****	9.300,– Ptas.	7.100,– Ptas.
Arenas****	8.650,– Ptas.	6.920,– Ptas.
Cristina****	7.700,– Ptas.	4.775,– Ptas.
Expo***	6.100,– Ptas.	4.700,– Ptas.
Wilson***	6.150,– Ptas.	4.900,– Ptas.
Zenit***	6.150,– Ptas.	4.900,– Ptas.

Estos precios incluyen: Habitación, desayuno e impuestos vigentes.
Cuando reciba el acuse de recibo, le será indicado el hotel reservado.
No se efectuará ninguna reserva que no vaya acompañada de un depósito de 18.000,– Ptas.

Cena clausura (optativa) ..... 5.500,– Ptas.

Excursiones
Visita ciudad ..... 850,– Ptas.
Monasterio de Montserrat con almuerzo ..... 2.950,– Ptas.
Costa Brava (almuerzo y crucero) ..... 4.000,– Ptas.

Agencia oficial del Congreso:
TransGlobal, S.A.
Consejo de Ciento, 305
08007-Barcelona
Tels. 253 19 37/323 23 66 Telex 51253 GLOB E
Los cuales han contado condiciones especiales en todos los servicios turísticos, tales como:
- Transportes.
- Alquiler de coche.
- Visitas turísticas.
- Excursiones pre y post Congreso
- Otros servicios.

Solicite Información.

FICHA DE INSCRIPCION/*REGISTRATION FORM*

Nombre/*Name*: .....

Acompañante/*Accompanying person*: .....

Dirección/*Address*: ..... Ciudad/*Town*: .....

País/*Country*: ..... Tel.: ..... Telex: .....

Cuotas Congresistas/*Congress Members' Registration Fee*	Antes/*Before* 15.1.85	Después/*After* 15.1.85	
Congresista no asociado/*Congress Member (not belonging to Association)*	25.000,– Ptas.	28.000,– Ptas.	..... Ptas.
Congresista asociado/*Congress Member (member of Association)*	15.000,– Ptas.	18.000,– Ptas.	..... Ptas.
De la Asociación ..... *Belonging to the* ..... *Association*			
Estudiante Podología con acreditación (acompañar fotocopia) *Student of Podology, with credentials (please enclose photocopy)*	10.000,– Ptas.	12.000,– Ptas.	..... Ptas.
Acompañante/*Accompanying person*	6.000,– Ptas.	8.000,– Ptas.	..... Ptas.
Hotel preferido/*Requested Hotel* ..... HD/*DR* ..... HI/*SR* ..... ( ) noches/*nights*			..... Ptas.
Día de llegada/*Arrival Date* ..... Día de salida/*Departure Date*			

Opcionalmente/*Optional*

Cena de gala/*Gala Dinner*	5.500,– Ptas.	..... Ptas.
Excursión Montserrat y Cavas Champán/*Excursion to Montserrat and Champagne Caves*	2.950,– Ptas.	..... Ptas.
Excursión Costa Brava/*Excursion to the Costa Brava*	4.000,– Ptas.	..... Ptas.

Nota: No se atenderá ninguna inscripción que no vaya acompañada del pago en metálico, cheque internacional (libre de gastos) o transferencia a la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros en Vía Layetana, 56. BARCELONA. Cta. Cte. 28018-24 (adjuntar fotocopia)

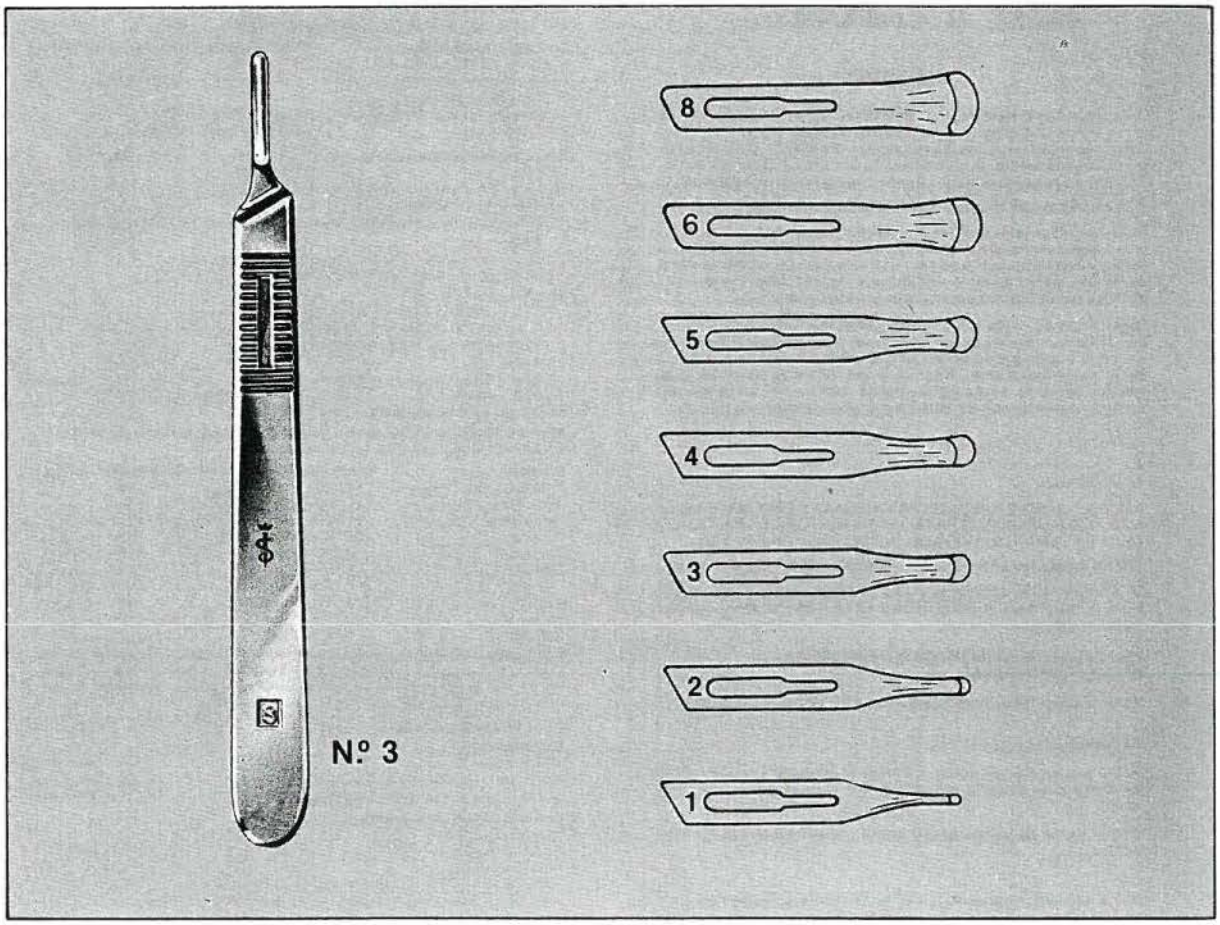
Adjunto conferencia/*I enclose paper entitled* .....

Dentro del tema/*On the subject* .....

Fecha y firma/*Date and signature* ..... Total: .... Ptas.

GUBIAS INTERCAMBIABLES

Ref. 506. El mayor adelanto de la Podología en los últimos años



Las GUBIAS INTERCAMBIABLES ESTERILES, son un precioso instrumento para la pequeña Cirugía, que permite economizar tiempo y dinero a la vez que asegurar una asepsia perfecta.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se presentan en envases individuales perfectamente estériles y listas para su uso.

Las GUBIAS INTERCAMBIABLES se montan sobre cualquier mango de bisturí del nº 3.

Existen SIETE TAMAÑOS, y formas de gubias, que se conocen con los números 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8.

LUGA

López de Hoyos, 142, 5.º • Madrid-2 • ESPAÑA • Teléf. 413 15 70 • Télex: 42733

EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

A medida van pasando los años y el ejercicio de la Podología va siendo en mí más extenso, no tengo más remedio que confesar sinceramente como el gran sabio, repitiendo sus palabras: «Yo sólo sé que no sé nada». ¿Cuál es la semana que no acuden a la consulta casos nuevos los cuales unos se pueden dar por muy sabidos pero otros son quizás un poco oscuros? Como que la única manera de estar al máximo que se pueda al corriente técnicamente es leer mucho, hoy me he dedicado en plan de autoformación profesional a leer varios autores, escogiendo como tema la Exóstosis subungueal.

A fin de empezar el edificio por sus cimientos, he consultado el diccionario para tener una definición concreta y cierta. Esta dice así:

Exóstosis subungueal: Tumor formado a partir de la falange que al desarrollarse comprime la cara inferior de la uña. Si se quiere afinar más todavía y se miran las cosas desde el punto de vista etimológico se podrá añadir:

Exóstosis: (ex, fuera; osteon, hueso), o sea que dicho de otra manera será considerado como un tumor formado por tejido óseo desarrollado en la superficie de un hueso.

Sub: (de latín sub): debajo.

Ungueal: (del latín unguis, uña). Adj. ungular. Uña.

Los cuadros de exóstosis subungueales, verdaderamente no son muy frecuentes en las visitas que concurren en nuestras consultas, pero los casos que en ella se nos presentan podemos comprobar corresponden casi en su totalidad a elementos femeninos en su mayor parte en edades comprendidas entre los 14 y los 20 años, aunque esto no quiera decir, que tal como he podido comprobar, mi última paciente tenía 26 años y por tanto, aunque menos común, también puede darse en otras edades así como también en el sexo masculino.

Sus síntomas son: Se manifiesta de forma muy dolorosa. El dolor se hace más intenso con la marcha especialmente con el uso de zapatos puntiagudos y con tacón alto. Al poco tiempo se aprecia un abombamiento dorsal de la uña. Esta es sumamente dolorosa y por debajo de la misma aparece una tumoración con consistencia ósea. Muchas veces se complica con la aparición de una infección secundaria en forma de uña incarnada. Abandonada a la misma adquiere un volumen considerable siendo el dolor tan intenso que llega a impedir el sueño.

Se forma comunmente por la repetición de los ligeros traumatismos del calzado, de ahí viene la teoría que es casi de exclusiva esta lesión, del sexo femenino. Se asocia generalmente con una incurvación hacia arriba de las extremidades distales de los dedos por la presión contra una puntera resistente. Aunque estas exóstosis suelen producirse a consecuencia de un traumatismo brusco, tales casos son relativamente raros. En su mayoría puede observarse la causa como consecuencia de los traumatismos repetidos. Estas neoformaciones se presentan en forma de excrecencias óseas producidas por la lesión perióstica. El primer signo revelador es la elevación de una parte de la uña generalmente hacia el extremo libre, con un aspecto rosado, difuso y transparente a través de la misma.

La afección es generalmente muy dolorosa y en muchos casos produce una verdadera incapacidad. Después de la extirpación de una parte de la lámina puede apreciarse una prominencia redondeada y resistente. Tocándola con un instrumento, la masa se revela como un cuerpo duro. La presión ligera produce una zona pálida debido a la eliminación de la sangre de la membrana vascular que la cubre. Esta membrana vascular es tan delgada y pobremente irrigada que la presión del zapato produce su rotura y la ulceración consiguiente. Esto supone una puerta de entrada de gérmenes y la posibilidad de infección, por lo que este proceso puede confundirse con la paroniquia. El examen atento revelará que no es un callo situado por debajo de la lámina ungueal, sino que se trata de la existencia de una cubierta vascular y de una masa dura al tacto, lo que nos confirmará su naturaleza ósea. El callo subungueal, con el que podría confundirse, no se blanquea y poco o mucho se desplaza por la presión.

Para poder descartar un higroma, dureza, granuloma, ulceración, tumor glómico o escondromas y quistes intramedulares subungueales, es imprescindible el solicitar un examen radiológico lateral con el cual se podrá salir totalmente de dudas, pudiéndose apreciar claramente en la radiografía en el caso de existir exóstosis, una formación osificante de una metaplasia fibrocartilaginosa, inconfundible. Puede localizarse también en otros lugares de la falange que no correspondan a la zona ungueal. Todos estos síntomas fueron descritos maravillosamente por Duputren.

Aparte de la acción irritativa que pueda ocasionar el uso de ciertos tipos de calzado femenino, es muy frecuente también la aparición de exóstosis en personas muy dadas al deporte ya que según la clase de ejercicio continuo que se efectúe con los pies y el tipo de calzado que utilicen para ello pueden influir enormemente a su provocación.

Generalmente la única solución es la extirpación quirúrgica, la uña se tiene que ir recortando repetidamente por detrás de la exóstosis a medida que va creciendo. Tan pronto como ésta cubre la exóstosis, es fácil que se produzca la rotura de su membrana de cobertura. Puede aplicarse una gruesa almohadilla en la parte posterior para soportar el peso del zapato, aplicando además una pomada antiséptica que actuará como amortiguadora. En tales casos es imprescindible la adopción de unos zapatos sin puntera, es decir, lo más anchos posible en su parte delantera y relativamente bajos de talón.

Suponiendo que por un motivo determinado de momento el paciente no aceptara la intervención quirúrgica, único tratamiento eficaz y definitivo para extirpar la exóstosis, provisionalmente podría ayudarle muchísimo la confección de una ortosis de silicona bien calculada y sabiamente confeccionada, aunque hay que procurar mentalizar al paciente para que lo antes posible se deje intervenir y que esta solución (la ortosis) sólo será un remedio provisional que le solucionará momentáneamente el problema que presenta.

Suponiendo que se ha convencido al paciente de la intervención, pasamos a la extirpación de la exóstosis, siendo por tanto la excisión quirúrgica imprescindible para ello.

Se induce la anestesia de bloqueo del dedo y se aplica un torniquete por motivos hemostásicos. Se separa suavemente la plaza ungueal del lecho de la uña, con un mínimo trauma y se pone al descubierto la exóstosis. Esta se reseca con una pinza de hueso y curetaje. Se limpia bien la herida con suero fisiológico a fin de cerciorarse que no ha quedado residuo alguno en el fondo de la cavidad que deja el haber extirpado la exóstosis; se aplica un apósito estéril de ungüento antibiótico y se permite que la herida granule con las curas subsiguientes, según el criterio de cada profesional, aplicándole en las mismas

(las curas) ungüentos estimulantes. En ocasiones puede presentarse una complicación inherente a toda cirugía ungueal que consiste en el desarrollo de un quiste por inclusión.

Para efectuar la extirpación, como ocurre en todas las cosas se puede aplicar aquel refrán castellano: «Cada maestrillo tiene su librillo» y por tanto cada uno tiene que ver el sistema que mejor le va y más le convence.

Sandel (1958) opina que la incisión en boca de pez resulta demasiado traumatizante dando lugar a necrosis y en alguna ocasión a alguna gangrena, en cambio hay quienes opinan que durante muchos años han seguido este sistema y no han tenido ninguna contrariedad.

Wichman (1967) describe una versión simplificada de la exostectomía subungueal. Después de la preparación estéril ordinaria para la intervención, se practica una incisión transversal de la 0,5 cm. de largo a nivel del extremo distal del dedo. La superficie dorsal de la falange es explorada a ciegas insertando un escoplo dental de 3 mm. de ancho, con objeto de extirpar las superficies prominentes. Esta maniobra se debe completar con una raspa de corte transversal, para suavizar el hueso. Se induce la hemorragia con el fin de limpiar la herida. El paciente sigue un curso ambulatorio y no se requiere sutura alguna. Polokoff y Probber han utilizado técnicas semejantes con resultados excelentes. Estas técnicas de raspoctectomía y ostrotripsia han proporcionado resultados muy buenos en cientos de casos, según afirma el propio Wichman.

En la última reunión que acudí a Madrid, como miembro de la Junta Nacional, mientras comíamos, un compañero de junta a quien considero un gran podólogo español, me hacía partícipe de su amargura por el caso de recidiva de un paciente de trece años el cual hacía tres meses le había practicado una exostosistomía y ahora había acudido a su consulta igual que antes. Precisamente en el día anterior de este viaje a Madrid yo había practicado una a una joven de veintidós años lo cual hizo que ante el relato del amigo me quedara intranquilo pensando si también me podía ocurrir lo mismo aunque afortunadamente de todos los casos tratados anteriormente por mí, no tenía noticia de que se hubiese reproducido ninguna. De momento no ha sido así y hace muy pocos días la paciente ha acudido a mi consulta perfectamente curada y muy contenta de haberse intervenido.

Ahora bien, teniendo en cuenta aquello de aquel refrán que dice: Cuando veas las barbas de tu vecino afeitar... yo me puse sobreaviso y afectué diversas consultas sobre el posible caso de este tipo de recidiva. El resultado de las mismas a personas de diferentes categorías versadas en la cirugía ungueal fue el siguiente:

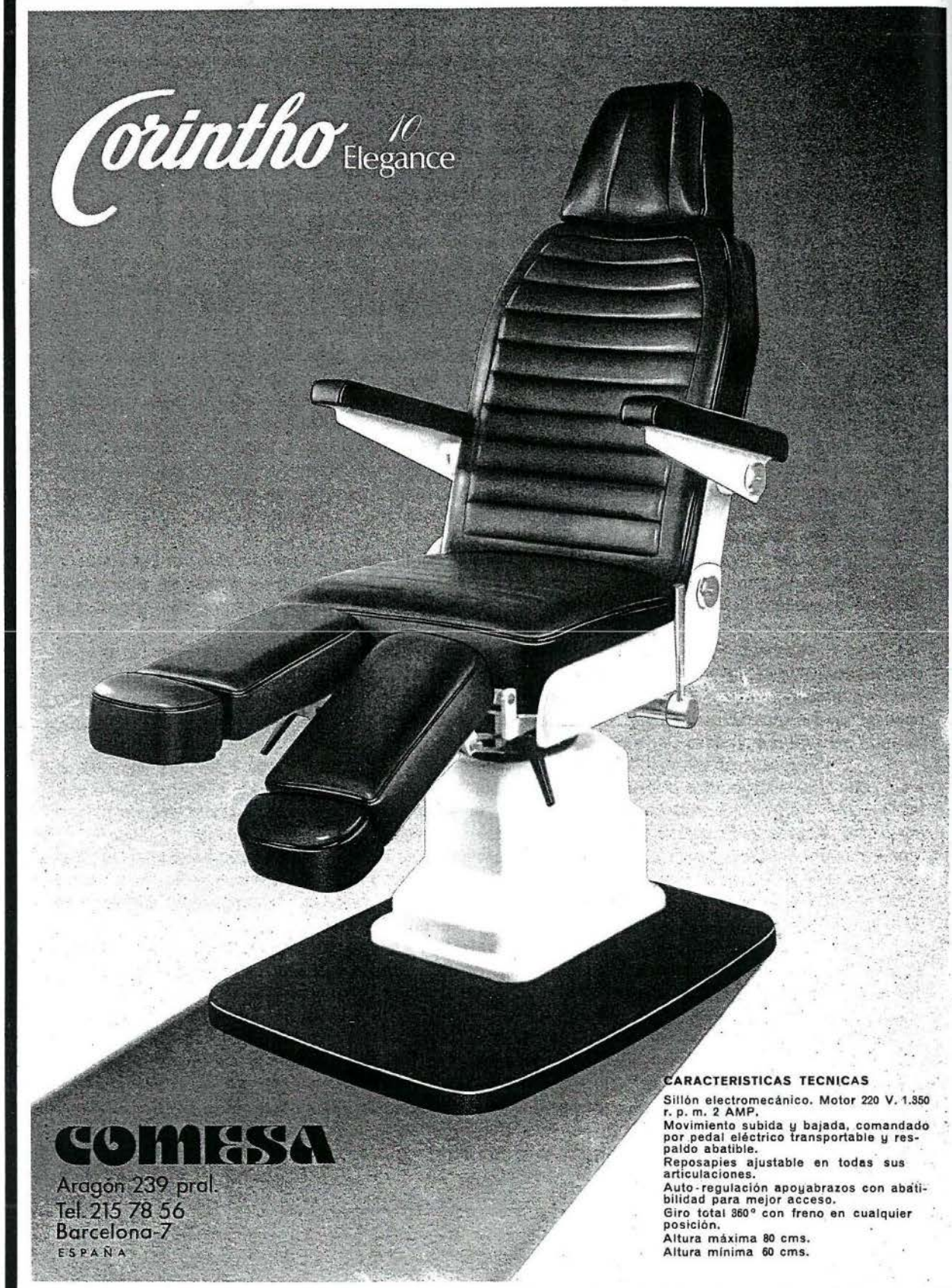
1.º) Todo aquel que efectúa una extirpación de exóstosis subungueal tiene que pensar en una posible recidiva, de ahí viene la teoría de algunos autores que para no encontrarse con este posible riesgo, prefieren proceder a la extirpación total de la falange afectada (la distal), por tanto no hay porqué desesperarse si entre las diferentes exostosistomías efectuadas hay alguna que recidiva, ya que esto mismo ha ocurrido a grandes cirujanos.

2.º) Parece según la opinión de algunos autores, (ya que el motivo seguro de la recidiva no se sabe), que uno de los motivos que puede inducir a la inmediata recidiva es la producción del hematoma «ad latere oseum» en el momento de la intervención (y horas sucesivas) o sea estacionamiento de sangre coagulada procedente de la parte de falange extirpada en la cavidad existente junto a la falange seccionada producida por el vacío que deja la extirpación de la exóstosis. Se debe intentar dejar la parte intervenida lo más seca posible, por este motivo algunos autores opinan es bueno dejar en las primeras cuarenta y ocho horas una mecha de gasa estéril que rellene el vacío por dicha extirpación, a fin de que efectúe el oficio de gasa secante, en el caso de que existiera un pequeño derrame sanguíneo.

3.º) Es también opinión bastante común, que dentro de lo que cabe, con el fin de evitar recidivas, es más bien conveniente mantener durante los primeros días, la parte intervenida con un vendaje razonablemente compresivo, y digo razonablemente, porque tampoco es conveniente sea colocado de una manera extremada pues de lo contrario se podría caer en el error de los efectos contraproducentes, que un vendaje de tal índole en una extremidad distal podría ocasionar.

Estas son simplemente las consideraciones que he podido sacar sobre la exóstosis subungueal, mediante la lectura de los autores: Nelson C. Peyré, Felipe Simón, Arandes, Irving Yale, Hamby Walker, Viladot, ya que siempre es bueno conocer las diferentes opiniones que autores de categoría como los reseñados, tienen sobre este tema y si bien es verdad que lo leído, prácticamente era todo sabido, por lo menos ha servido para familiarizarse un poco más con sus obras publicadas.

Fdo.: **Manuel Gavín Barceló**
Podólogo


Corintho 10 Elegance
COMESA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

ONICOGENESIS

Para establecer un tratamiento bien orientado de la uña es preciso conocer su morfología y su patología.

En la onicogénesis estudiaremos los diversos estratos de la piel, sus anexos y la fisiología de ambos.

La piel se origina de dos capas blastodérmicas. El Mesodermo, que da la hipodermis y el Ectodermo que hace la epidermis y sus anexos.

En la 3.ª semana, el embrión tiene una capa de células aplanadas, a la 5.ª semana ya tiene dos capas, el Peridermo y el estrato germinativo, con células ligeramente cúbicas.

Al tercer mes tiene otra tercera capa o estrato intermedio, con células poligonales.

Al 4.º mes, empieza la queratinización en el peridermo, las células aparecen con gran citoplasma, mitocondrias, aparato de GOLGI, etc. y en la membrana aparecen unos engrosamientos, o desmosomas, y unos tonofilamentos, que las unen entre sí. Ya aparecen dos tipos de células diferenciadas, los queratocitos y los melanocitos. Aparecen otras células en el germen epitelial primario que harán los anexos epidérmicos, que ya empiezan a comportarse como unidades biológicas autónomas.

Al 5.º mes la piel ya tiene cuatro capas. Histológicamente es un tejido, pero anatómicamente tiene tres zonas diferentes. La epidermis, la dermis y el tejido celular subcutáneo.

La epidermis es avascular, se renueva por mitosis, que puede ser estimulada por andrógenos o por estimulación mecánica. Está considerada como una glándula holocrina, con varias capas.

Basal.—Donde se multiplican, por mitosis, las células.

Espinosa.—Con células unidas por desmosomas, donde se inicia la absorción de queratina, por pinocitosis.

Granulosa.—Donde los corpúsculos de SELVI y de ORLAND, que en la capa de Malpighio, son intracitoplásmicos, aquí aparecen en los espacios extracelulares. Son queratinosomas y que al destruir los desmosomas originan la descamación o desunión celular. Las células almacenan queratina en su citoplasma hasta reemplazar todos los organáculos, originando así su propia muerte, según y van siendo desplazadas hacia la superficie por las más jóvenes.

Corneal.—Este estrato ya tiene las células sin núcleo.

La dermis tiene un componente fibroso, otro celular y otro vasculonervioso.

El fibroso.—Con reticulinas un 5%, colágenas un 80% y elásticas un 15%.

El celular.—Células histocitarias o fagocitarias, fibroblastos o reticulógenos y Mastocitos (vasoactivos).

El vascular.—Las arteriolas y vénulas y las anastomosis que forman los plexos dermohipodérmico y el dermo-epidérmico, de gran importancia en PODOLOGIA, por la patología que presentan.

El neural.—Son las terminaciones sensitivas libres, los corpúsculos de PACCINI, MEISSNER, etc.

La hipodermis, está formada por adipocitos o células de grasa, en forma de lóbulos y situados en un entramado o trabécula. Tiene dos misiones esenciales. La reserva energética y la protección.

El color de la piel depende de tres componentes: El Caroteno, que es un pigmento amarillo de la grasa, precursor de la Vit. A. La oxihemoglobina, por transparencia y la melanina, que es la única que se elabora en la piel por los melanocitos, que invaden la piel entre el 3.º y 5.º mes de vida uterina, procedentes de la cresta neural del embrión.

Hay unas zonas de transición entre la piel y las mucosas, que son las uniones muco-cutáneas, donde el epitelio es más grueso, las glándulas sebáceas, sudoríparas y pelos desaparecen, el color es sonrosado por transparencia capilar y cuyo estudio es de gran importancia en patología de las micosis, ya que constituye una barrera infranqueable a los hongos por su queratofilia.

LOS ANEXOS.—Derivan de los gérmenes epiteliales primarios, entre el 3.° y 5.° mes embrionario, diferenciándose el folículo piloso, la glándula sudorípara apocrina y la glándula sebácea, que aparecen siempre juntos, pero con un desarrollo inversamente proporcional. Hay otra glándula sudorípara eccrina, que es la que regula la temperatura, que está repartida por todo el organismo. Está formada por dos tipos de células en una capa, unas con citoplasma claro, que segregan agua y otras con el citoplasma oscuro que segregan mucina. Tiene el túbulo excretor propio y la porción secretora muy profunda. La glándula apocrina un glomérulo secretor y la porción excretora desemboca en un folículo piloso. En su glomérulo encontramos células secretoras y otras mioepiteliales con capacidad de contraerse.

La sudoración es controlada por tres factores: El factor nervioso (sudoromotores del hipotálamo, centros medulares, centros bulbares y centros corticales o psíquicos). El factor hormonal (aldosterona, antiduirética, y estrógenos), el factor local (calor, ejercicio, humedad, etc.).

Las eccrinopatías pueden ser cuantitativas (hiperhidrosis, anhidrosis, miliar) y cualitativas (cromhidrosis, bromhidrosis, o por enfermedades con alteraciones del Cl. y del Na.)

El equilibrio entre las sudoríparas y las glándulas sebáceas es muy importante ya que el cebo emulsiona el agua con sus electrolitos, que le dan a la piel una propiedades emolientes, bacteriostáticas y fungistáticas.

Según sea la proporción de sebo y agua encontramos diferentes tipos de piel, pero siempre encontraremos en el manto lipídico un predominio de colesterol y sus esteres en el niño y un predominio de escualeno y sus esteres en el anciano.

Las glándulas sebáceas empiezan a excretar a los 4-5 años y decrecen en el anciano. No existen en la planta del pie ni en la cara plantar de los dedos. Son arracimadas y con un conducto excretor que desemboca a la epidermis directamente o dentro de un folículo piloso.

El pelo o folículo piloso, sin interés en Podología, consta de una matriz, con una papila, una cutícula, la capa de HUXLEY, la capa de HENLE, la vaina externa, la membrana vítrea, la capa del tejido conectivo y el tallo piloso. Tiene una fase de crecimiento (anógeno), una fase de transición (catógeno) y otra fase de reposo (telógeno) cuyo efluvio puede ser alterado por tratamientos con heparina, quimioterápicos anticancerosos, tuberculosis, malnutrición, etc.

Las uñas inician su desarrollo al tercer mes intrauterino, al formarse un campo ungueal primitivo, por invaginación de la piel, engrosado y plano, rodeado por un repliegue de la piel. Tiene 3-4 capas y la más profunda da origen a la matriz de la uña, cuyas células son invadidas por una proteína onicogénica que empieza a segregarse sobre el 5.° mes dando así origen a la verdadera placa ungueal, que sigue incrustada en el campo o lecho e ir avanzando gradualmente en dirección distal.

La dermis subungueal la dividiremos en dos zonas: la anterior o lecho y la posterior o matriz. La zona anterior es convexa lateralmente y sonrosada. La posterior es convexa en todos sentidos y blanquecina, correspondiendo a la lúnula y matriz. El lecho presenta las crestas de HENLE, vasculares, que parten todas de un centro común y que están muy desarrolladas en la parte anterior, haciéndose casi horizontales y apenas están marcadas en la parte posterior.

La dermis supraungueal, es el repliegue que cubre la raíz y los bordes laterales, o manto de RENAUT, que tiene todas las capas de la piel, pero en el surco, donde se une el rodete y el lecho, pierde sus papilas por la cara profunda. Debajo del pliegue proximal la capa córnea se pliega sobre la superficie de la uña formando el eponiquio. El hiponiquio es idéntico, pero en la zona que queda por debajo de la uña libre. El eponiquio y la matriz se encuentran atrofiados en la uñas hipertróficas. La fusión del lecho y del repliegue. o Pterigión, da a la uña una sujeción como la de un cristal de reloj. El ángulo que hace la uña con el eponiquio suele ser menos de 180 grados y a veces manifiesta enfermedades sistémicas.

La composición química de la uña, para mí, carece de valor, si bien puede ser orientativa en las micosis.

No hay que dejar ni un solo hongo en pie

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer Antimicóticos

PATOLOGIA DE LA UÑA

La patología de la uña puede ser congénita o adquirida. Por enfermedad local o sistémica y también por traumatismos.

La onixis o peronixis, es una infección, con inflamación y generalmente con dolor, con la excepción micótica, con la casuística más abundante de microtraumatismos repetitivos, cortes incorrectos, maceración, etc. y con factores predisponentes, que pueden ser carenciales, metabólicos, etc.

La infección suele ser en el surco, pues el eponiquio, por su gran riqueza en queratina es más resistente.

Según el estadío haremos el tratamiento. Conservador o quirúrgico. Con ablación total o parcial de la uña y a veces, con resección de tejido granuloso o incluso del rodete hipertrófico. Yo soy conservador convencido en cirugía.

Cuando la onixis es por uña encarnada, que puede ser anterior o posterior, hay que sacarla del surco, para facilitar el drenaje y aliviar el dolor mecánico, o bien resecar la uña parcialmente, haciendo notar que ésto hace favorecer el acanutamiento si no se trata también el lecho ungueal para evitar las recidivas.

Afortunadamente los métodos de tratamiento quirúrgico sufren una serie de innovaciones, que nos permiten seleccionar el idóneo para cada caso, cada vez con mayor fortuna.

Julio Bara del Molino
Podólogo

Correos

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SUBSECRETARIA

SALIDA Nº 7476/779

AR/rg

El Boletín Oficial del Estado de fecha 2 de los corrientes publica la "Orden de 19 de junio de 1984 por la que se regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico". Según se especifica en el artículo 2º de la referida norma, las solicitudes deben dirigirse a la Subsecretaría, por medio del Gabinete Técnico de la misma, con una antelación de tres meses a la fecha de celebración.

A tenor de lo anterior, es imprescindible tener en cuenta que a todo acto científico, independientemente de que sea reconocido como de interés sanitario o no, le es de aplicación la normativa vigente en materia de publicidad y promoción médico-farmacéutica, así como la justificación del destino y utilización de los fondos recibidos como ayudas económicas y subvenciones, que se especifican en el Decreto 3451/1977, de 1 de diciembre (Boletín Oficial del Estado de 24 de enero de 1978) y la Orden de 30 de mayo de 1980 (Boletín Oficial del Estado de 16 de junio de 1980), cuya competencia corresponde a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (Subdirección General de Control Farmacéutico).

Se recuerda igualmente que ha sido derogada la Orden de 25 de abril de 1955 que regulaba la celebración de Congresos Nacionales e Internacionales y la concesión de Privilegio de Oficialidad para este tipo de actos.

Lo que se comunica para su conocimiento y a todos los efectos.

Madrid, a 5 de julio de 1984
EL SUBSECRETARIO

Pedro Sabando Suárez

GABINETE TECNICO

Sr. PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PODOLOGOS.- Cádiz.

A los hongos hay que pararles los pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer / Antimicóticos

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
(Del B.O.E. 2/julio/84)

14885 ORDEN de 19 de junio de 1984 por la que se regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico.

Ilustrísimo señor:

La presente Orden tiene por objeto establecer un mecanismo que permita la valoración por parte de la Administración, de aquellos actos de carácter científico sanitario que tienen como fin la difusión y expansión de conocimientos de ciencias y técnicas relacionadas con la salud y que deben ser conocidos por la Administración a la hora de actuar sobre la realidad sanitaria.

La proliferación de actos científicos como consecuencia del aumento de sociedades de igual naturaleza y el interés social por los conocimientos de investigaciones en el campo sanitario hace imprescindible que la adminsitración conozca y regule esta actividad, para lo que resulta necesario derogar la antigua Orden de 25 de abril de 1955, que respondía a una realidad muy distinta de la actual.

Asimismo se pretende con la presente Orden conseguir un estímulo y respaldo oficial para la actuación de aquellas asociaciones y entidades que hacen de la investigación y el conocimiento científico su primordial objetivo y, consecuentemente, poseen un alto valor sanitario.

En su virtud he tenido a bien disponer:

Artículo 1.º: El Ministerio de Sanidad y Consumo podrá reconocer como de interés sanitario aquellos actos de carácter científico de ámbito nacional o internacional que, organizados por corporaciones, fundaciones, asociaciones y cualesquiera otras entidades de naturaleza pública o privada, tiendan a promover la ampliación y difusión de las ciencias y técnicas relacionadas con la salud.

Corresponde a la Subsecretaría del Departamento, previos los informes y asesoramientos que estime procedentes, resolver sobre el reconocimiento de dicho interés.

Artículo 2.º: Los organizadores del acto para el que se pretenda el reconocimiento de interés sanitario habrán de dirigir solicitud al efecto a la Subsecretaría de Sanidad y Consumo al menos tres meses antes de su celebración, con indicación de lugar y fechas previstos, y a la que se acompañarán los siguientes datos:

a) Programa científico, que incluya un avance o síntesis de las comunicaciones o ponencias que se van a desarrollar.

b) Presupuesto económico con expresión de la cuota establecida a los asistentes y, en su caso, otros medios de financiación del acto.

c) Datos referentes a la asociación o entidad organizadora. Si se trata de una asociación deberán constar los siguientes datos:

1.—Nombre de la entidad.
2.—Domicilio social.
3.—Junta directiva.
4.—Número de socios o miembros que la integran.
5.—Publicaciones que edita.
6.—Actos científicos y/o de interés sanitario organizados por la asociación en los últimos cinco años.

En caso de ser una entidad de otra naturaleza, se harán constar los datos expresados en los apartados 1, 2, 3, 5 y 6.

Artículo 3.º 1.: El reconocimiento de interés sanitario por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo dará lugar a las siguientes facultades:

a) Usar este título en toda clase de documentación, a continuación de la denominación del acto.

b) Disfrutar de la exenciones que las leyes reconocen a favor de estos actos.

c) Recibir ayuda técnica y asesoramiento de la Administración del Estado que ésta pueda facilitar.

2. El Comité organizador o en su defecto, los órganos directivos de la asociación o entidad organizadora del acto, estarán obligados a remitir las conclusiones o acuerdos adoptados a la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en el plazo de doce meses, contados a partir de la fecha de celebración del acto reconocido de interés sanitario.

Artículo 4.º: A los efectos de los previsto en la presente disposición, todas las asociaciones científicas de carácter sanitario, reconocidas oficialmente de acuerdo con la vigente Ley de Asociaciones, deberán remitir a la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, durante el primer trimestre de cada año, los datos siguientes:

—Nombre de la entidad.
—Fecha de constitución.
—Domicilio social (con expresión de calle y número).
—Junta directiva.
—Número de socios o miembros que la integran.
—Importe de las cuotas por año, si existen.
—Publicaciones que edita.

Artículo 4.º: Sin perjuicio de lo establecido en los artículos anteriores, a todo acto científico le será de aplicación la normativa vigente en materia de publicidad y promoción médico-farmacéutica, así como a la justificación del destino y utilización de los fondos recibidos como ayudas y subvenciones.

DISPOSICION FINAL

Quedan derogadas la Orden de 25 de abril de 1955 por la que se dan normas para la celebración de Congresos Nacionales e Internacionales (Ministerio de Gobernación) y la Resolución de la Dirección General de Sanidad de 24 de abril del 1970, así como las disposiciones de igual o menor rango que se opongan a lo establecido en la presente Orden.

Lo que comunico a V. I.
Madrid, 19 de junio de 1984

LLUCH MARTIN

Ilmo. Sr. Subsecretario.

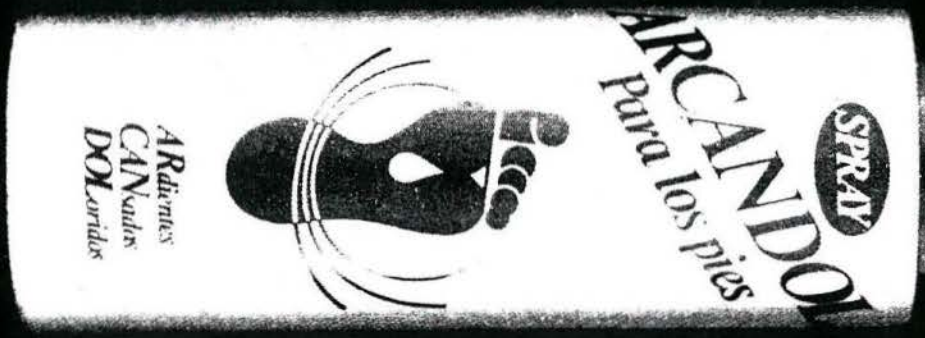
EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Perusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®



El relajante de los pies.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ONICOCRIPTOSIS

(Modificación personal de la técnica del fenol-alcohol)

José Valero Salas, PODOLOGO
ALCAÑIZ (Teruel)

INTRODUCCION:

Entre los problemas podológicos del antepié más frecuentes, se encuentra la ONICOCRIPTOSIS, también llamada uña encarnada o uña incarnata. Se trata de una problemática sobradamente conocida por los podólogos y que produce grandes molestias a los pacientes (dolor y, a veces, infección), incapacidades laborales transitorias de repetición y muchos fracasos quirúrgicos en profesionales no podólogos por limitar su tratamiento a la simple avulsión ungueal.

Dentro de nuestro campo, la Podología, se han utilizado muchísimos métodos para tratar esta alteración, desde los incruentos: quiropodológicos ortonixia, Sulci-inyector, interposición de uña acrílica (CALVO), etc..., etc..., hasta los más drásticos (Onicoexéresis), pasando por los quirúrgicos y sus múltiples variantes:

1.—Técnica de Frost.
2.—Técnica de Winograd.
3.—Técnica de Du Vries.
4.—Técnica de Escachs.
5.—Técnica de Araolaza (técnica de Escachs modificada).
6.—Técnica del trépano y sus variantes.
7.—Galvanismo negativo.
8.—Técnica del fenol-alcohol.

Todas las técnicas quirúrgicas citadas, efectuadas correctamente y en las indicaciones adecuadas, son capaces por sí mismas de solucionar el problema. Sin embargo, en algunos casos, es difícil determinar si la técnica empleada se ha efectuado correctamente (técnica de Frost), en otros casos, la propia técnica supone una serie de riesgos potenciales de complicaciones postquirúrgicas que desaconsejan su utilización (técnica de Wino grad y técnica de Du Vries) y, por último, otras técnicas están limitadas a unos casos concretos, como la amputación del rodete hipertrófico (técnica de escachs) o la corrección quirúrgica de dicho rodete (técnica de Araolaza).

Por lo antes expuesto, en mi opinión, la técnica que cubre un espectro más amplio y la que, en general, ofrece mayores garantías es la técnica de fenol-alcohol.

VENTAJAS DE LA TECNICA DEL FENOL

1.—Posibilidad de realizarse incluso en presencia de onixis y/o perionixis.
2.—Garantiza la destrucción parcial de la matriz ungueal y de los demás elementos productores y generadores de uña en la zona que nos interese.
3.—Ausencia de complicaciones post-quirúrgicas.
4.—Postoperatorio aséptico e indoloro.
5.—Permite la incorporación del paciente a su ocupación habitual (excepto trabajos con gran suciedad ambiental), sin necesidad de reposo post-quirúrgico, al igual que su tratamiento ambulatorio.

A los hongos hay que ganarles por pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer / Antimicóticos

ANTECEDENTES

La técnica objeto de estudio es bastante antigua. Fue descrita por BOLL en 1945 y, posteriormente, perfeccionada por NYMAN (1956), SUPPAN y RITCHLIN (1962), KLEIMAN (1964), GREEN (1964) y J. YALE (1970).

En España fue introducida alrededor de los años 60 y ha sido repetidamente perfeccionada por varios compañeros. Cabe destacar al profesor ALONSO («El fenol en las onicopatías»), la interesante asociación de AYCART del fenol a una destrucción parcial de la matriz ungueal y de los elementos productores y generadores de uña por medio del legrado con una fresa especial (ponencia presentada al XIV Congreso Nacional de Podología) y la original técnica de ALBALA que utiliza el fenol después de eliminar la placa ungual, matriz, etc..., por medio de un trépano. Esta última técnica no ha sido publicada y tengo mucho interés en conocerla, al igual que otros compañeros, por lo que me permito solicitar de este buen amigo y compañero, tenga la gentileza de presentárnosla muy pronto.

Por mi parte, la bondad de la técnica del fenol-alcohol me ha impulsado a profundizar en su estudio y, al hacerlo, ir introduciendo una serie de pequeñas modificaciones que son el motivo de esta ponencia. Espero que lo aquí expuesto pueda ser de utilidad para los compañeros que realizan esta técnica quirúrgica y de estímulo para que la utilicen los compañeros que aún no lo hacen.

INDICACIONES DE LA TECNICA DEL FENOL-ALCOHOL EN EL TRATAMIENTO DE LA ONICOCRIPTOSIS

1.—ONICOCRIPTOSIS CONGENITAS: Uña involuta, uña en teja de Provenza, uña en plicado lateral, etc..., etc..., cuya única posibilidad de corrección definitiva es la cirugía.

2.—ONICOCRIPTOSIS TRATADAS POR PROFESIONALES NO PODOLOGOS: Me refiero en este apartado a aquellas onicocriptosis que han sido tratadas por medio de una avulsión ungueal completa, lo cual ha solucionado el problema temporalmente pero que, al cabo del tiempo, ha recidivado. Son pacientes que presentan a menudo hipertrofias ungueales (tanto de la lámina ungueal como del lecho de la uña) por el traumatismo producido durante la avulsión.

3.—ONICOCRIPTOSIS TRATADAS POR PROCEDIMIENTOS INCRUENTOS: Onicocriptosis congénitas en las que la utilización de métodos conservadores (quiropodia ortonixia, etc...) no es suficiente para solucionar el problema, por lo que se trata de medidas que hay que repetir con mayor o menor frecuencia.

4.—ONICOCRIPTOSIS ADQUIRIDAS CON PROCESOS SEPTICOS DE REPETICION: Todos aquellos casos de onicocriptosis no congénitas, que se producen por corte inadecuado de las uñas, calzado excesivamente estrecho, hiperhidrosis, etc..., que han producido una o varias veces procesos, sépticos (onixis y/o perionixis) y que no permiten un tratamiento etiológico de la alteración (grandes hiperhidrosis generalizadas, calzado laboral, calzado femenino, etc...). en estos casos el paciente se somete gustosamente a la intervención (después de asegurarle que la misma le solucionará el problema definitivamente) ya que se considera a sí mismo incapaz de eliminar el agente productor de la alteración (calzado laboral y, muy especialmente, en señoras).

TECNICA DEL FENOL-ALCOHOL

A continuación, voy a describir someramente la técnica del fenol-alcohol tal y como yo la realizo desde el principio, dejando para el final el comentario de las ventajas de la misma respecto a las diferentes técnicas clásicas.

I.—INSTRUMENTAL:

1.—Equipo de anestesia y hemostasia:
a) Scandinibsa 1%.
b) Jeringa y aguja desechable G-25
c) Jeringa tipo NOVOCOL.
d) Cinta de Smarch.
e) Pinza de Pean.

2.—Equipo quirúrgico:
a) Pinzas de disección o de Adson.
b) Cucharilla de Wolkman.
c) Avulsor ungueal.
d) Cizallas rectas y finas.
e) Tijeras rectas.
f) Bisturí.
g) Torundas de algodón (o porta-torundas).

3.—Material de cura:
a) Tintura de Merthiolate.
b) Parkelase pomada.
c) Gasas estériles.
d) Gasa acolchada (Melolín).
e) Vendas Cambric de 5 x 5 y de 5 x 7.
f) Esparadrapo.
g) Vendaje tubular (tipo Surgifix).

II.—PREPARACION DEL CAMPO OPERATORIO

1.—Limpieza del pie con solución jabonosa antiséptica (tipo LACTACYD o HIBITANE).
2.—Desinfección del pie con alcohol de 70°.
3.—Pincelar el campo operatorio y adyacentes con Tintura de Merthiolate.
4.—Cubrir el campo operatorio con tallas estériles.

III.—PREPARACION DEL PODOLOGO:

1.—Limpieza escrupulosa de manos y antebrazos: lavado y cepillado de los mismos y desinfección con alcohol de 70°.
2.—Colocar guantes y bata estériles.
3.—Es preferible igualmente colocarse mascarilla como medida higiénica y para evitar la inhalación de vapores de fenol.

IV.—ANESTESIA Y HEMOSTASIA

1.—Practico anestesia troncular en la articulación metatarso-falángica del dedo a intervenir con SCANDINIBSA al 1% (Mepivacaína Clh).
2.—Coloco a continuación una cinta de Smarch, sujetándola en la articulación MTT-falángica por medio de una pinza de Pean.

V.—AVULSION PARCIAL DE LA UÑA

1.—Con el avulsor, descarno la parte de uña que deseo eliminar por encima y por debajo de la lámina ungueal, penetrando hasta la matriz ungueal.
2.—Con unas cizallas rectas y finas corto la uña, penetrando hasta la matriz y, a continuación, la acabo de desprender traccionando suavemente hacia afuera (hacia el canal ungueal). Esta maniobra se realiza muy fácilmente gracias a la avulsión previa.

VI.—LEGRADO

1.—Seguidamente practico un cuidadoso legrado de la matriz, lecho ungueal y canales.
2.—Después realizo una toilette de los tejidos desprendidos con el legrado, utilizando un bisturí o unas tijeras.

VII.—APLICACION DEL FENOL

1.—Se humedecen dos torundas de algodón en el fenol previamente licuado y se aplican en toda la zona legrada durante 3/4 de minuto, por regla general.

2.—Seguidamente se limpia la zona quirúrgica con alcohol a chorro, durante un tiempo no inferior a 2 minutos.

3.—Se seca la zona y se vuelve a repetir la aplicación de fenol durante 1 minuto, procediendo a una nueva limpieza con alcohol durante otros 2 minutos y secando la zona a continuación.

Nota: He de hacer notar que siempre intervengo los dos canales unguales ya que la experiencia me ha demostrado que, con el tiempo, si no se hace así, al crecer la uña se lateraliza hacia el canal no intervenido, produciendo una nueva onicocriptosis.

Igualmente debo indicar que, cuando intervengo niños hasta unos 15 años, fenolizo 1/2 minuto y 1/2 minuto únicamente.

VIII.—CURA QUIRURGICA

1.—Se aplica pomada enzimática (PARKELASE) en toda la herida quirúrgica.

2.—Se cubre con un apósito estéril (gasa estéril o gasa acolchada tipo Melolín).

3.—Todo ello se venda con vendas tipo Cambric de 5 x 5 ó 5 x 7, según el tamaño del dedo.

4.—Para la sujeción completa yo suelo usar, además, un vendaje tubular tipo Surgifix del número 2 ó 3.

IX.—OBSERVACIONES A LA TECNICA QUIRURGICA

1.—En caso de encontrarme con una infección piógena y una hipertrofia del labio ungueal (rodete), procedo a su extirpación, después de la aplicación del fenol y antes de la cura quirúrgica. La extirpación la efectúo marcando la zona a extirpar con un bisturí y realizando el corte total con unas tijeras, para evitar que sangre demasiado.

2.—Después, aplico fenol durante 1/4 de minuto, aproximadamente, neutralizándolo después con alcohol durante 1 minuto. Con la aplicación del fenol consigo cauterizar los vasos sanguíneos sangrantes, logrando además una anestesia local en la zona del rodete, lo que completa un postoperatorio completamente indoloro.

3.—En este caso y como excepción, suelo realizar la primera cura con una pomada antibiótica (Parkelase con chloromycetin). En las curas sucesivas, si no se presenta infección, dejo de usar los antibióticos tópicos.

X.—TRATAMIENTO POST-QUIRURGICO

1.—Recomiendo la deambulación después de la intervención, pasados unos breves minutos de reposo. No recomiendo el reposo absoluto y únicamente desaconsejo las deambulaciones prolongadas.

2.—No es recomendable permanecer demasiado tiempo con el pie en posición declive. Lo mejor es deambular normalmente y, en reposo, permanecer con el pie (o los pies) elevados. Como regla general, prefiero la deambulación (ya que favorece la circulación de retorno) a permanecer sentado.

3.—Por regla general, no prescribo ningún tipo de analgésico ni antiinflamatorio ya que el postquirúrgico es completamente indoloro. En personas especialmente susceptibles al dolor, recomiendo en caso de que sientan algún tipo de molestia Benorilato 750 mgrs. en comprimido o en sobre (DOLINE). Esta dosis se podría repetir, en caso de necesidad, 3 ó 4 veces al día.

4.—En contadísimos casos se presenta hemorragia después de una intervención con esta técnica. En ese caso se puede recomendar reposo con la extremidad elevada (por encima del corazón) y la aplicación de bolsas de hielo.

5.—Prescribo pediluvios salinos (agua tibia a la que se añade un sobre de COR-PIK sales), previos a las curas. Es decir, el paciente efectúa el pediluvio inmediatamente antes de venir a la consulta, después del pediluvio se protegerá el dedo intervenido con una gasa estéril y vendrá al consultorio para ser curado.

6.—Curas: por regla general, las realizo cada DOS días. No puedo dar una pauta exacta en cuanto a los preparados a usar en cada caso, sin embargo, se puede partir de las siguientes premisas:

a) Casi nunca uso pomadas o polvos antibióticos ya que la herida quirúrgica es aséptica, y

el uso inadecuado, indiscriminado o innecesario de los antibióticos puede favorecer la aparición de una infección micótica y, además, retrasa el tiempo de cicatrización.

b) Las dos primeras curas, la de la intervención y la siguiente, las hago húmedas, utilizando una pomada anzimática sin antibióticos (Parkelase), excepción hecha de lo apuntado antes (cuando hay infección piógena).

c) Las curas siguientes las hago utilizando polvo de catalasa (Biocatalase aerosol) o con Dextranómero en polvo (Debrisan sobres), teniendo muy en cuenta que es imprescindible una escrupulosa limpieza con suero fisiológico insotónico (con jeringuilla a presión) antes de cada cura a fin de eliminar los restos de polvo (Biocatalase) o los gránulos (Debrisan) de la cura anterior.

d) Cuando encuentro la herida excesivamente seca, vuelvo a utilizar la pomada enzimática y si además del fenol, he intervenido rodetes, utilizo, para evitar que granule la herida demasiado deprisa, violeta de genciana alcoholizada o fenicada (a elegir), siguiendo la pauta de nuestro querido maestro Leonardo ESCACHS (E.P.D.), pionero de la cirugía podológica en nuestro país y en Europa.

7.—Calzado: No es recomendable la utilización de zapatos hasta pasados 8 ó 10 días de la intervención, a fin de evitar la compresión del dedo. Pasados esos días, recomiendo la utilización de calzado fisiológico y una protección de Tuboprote o similar durante una o dos semanas, para evitar el roce directo.

8.—Revisión: Pasados unos 30 ó 40 días de la intervención, vuelve el paciente a la consulta y procedo a eliminar la queratina que, con frecuencia, se forma en el lecho y canal ungueales. Seguidamente, con una fresa de diamante, pulo la uña dándole una forma redondeada a los bordes que han quedado planos y cortantes en el acto quirúrgico.

9.—Complicaciones: En unas 200 intervenciones con la técnica del fenol-alcohol, nunca se me han presentado complicaciones de consideración. Las mismas se pueden limitar a una pequeña infección local, si el paciente no ha acudido a revisión oportunamente y se ha efectuado él mismo las curas. En dos ocasiones me he encontrado con avulsiones completas de uña debidas a un traumatismo; en ese caso me he limitado a completar la avulsión y, posteriormente, he podido comprobar que el resultado de la intervención ha sido igualmente satisfactorio.

DESVENTAJAS DE LAS DIFERENTES TECNICAS CLASICAS

1.—Utilización de FENOL LICUADO (en solución acuosa al 88-90%): Esto acorta la vida del fenol, impide conocer a ciencia cierta si la solución conserva su poder cáustico en cualquier momento y supone un riesgo potencial de intoxicación por ingestión accidental.

2.—Período de cicatrización excesivamente largo: entre 45 y 60 días, por término medio.

3.—Exposición demasiado prolongada: con riesgo de producir una quemadura excesivamente profunda, produciendo lesiones óseas y/o periósticas e incluso grangrena fenólica (ver cuadro I).

4.—Utilización de drenaje post-quirúrgico y antibióticos: resultan de dudosa utilidad, a priori, y retrasan el tiempo de cicatrización.

VENTAJAS DE MI TECNICA

1.—Utilización de FENOL PURO: Se presenta en forma de cristales, procediendo a licuarlo inmediatamente antes de la intervención, sumergiendo el recipiente en agua caliente durante unos 10-15 minutos. De esta manera me aseguro de que el fenol posee todas sus cualidades cáusticas, bactericidas y anestésicas, haciendo desaparecer al mismo tiempo el riesgo de intoxicación por ingesión accidental.

2.—Período de cicatrización más corto: Entre 15 y 20 días, por término medio.

3.—Exposición menor al ácido: Con lo que disminuye el riesgo de producción de una quemadura excesivamente profunda (ver cuadro I).

4.—No utilizo, en principio, pomadas antibióticas, por las causas expuestas anteriormente.

5.—Recomiendo la deambulación normal (nunca excesiva) después de la intervención ya que facilita la circulación sanguínea, evitando complicaciones y acelerando la cicatrización.

CUADRO I.—CONCENTRACION Y TIEMPO DE EXPOSICION DEL FENOL

AUTOR	Concentr.	1.ª Exposición	2.ª Exposición
MUNT (Reino Unido)	PURO	3 minutos	3 minutos
YALE (EE.UU.)	88%	1,5 minutos	3 minutos
ALONSO (España)	88-90%	1-2 minutos	2 minutos
VALERO (España)	Adultos	3/4 - 1 minuto	1 minuto
	PURO		
	Niños	1/2 minuto	1/2 minuto

CONCLUSIONES

1.—España es un país pionero en la Cirugía Podológica. Es nuestro deber como podólogos continuar la labor de los pioneros como Escachs y seguir el ejemplo de los Aycart, Rodríguez, Alonso, Albalá, Araolaza, etc..., etc..., describiendo nuevas técnicas quirúrgicas y perfeccionando las ya existentes.

2.—Con esta ponencia he pretendido demostrar que cualquier técnica existente es mejorable. Se trata únicamente de profundizar en su estudio, ir introduciendo modificaciones y, posteriormente, ponerlas en conocimiento de los compañeros para que juzguen sus posibles ventajas, beneficiándose toda la clase profesional y, lo más importante, los pacientes.

3.—Desearía que esta aportación personal a una técnica quirúrgica de todos conocida os pueda resultar de alguna utilidad.

Muchas gracias.

BIBIOGRAFIA

ALONSO, J.: El fenol en las onicopatías, Rev. Esp. Pod., 1981.

ALONSO, J.: Interpretación quirúrgica en el tratamiento de la onicocriptosis. Ponencia presentada al XIV Congreso Nacional de Podología, Islas Canarias, 1981.

ALONSO, J.: Técnicas quirúrgicas en Podología. apuntes de Quiropodología y Cirugía Podológica de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Barcelona. 1978-1980.

ARAOLAZA, J.J.: Onicocriptosis por rodete. Tratamiento quirúrgico. Técnica de Escachs modificada. Ponencia presentada al XIV Congreso Nacional de Podología, Islas Canarias, 1981.

AYCART, L.: Avulsión parcial de la uña y matriztomía por fresado. Rev. Esp. Pou., núm. 87, 1.892.

CALVO, J.A.: Técnica de aplicación de cuña acrílica en interposición onico-periungueal en el tratamiento de la uña incarnada. Ponencia presentada al XIV Congreso Nacional de Podología, Islas Canarias, 1981.

ESCACHS, L.: «Extirpación del rodete hipertrófico. Rev. Esp. Pod.

GOLDBLUM y col.: J. Invest. Derm., 20, 13. 1953.

MUNT, E.I.: Destrucción parcial de la matriz de la uña. Ponencia presentada al X Congreso Internacional de Podología, Copenhague, 1982.

LITTER, M.: Farmacología experimental y Clínica. Sexta Edición. Editorial «el Ateneo», 1980.

MATEU, J. Y COL.: Síntesis toxicológica. Edit. Laboratorios Substancia.

MORANK F.: Variante de la técnica Du Vries en la hipertrofia labioungueal. Ponencia presentada al VI Congreso Nacional de Podología. Op. cit. Aycart en Rev. Esp. Pod., número 87. 1982.

WEINSTEIN, F.: Podología. Edit. Salvat. 1970.

YALE, I.: Podología médica. Edit. Jims, 1978.

ZAUN, H.: Patología ungueal. Edit. Doyma. 1982.

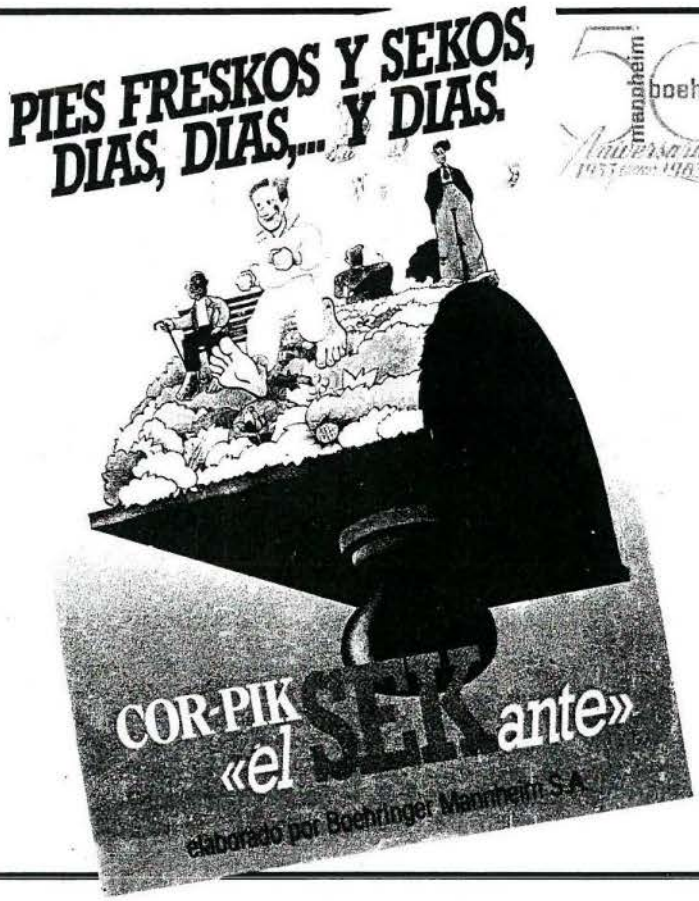
EL FENOL Y SUS DERIVADOS

FENOL = ACIDO FENICO = ACIDO CARBOLICO: Hidroxibenceno.

Fórmula: C6 H5 OH.

Peso molecular: 94,11.

Punto de fusión: 43° C.



boehringer mannheim

COR-PIK SEK

Para que los pies permanezcan FRESCOS Y SECOS, DIAS, DIAS... y DIAS, son precisas unas acciones básicas

- ACCION ANTITRANSPIRANTE
- ACCION DESODORANTE

y que los efectos sean prolongados.

COR-PIK SEK cumple estos requisitos eficazmente. Generalmente basta aplicar cada 3 meses, aunque puede variar en función de la intensidad de sudoración de cada usuario. Aportando además:

- ACCION DERMOPROTECTORA (HIDRATANTE/EMOLIENTE)
- ACCION RELAJANTE
- ACCION SUAVIZANTE (QUERATOPLASTICA)

PRESENTACION

Estuche para una aplicación conteniendo Sobre n.º 1 (Sales de Baño) y Sobre n.º 2 (Polvo).

Ponen alas a sus pies

boehringer mannheim

COR-PIK SALES

(Baño de Pies) concentradas

Baño relajante de la musculatura. Suprime el ardor, es suavizante y desodorante de los pies a través de sus acciones:

- DESCONGESTIVA • EPITALIZANTE
- QUERATOPLASTICA • ASTRINGENTE
- OXIGENANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION

Estuche de 15 sobres de 10 grs.

COR-PIK GEL

Reposante, Refrescante y Desodorante a través de sus acciones:

- ASTRINGENTE • VASOPROTECTORA
- DESCONGESTIVA • ANALGESICA
- REFRESCANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION Tubos de 50 grs.

elaborado por Boehringer Mannheim S.A.

FENOL: DEFINICION: Los fenoles se caracterizan por poseer uno o más grupos hidróxidos fijados sobre los átomos de carbono del anillo bencénico corresponden a tres grupos importantes:

1.—Fenoles.
2.—Alquifenoles.
3.—Halofenoles.

El FENOL es el más antiguo de los antisépticos utilizados y se extrae por destilación del alquitrán de hulla o por síntesis. En estado puro se presenta en forma de cristales aciculares, incoloros o masas cristalinas blancas. De olor característico y saber acre, es soluble en agua, muy soluble en alcohol, glicerina y aceites. Se licua por adición de un 10% de agua (FENOL LICUADO) o, durante unos minutos, por medio de calor. El fenol posee una potente acción germicida, que puede aumentarse por la introducción de grupos alquilos o halógenos.

DERIVADOS FENOLICOS

1.—ALQUIFENOLES: a) CRESOLES: 2, 3, 4. Metilfenol.
b) POLIDICRESOLATO.
c) XILENOL: Dimetilfenol.
d) TIMOL: Metil-1-hidroxi-6-isopropilbenceno.
e) HEXILRESORCINOL: 6-n-hexilresorcinol.

2.—HALOFENOLES: a) TRICLOROFENOL: 2, 4, 6. Triclorofenol.
b) CLOROXILENOL = ESPADOL: 4-cloro-3,5-dimetil-1-hidroxibenceno.
c) HEXACLOROFENO = FISOHEX: 2,2 metilenobis-(3, 4, 6.—Triclorofenol).

3.—OTROS DERIVADOS: a) RESORCINOL = RESORCINA: 1-3-dihidroxibenceno.
b) NITROFENOLES: ACIDO PICRICO: 2, 4, 6 trinitrofenol.

DIVISION DE LOS FENOLES

1.—MONOFENOLES: Fenol (ácido fénico o ácido carbólico).
2.—DIFENOLES: —Pirocatequina.
—Resorcina.
—Hidroquinona.

3.—TRIFENOLES: Pirogalol.
4.—CRESOLES: Orto, meta y para-fenol.

USOS DE LOS FENOLES

1.—Fabricación de resinas artificiales.
2.—Colorantes y tintes.
3.—Lubricantes.
4.—Explosivos.
5.—Reveladores fotográficos.
6.—Limpiadores y conservadores de pinceles de pintura.
7.—Zotal.
8.—Industria farmacéutica:
—Antisépticos.
—Antihelmínticos.
—Otros usos.

ACCION FARMACOLOGICA GENERAL DE LOS FENOLES Y DERIVADOS

1.—Son hidrocarburos aromáticos de amplia difusión (ver usos).

2.—Son tóxicos intensos del protoplasma, produciendo especialmente lesiones nerviosas y renales y hemolisis.

3.—Se combinan con las proteínas, coagulándolas a altas concentraciones, lo que constituye la base de su ACCION GERMICIDA.

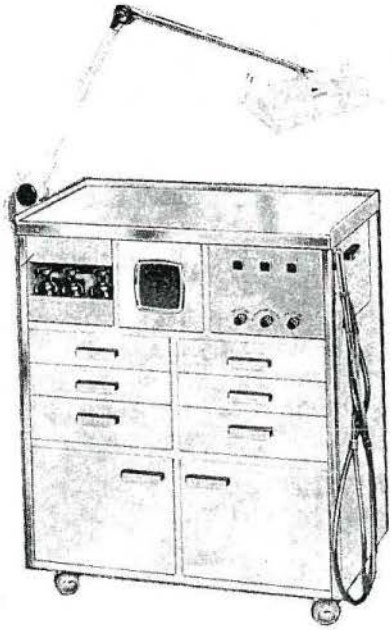
4.—Los fenoles actúan rápidamente y tienen gran poder de penetración ya que la unión con las proteínas no es muy estable.

5.—En concentraciones muy diluidas pierde el poder bactericida parcialmente y el fungicida en su totalidad.

DEPOSITO DENTAL DENTALITE, S. A.
SAN BERNARDO, 74 TELEF. 231 40 15
M A D R I D

SERRA FARGAS, S. A.
PLAZA CASTILLO, 3 TELEF. 301 83 00
B A R C E L O N A

La estética y funcionabilidad al servicio de la Podología

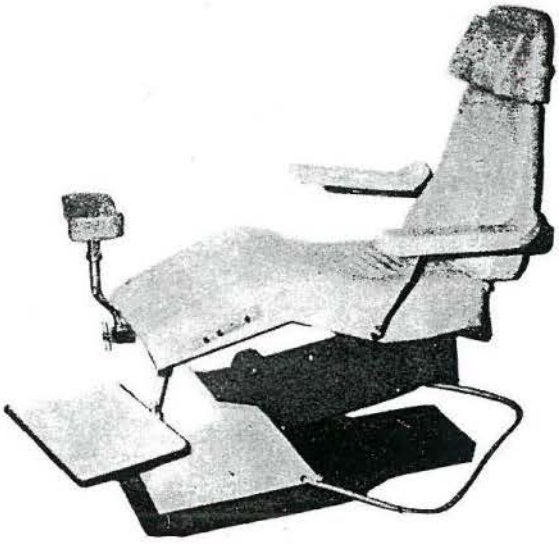


EQUIPO NUM. 560

— Motor con aspiración incorporada, pieza de mano. - 6.000 - 8.000 r.p.m.
— Lámpara.
— Esterilizador rayos ultravioletas.
— 6 cajones. - 2 puertas.
— Algodenara, frascos de spray.
— Rodable.
— Cauterio.

SILLON DENTALITE

— Subida y bajada eléctrica.
— Inclinación respaldo y retorno.
— Retorno automático a cero.
— Apoya pies regulable con bandeja.



6.—El fenol en solución concentrada tiene acción cáustica sobre la piel y mucosas. Sobre la piel produce una película blanca de proteína precipitada que se vuelve roja (por oxidación del fenol), la escara se desprende después y, si el fenol queda en contacto con la piel penetra y provoca necrosis y grangena (GRANGRENA FENOLICA).

7.—El fenol penetra en la piel y provoca ANESTESIA LOCAL, actuando sobre las terminaciones nerviosas (en soluciones al 2-5%). Esta anestesia local va precedida de una sensación de calor y hormigueo.

8.—El fenol en soluciones aceitosas, alcohólicas y en glicerina tiene menor acción local y pierde parte de sus propiedades antisépticas.

9.—El fenol se absorbe incluso por la piel intacta.

INTOXICACION POR FENOLES Y DERIVADOS

1.—Dosis mortal en el adulto: 4-20 grs. para el ácido fénico (según otros autores: o-15 grs.).

2.—Absorción por vía respiratoria: muy rara ya que el típico olor del fenol impide la inhalación prolongada.

3.—Absorción por vía digestiva: accidental o intento de suicidio, hay tres tipos de síntomas:

a) Gastrointestinales: —Dolor y quemadura en la boca.
—Naúseas y vómitos.
—Diarrea y cólicos.

b) Nerviosos: —Al principio excitación y, después, depresión.
—Inconsciencia.
—Hipotermia.
Coma.

c) Cardiovasculares: —Hipotensión arterial, hasta schock.
—Muerte por parálisis respiratoria (en 24 horas).

El tratamiento de urgencia consistirá en:

—Lavado gástrico con una sustancia que disuelva el fenol: ACEITE VEGETAL que además retarda su absorción.

—Mantener el calor (estufas, mantas eléctricas, etc...).

—Tratamiento del schock: solución salina isotónica, plasma y transfusión.

—Respiración artificial y oxígeno en caso de apnea.

4.—Absorción por la piel: Si no se elimina o neutraliza a tiempo, puede provocar necrosis y gangrena. Igualmente, si se aplica en heridas de una cierta profundidad puede provocarse una absorción sistemática del fenol, dando lugar a un cuadro de intoxicación sistemática.

USOS DEL FENOL: FENOLES ANTIHELMINTICOS

El HEXILRESORCINOL (alquifenol derivado del resorcinol), es útil en el tratamiento de las infecciones causadas por Ascaris Lubricoides (sobre todo en pacientes con intolerancia a la piperazina) y en las producidas por T. Triehiura.

La ingestión de este compuesto puede dar lugar a:

1.—Quemaduras e incluso ulceraciones en la mucosa bucal.

2.—Escozor perianal (administrado en enema).

3.—Activación del ulcus gastro duodenal (contraindicación absoluta).

El TIMOL (extraído de la esencia del tomillo u obtenido por síntesis) es útil en el tratamiento de la Anquilostamiasis y la Ascariasis. Su toxicidad se potencia con la ingestión de grasas o alcohol (aumentan su absorción).

Su ingestión puede dar lugar a:

1.—Trastornos gastro-intestinales.

2.—Trastornos neurológicos.

3.—Trastornos cardio-vasculares (ver intoxicación por fenoles).

No hay que dar pie a los hongos

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

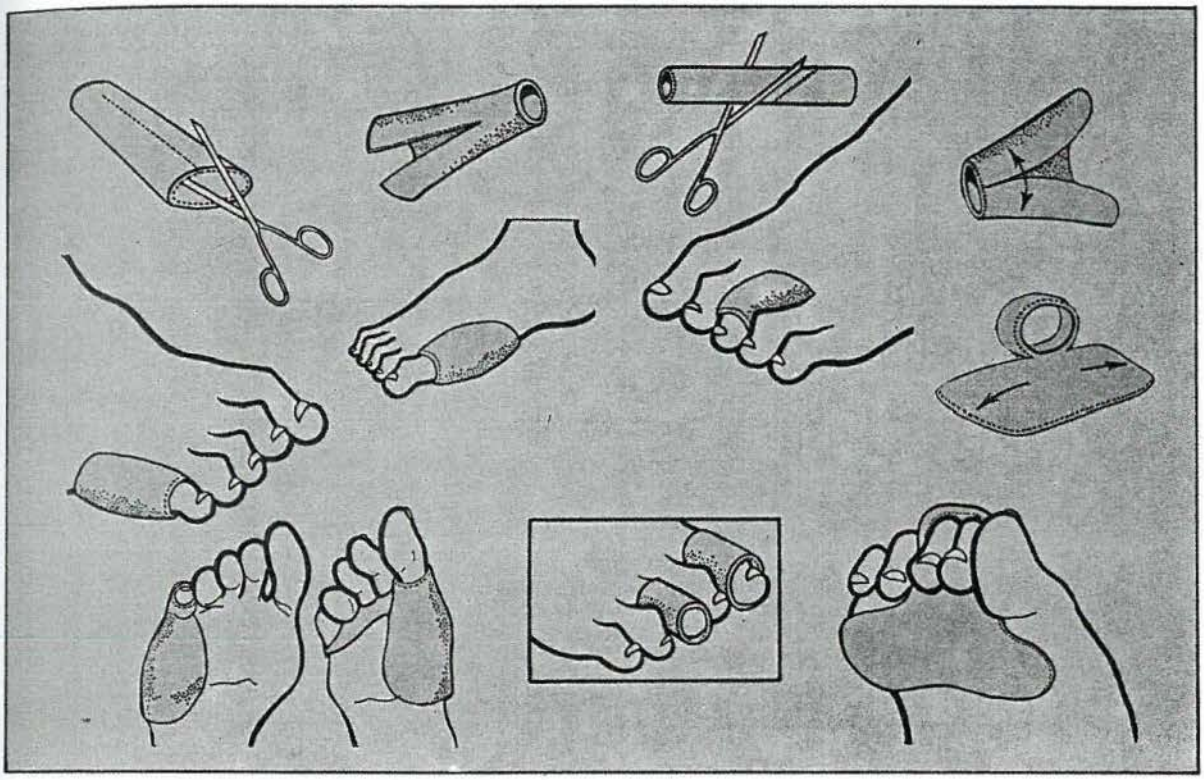
Bayer / Antimicóticos

TUBOPROTE®

Ref. 108

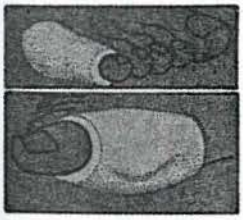
Vendaje Tubular de gasa, recubierto de Foam, con doble vuelta

TUBULAR FOAM DRESSINGS



Vendaje tubular de gasa recubierto de Foam, con doble vuelta que permite hacer todo tipo de protecciones, almohadillas, juaneteras, etc. Fácil de adaptar a cualquier necesidad podológica. Alivia las metatarsalgias sin abultar en el interior del calzado. Es fácil de quitar y substituir.

Este vendaje revolucionario, está siendo utilizado con éxito por los Podólogos de todo el mundo.



Se sirve en cuatro tamaños; *1:* 15 mm. de diámetro; *2:* 18 mm. de diámetro; *3:* 21 mm. de diámetro y *4:* 21 mm. de diámetro.

Cada caja contiene 12 tubos de 25 cms. de longitud.

Tubular Foam Dressings.

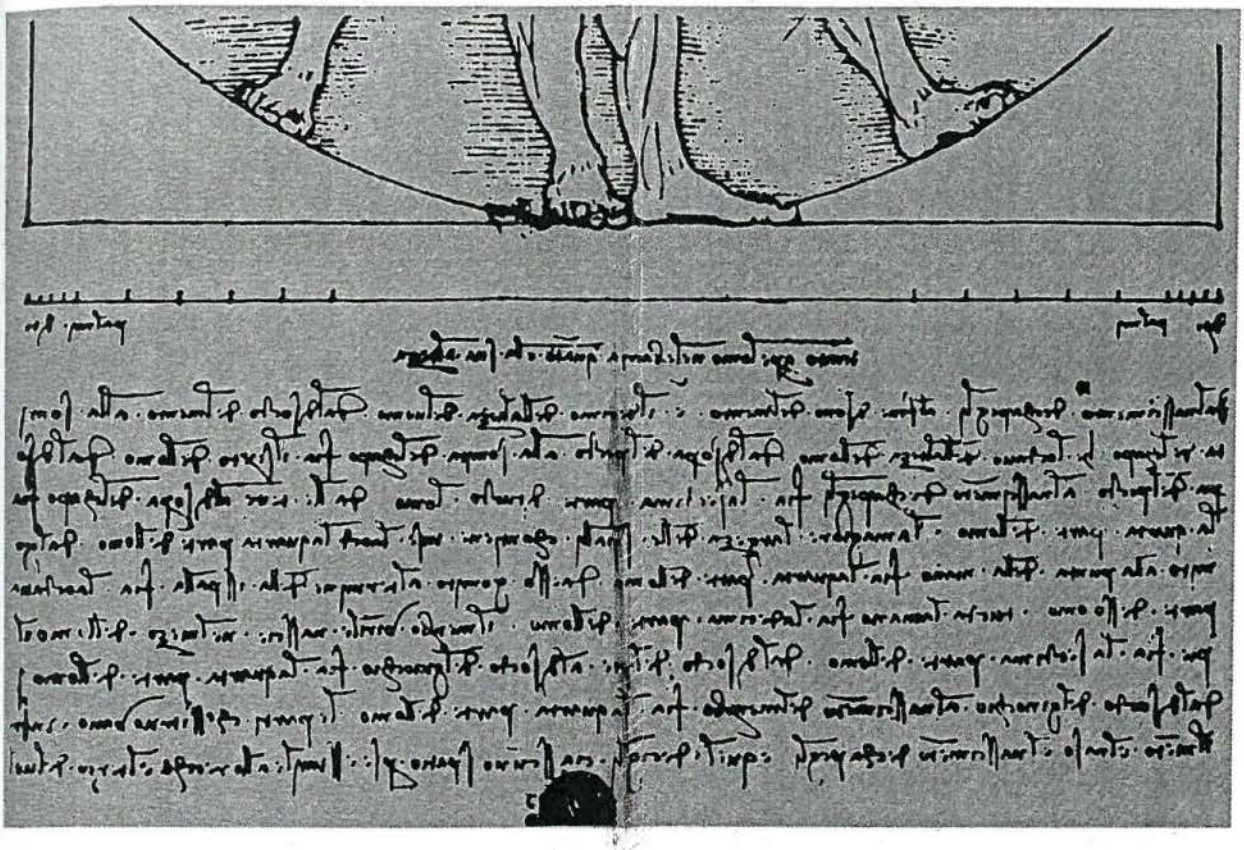
Box of 12 pieces (25 cms. each)

Size ..... 15 mm. diameter
Size ..... 18 mm. diameter
Size ..... 21 mm. diameter
Size ..... 25 mm. diameter

López de Hoyos, 142, 5.º - Madrid-2 - ESPAÑA - Teléf. 413 15 70

Avda. Meridiana, 354, 10.º, 5 - Barcelona-27 - Teléf. 311 01 08

LUGA



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.E.P. SEPTIEMBRE-OCTUBRE

n.º 95 1984

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
García Lorca, 8
CADIZ.

Director:
Sergio Bonamusa Mont.
Presidente de la A.E.P.

Redactor jefe:
Alvaro Ruiz Marabot.
C/ García Lorca, n.º 8, bajo D.
CADIZ.

Colaboradores de redacción:
Jesús Criado Delgado, CADIZ
Lorenzo Sánchez Quirós, Jerez de la Frontera (CADIZ).
José L. Salcini Macías, Puerto Real (CADIZ).

Administrador:
Angel Gil Acebes.
Avda. Valencia, n.º 13, 2.º C.
ZARAGOZA-5.

Jefe de Prensa:
Manuel Poyatos Villamor.
C./ Regino Martínez, n.º 15, 1.º.
Algeciras (CADIZ).

Imprime:
INGRASA
Industrias Gráficas Gaditanas, S.A.
C/ Hércules, 13.
CADIZ.

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215.

SUMARIO

EDITORIAL

Código deontológico

La necesidad de disponer de forma real en los estatutos de nuestra asociación, de unas normas o código que regule nuestro comportamiento profesional en las actuaciones estrictamente podológicas; creemos deben de contemplarse, pues de lo contrario si sólo dejamos que cada uno de nosotros marquemos nuestras propias normas de conductas éticas y deontológicas, crearía un vacío difícilmente superable en el futuro.

En las últimas asambleas postcongresos hemos propuesto la confección de un anteproyecto de redacción que cubra esta necesidad y satisfaga a todos. No obstante aunque lleguemos a un acuerdo unánime de todos los asociados, debemos preocuparnos que en nuestras escuelas, estas disciplinas se impartan a los alumnos que en su día serán futuros podólogos eficaces en la sociedad, no sólo por sus conocimientos técnicos, la moral y ética les dignificarán.

Lamentablemente, hay quien piensa en la poca utilidad de esta materia en las áreas de estudios en las profesiones universitarias, desviando todo su interés en el perfeccionamiento técnico. Desafortunadamente los pocos textos o tratados que encontramos, abundan en tan extensa filosofía que hacen inviable a veces un estudio fácil y comprensible a los estudiantes.

Pensemos pues, en estimular a todos en crear un compromiso de conducta podológica, así evitaremos tantos y tantos casos de todos conocidos que nos hacen desviar la mirada.

Intentemos con buena voluntad superar este vacío que ya se prolonga demasiado.

NOTAS DE REDACCION

Algunos compañeros nos escriben comunicándonos que no reciben la revista, creemos estar en un buen momento para confeccionar los listados para el próximo Anuario 1984. Agradecemos a todos aquellos que por cambios de consultas o domicilios, teléfono, etc., nos informasen en su día, lo hagan directamente a la Secretaría de nuestra asociación, calle Gran Vía, 33-7°. MADRID, o bien a su delegación provincial.

Alvaro Ruiz Marabot
Redactor jefe

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PODOLOGOS
XVII CONGRESO
NACIONAL DE PODOLOGIA
CADIZ DEL 10 AL 13 OCTUBRE 1.984

Secretaría General
C/. Cristobal Colón, n.° 1-dupl.
Teléfonos 231916 - 285215
C A D I Z-11005

Queridos compañeros(as):

Una vez finalizado nuestro congreso nacional y de nuevo en vuestros hogares en el trabajo cotidiano, este comité organizador quiere agradeceros vuestra asistencia y aportaciones científicas que han hecho posible el desarrollo del congreso.

Sabemos que a pesar de estar preparando la organización durante todo un año, es imposible conseguir la perfección completa y que las 700 personas que han asistido se sientan totalmente satisfechas. Pedimos una vez más disculpas por los fallos que a nivel personal o colectivo encontrarais durante los días que habéis permanecido con nosotros. Tened la seguridad que todos los componentes del comité organizador hemos procurado que el congreso se realizara a gusto de todos los participantes.

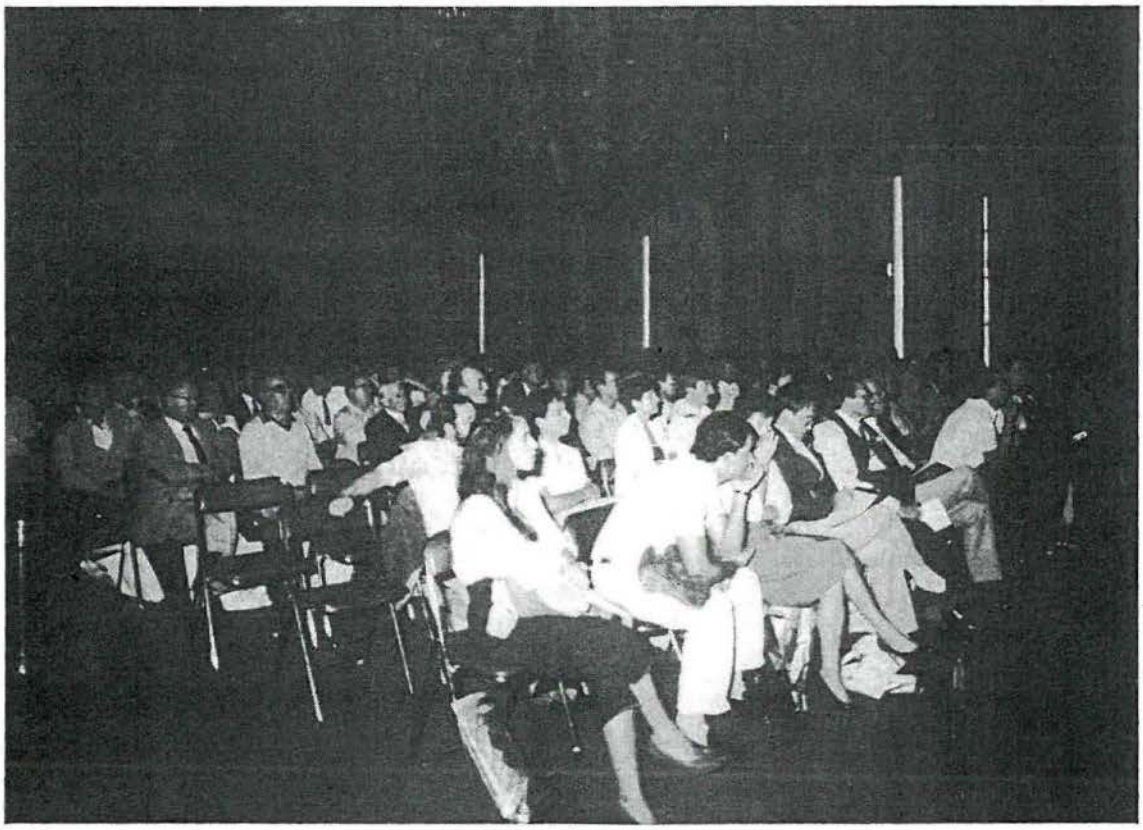
Sirvan estas fotografías en nuestra revista como recuerdo de los días que vivimos todos los podólogos en el Congreso en Cádiz.

Un fuerte abrazo

EL COMITE ORGANIZADOR

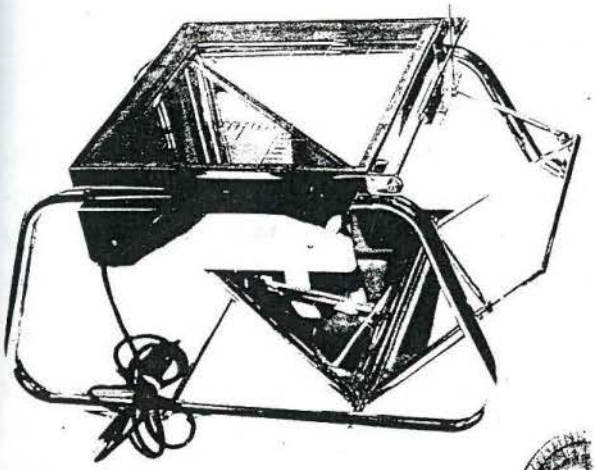
Al dorso, algunos momentos del Congreso ⟶


XVII CONGRESO NACIONAL
DE PODOLOGIA

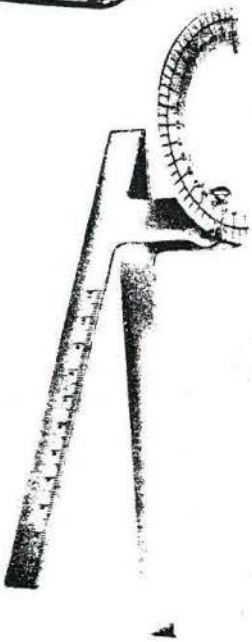


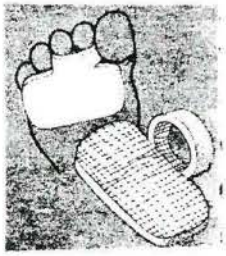
MIFER

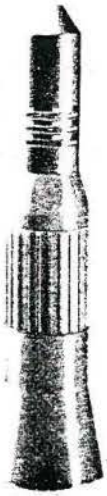
PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA

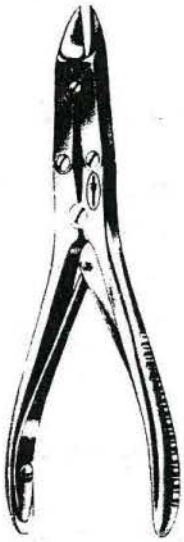


SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.









SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

LASER Y PODOLOGIA: PRIMER CONTACTO

La especial situación de nuestra profesión, repartida entre varias especialidades médicas (ortopedia, cirugía, rehabilitación...) nos induce a estar constantemente en «la cresta de la ola», es decir, en el más alto nivel científico y técnico, para demostrar que la PODOLOGIA, pese a quien pese, es necesaria, útil e imprescindible en el cuadro sanitario de nuestra sociedad.

Este motivo ha constituido y constituye un estímulo para la búsqueda de nuevas terapias y su aplicación al pie, a fin de conseguir con ello una mayor calidad terapéutica y por consiguiente, una mejora sustancial de nuestra labor.

Actualmente, el último avance en electrología es la LASERTERAPIA, técnica innovadora, distinta a las utilizadas hasta el momento, que nos proporciona un amplio abanico de posibilidades.

¿QUE ES LA RADIACION LASER?

Básicamente, podemos afirmar que se trata de una emisión fotónica, con una longitud de onda determinada que le confiere unas propiedades concretas.

Cabe puntualizar que no todos los láser tienen la misma utilidad, distinguiéndose perfectamente los terapéuticos, de los que suelen instalarse en discotecas, salas de fiesta, espectáculos...

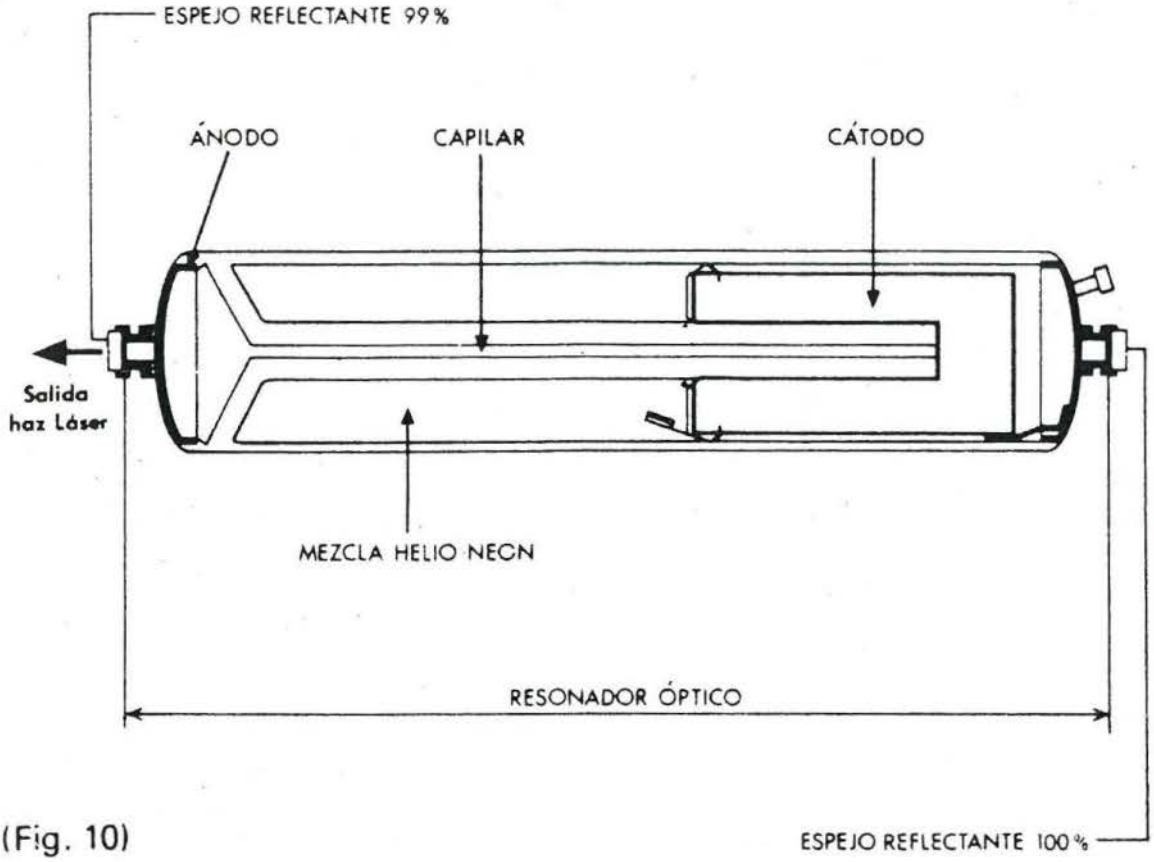
Dentro de los propiamente terapéuticos el que más se ajusta a nuestras necesidades es el de He-Ne de baja intensidad.

LASER DE HE-NE DE BAJA INTENSIDAD

Obviaremos deliberadamente el estudio de la física del láser para centrarnos exclusivamente en la cuestión que nos interesa preferentemente: sus efectos terapéuticos. Nuestro objetivo es dar a conocer la terapia láser, no cómo se produce esta radiación. Así, si bien la figura 10 nos muestra los principales componentes de un tubo láser, nosotros situaremos el punto de partida del presente artículo en la SALIDA HAZ LASER.

FUNDAMENTOS DE LA LASERTERAPIA

En 1923, el Dr. Alexander Gurvich observó que si colocaba dos cultivos celulares independientes juntos, el proceso de mitosis era simultáneo, pero si los



(Fig. 10)

separaba con una barrera de vidrio esta reacción no se producía. Dedujo entonces, que las células vivas emiten, a modo de mensaje, unas irradiaciones propias ultradébiles.

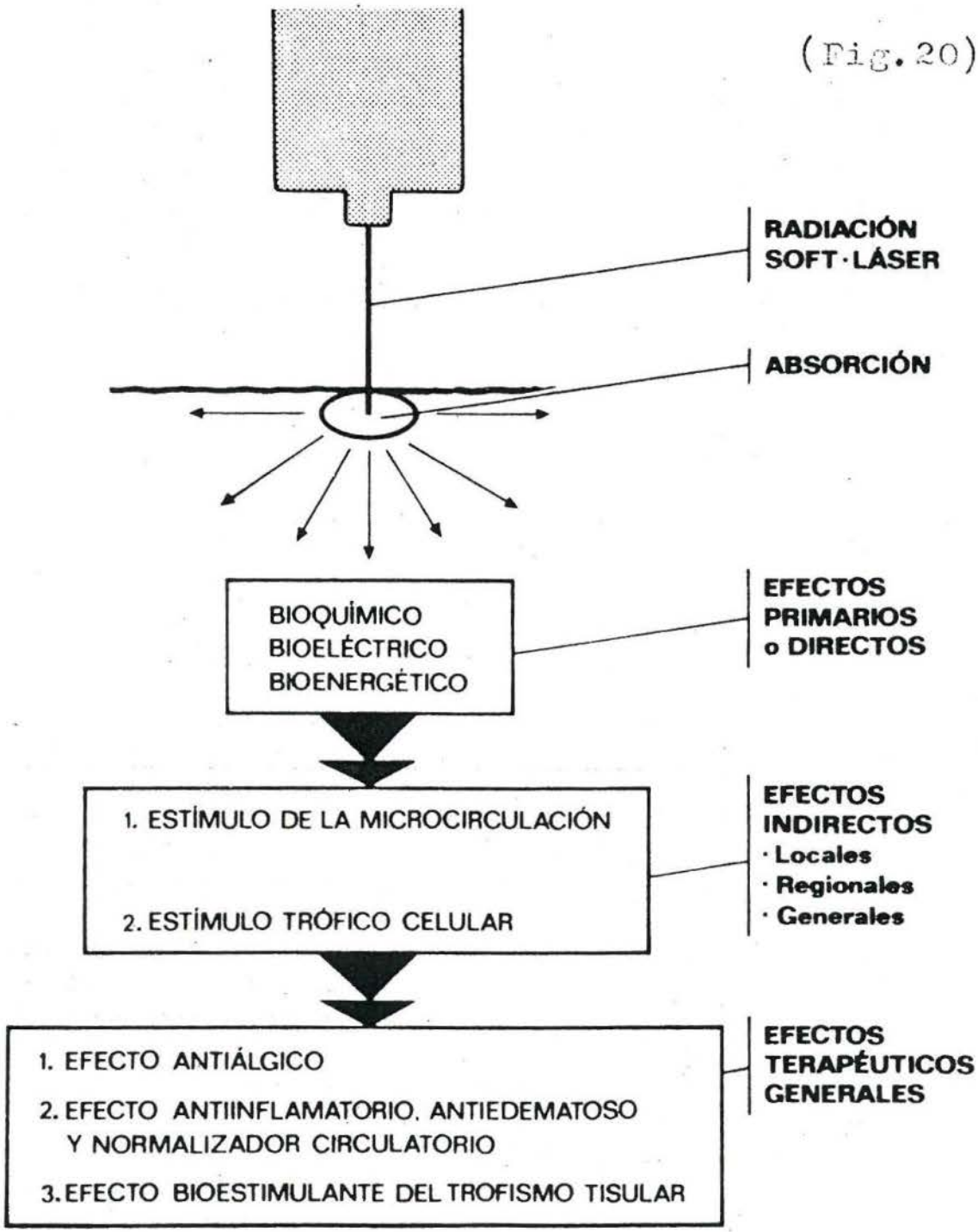
El Dr. Popp en 1960, haciendo un análisis espectral de tales irradiaciones, reparó en que el mayor componente fotónico es emitido en la banda del visible de los 625 a 700 nanómetros. Esto impulsó a la realización de diversas experiencias para explicar los efectos de inducción biológica del láser, con lo que se demostró que al irradiar una zona, ésta y las que la rodean se ven beneficiadas.

El profesor Inyushin de la URSS y el profesor Mester de Hungría sostienen que la materia orgánica no cuenta tan sólo con una estructura bioquímica, como se nos ha repetido hasta la saciedad, sino que dispone además, de una estructura energética bien definida. Esto significa que las enfermedades se producen por una ruptura del equilibrio de la energía del organismo. El láser He-Ne emite dentro de los márgenes energéticos de las células sanas, por lo que, partiendo del efecto de inducción, reequilibra el potencial de energía celular alterado.

ESQUEMA DE ACCION DE LOS LASER

Ponemos especial énfasis en remarcar que el láser, salvando posibles opiniones contrarias, no penetra, sino que se ABSORBE desde los tejidos

superficiales a los profundos, debido a los efectos de inducción mencionados. Estos se clasifican en dos grandes grupos: (Fig. 20).



1) Efectos primarios o directos.

—Bioquímico: —Estimula la liberación de hormonas.
—Modifica las reacciones enzimáticas. Tiene un mecanismo de acción similar a los antiinflamatorios.

—Bioeléctrico: —Actúa sobre la movilidad iónica.
—Aumenta la cantidad de ATP producido por la célula; es por ello por lo que contribuye a normalizar el potencial de membrana, reequilibrando la actividad funcional de la célula.

—Bioenergético: —Tiene que ver con la emisión de energía celular, aunque éste es un punto sobre el que todavía no se ha llegado a conclusiones unánimes. No obstante, el láser provee a la célula de una energía que estimula, a todos los niveles, su troficidad y fisiologismo, neutralizando sus desigualdades.

2) Efectos indirectos.

Los efectos directos o primarios, generados por la propia absorción y desarrollados en la misma absorbente y zona circundante, provocan dos grandes efectos indirectos —estímulo de la microcirculación y aumento de la troficidad local— que, a su vez, originan otros efectos fisiológicos de profundidad y extensión mayores, los cuales reseñamos a continuación:

a) Analgésico: —Es un efecto que ha llamado inmediatamente la atención. Así, casos que con las terapias podológicas habituales no se habían resuelto, gracias al láser lo hemos logrado.

b) Antiinflamatorio y antiedematoso: —La radiación láser He-Ne es ACALORICA. Su acción se debe a una vaso dilatación arteriolar, lo que contribuye a un incremento de la circulación local.
—Al aumentar la volemia regional se favorece el aporte de neutrófilos y monocitos, así como la absorción del exudado fibrinoso. La eliminación de la estasis es definitiva para la resolución de la reacción inflamatoria, mucho más rápidamente de lo que el organismo es capaz por sí mismo.

c) Bioestimulativo y trófico tisular: —Estimula la génesis de ATP mitocondrial.
—Incrementa la síntesis proteica.

DOSIMETRIA Y APLICACION

Las dosis de láser de He-Ne de baja intensidad aplicadas al paciente vienen dadas en julios/cm^2. Teniendo en cuenta que la potencia del equipo con que trabajamos es constante, el tiempo necesario para conseguir los depósitos correctos de láser en cada punto es fácil de calcular.

Frente a cualquier cuadro patológico que se nos presente deben cumplirse dos condiciones fundamentales: un diagnóstico adecuado y una dosificación precisa.

Abundamos en estos dos puntos puesto que un proceso, según sea agudo o crónico exige un tratamiento distinto. Así, por ejemplo, el criterio a seguir frente a una bursitis del tendón de Aquiles, difiere sensiblemente del que seguiremos frente a una reepitalización post-operatoria por tercera intención.

Podemos dividir la metodología de aplicación del láser, esquemáticamente, en directa y con fibra óptica.

1) Directa: —En la salida del haz láser colocamos un espejo reflector, que nos permitirá dirigir el haz hacia la zona afectada.
—Mediante lentes divergentes, acopladas al mismo equipo, es posible aumentar la zona de irradiación, por lo que la superficie tratada será mayor.

2) Fibra óptica: —Posibilita el tratamiento de lesiones, de forma puntual o mediante pincelado, que debe ser lento y constante, abarcando toda la zona sobre la que estemos actuando.

LASER Y PODOLOGIA

Nuestra experiencia hasta la fecha es positiva y satisfactoria. Con ello no queremos dar la sensación de haber hallado «la panacea», pero sí dejar constancia de los buenos resultados que estamos obteniendo en casos como los siguientes:

—Metatarsalgias en pacientes reacios al uso de plantillas.
—Bursitis del tendón de Aquiles.
—Procesos artrósicos del pie.
—Talalgias.
—Reepitalización post-operatoria. Concretamente, en la técnica del fenol-alcohol, el tiempo de curación se reduce.
—Distensiones y esguinces ligamentosos. El edema y el dolor ceden rápidamente.

Incluso las bursitis de la base de los grandes helomas experimentan una notable mejoría.

Por todo ello, creemos que la laserterapia nos sirve de gran ayuda para

complementar las terapias podológicas usuales, consiguiendo en numerosas ocasiones, la conclusión de cuadros que, de otra forma, no se suelen solucionar satisfactoriamente. Por otra parte, la laserterapia no ha de practicarse necesariamente de modo aislado, sino que es perfectamente compatible con los ultrasonidos, microondas, corrientes exponenciales, acupuntura y auriculopuntura, siendo en estas dos últimas técnicas de gran utilidad, dado que la acción bioenergética del láser permite suplir las agujas, evitando así las pequeñas molestias que ocasionan al paciente, y reportando un efecto similar. Sin embargo, éste es un tema que requiere una mayor atención y que, por tanto, esperamos tratar en próximos artículos.

JOAQUIN ALERM, podólogo

BIBLIOGRAFIA

—COLLS, J.: *La Terapia láser hoy.* Centro Documentación Láser de Meditec, S.A. Barcelona, 1984.

—OSTAPCHENKO, E.: *Iniciación al láser.* Marcombo, S.A. Barcelona, 1972.


Corintho 10 Elegance
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

CIRUGIA PODOLOGICA AMBULATORIA

TECNICA DE LA INCISION MINIMA EN LA CIRUGIA PODOLOGICA

Definición

La cirugía del pie por incisión mínima es un conjunto de técnicas quirúrgicas que se realizan por medio de una pequeña incisión a través de la cual podemos manipular, evitando la exposición directa de los planos quirúrgicos más profundos con una ínfima trauma de los tejidos adyacentes permitiendo a la vez, la deambulación inmediata. La incisión quirúrgica mínima está considerada como la cirugía que ocasiona el mínimo de traumatismo.

Los comienzos de esta técnica datan del año 1945-46, durante los cuales Morton y Polokoff y Patterson, idearon un sistema de cirugía subdermal utilizando limas y fresas conectadas a corriente galvánica, cuyo objetivo era destruir y limar las partículas residuales de la matriz de la uña. En 1960 Edwin Probber de N.Y., adoptó los sistemas de Polokoff, utilizando limas de mano más largas con objeto de llegar a planos más profundos y distantes de la incisión. A finales de ese mismo año se utilizó el primer equipo eléctrico diseñado por Bernard S. Weistock, basándose en el sistema del bisturí eléctrico pero utilizando limas en su lugar.

Durante los años 1960-65, se introdujo esta técnica quirúrgica en el retropié, concretamente en el espolón calcáneo, siendo Albert R. Brown, el primero en utilizarla bajo el sistema de legrado.

Mejoró esta técnica Orlando Mercado, por medio de una lima en forma de campana, y ya en 1967, Joseph Daddonte la aplicó para realizar osteotomías, por medio de sistemas eléctricos, si bien ampliando ligeramente la incisión.

Nació esta técnica a raíz del mismo problema o posición actual de la Podología en España, ya que hasta el año 1960, no se creó el Podiatra en EE.UU., por lo que debían buscar una cirugía no problemática que no practicasen otros profesionales, o sea no ocupando el campo de nadie. Estoy de acuerdo con ellos en su día y creo que éste es nuestro momento.

INDICACIONES DE LA I.M.C.P.

Más del 50% de la cirugía del pie, puede ser resuelta por medio de esta técnica.

—Exóstosis de todo tipo.

—Dedos: en las diferentes formas de presentación de sus desviaciones, (martillo, cuello cisne, garra, gafo, etc.).

—Hallux valgus-Juanete, juanete sastre, köhler II.

VENTAJAS DE LA I.M.C.P.

—Se solucionan los problemas más comunes del pie de una forma efectiva y casi indolora.

—Más económica.
—Deambulación inmediata.
—Aconsejable para paciente de edad avanzada por no requerir hospitalización.
—En pacientes que su estado de salud no permita la anestesia general. Se evitan todas las pruebas y exámenes que se precisan para la anestesia general.
—Menos posibilidad de infección al ser mínima la exposición del campo operatorio.
—Calzado habitual a los ocho, quince o veintiún días, según localización y época del año.
—Puede realizarse en la consulta particular disponiendo de un departamento dedicado exclusivamente a quirófano.

ESTUDIO RADIOLOGICO

En muchas ocasiones será necesario utilizar alambre en el lugar de la lesión, para poder determinar exactamente dónde radica la causa así como su forma de intervenirla. Cualquier tipo de alambre es bueno; damos la forma con unos alicates (tipo ortonixia), bordeando la lesión y fijándolo con esparadrapo.

La proyección dorsoplantar standar de 15º, nos dará una buena perspectiva para los problemas M.T.T., y en cambio nos desdibujará la visión de los dedos, por lo que cuando el problema radique en ellos se obtendrá perpendicular a éstos.

En la proyección lateral en uno y otro caso, será la habitual. Según y dónde radique la causa, y su proyección, en muchas ocasiones nos veremos obligados a obtener a través de los Rx, posiciones especiales para cada caso concreto, debiendo anotar éstas para repetirlas cuando se obtengan las comparativas.

También nos será útil en algunos casos obtener las radiografías con el pie dentro del calzado, de esta forma se ve claramente la posición de los dedos y M.T.T., (nosotros usamos esta forma de obtención para constatar los efectos de las descargas plantares aplicadas, colocando testigos tanto en las plantillas como en el pie, para constatar la coincidencia.

Las axiales, son las más indicadas para las proyecciones de cabeza M.T.T., y sesamoideos.

Las radios que usamos durante la intervención, son del tipo dental Kodak o Phil x-30, que contienen el revelador y fijador. Empleamos también la Polaroid 4 x 5, en blanco y negro que revelamos con el chasis Polaroid 547. Esta técnica la hemos aprendido del Dr. Leonard Hymes, con el cual tuvimos la suerte de compartir unos días en su casa y consulta. Tanto uno como otro sistemas son de resultado inmediato. Disponemos de bolsas estériles del tamaño de las placas, con velcro para cerrarlas.

Puede utilizarse también una talla estéril para envolver la placa.

CONSIDERACIONES GENERALES PRE-OPERATORIAS

Pre-operatorias: Mentalización del paciente. Explicar al paciente los pormenores de la intervención con objeto de concienciarlo y que sepa a qué va a ser sometido.

Exponer los riesgos y resultados de forma promedio, de manera que simplifique su comprensión.

Estudio por medio de examen físico radiológico y analítico.

Posibilidades de reestructuración y/o mejoría de la alteración morfológica y/o posicional.

Influencia de la intervención sobre la biomecánica podológica.

Influencia sobre las alteraciones producidas por el roce, helomas, bolsas adventicias, higromas, bursitis.

Influencia sobre la problemática del calzado.

Influencia sobre la problemática de la estética.

CONSIDERACIONES OPERATORIAS

Actuaremos como en cualquier intervención, siguiendo las normas de asepsia standar ya establecidas y comunes a todos los casos, tanto para el operador como para el paciente y campo operatorio.

La anestesia se escogerá según la zona a intervenir. Es frecuente en nuestra consulta el uso de Mepivacaína, con lo que conseguimos una acción rápida.

INCISION SOBRE LA ZONA ESCOGIDA

Control radiológico durante la intervención previa limpieza con suero fisiológico por medio de jeringa con trocar.

Una vez damos por finalizada toda actuación con instrumental, limpiamos de nuevo con suero fisiológico y luego introducimos yodo pavidona en la zona con el mismo sistema, o sea jeringa con trocar. Acto seguido uniremos los bordes empleando para ello steri-strip, o similar, o también según el caso op-site. Cubrimos con Melolín para evitar la adherencia del apósito, que ocurriría con gasas estériles y vendamos con venda estéril.

No se debe olvidar el trato con el paciente durante la intervención. Procuraremos mantener con él una relación constante, propia o por medio de otra persona. El ruido del instrumental y el micromotor puede producirle incomodidad en algunas ocasiones, mejor disponer de música ambiental o de auriculares que le aislen del ambiente del quirófano.

Evitaremos que el paciente vea el instrumental, así como el campo operatorio, por lo que deberá estar protegido por las tallas correspondientes.

TECNICAS QUIRURGICAS

La cirugía por incisión mínima puede dividirse en dos fases:

—La que actúa sobre tejidos blandos.

—La que actúa sobre cartílago.

Según la localización de la prominencia y su morfología estructural interna, o de la zona operatoria, que previamente habremos examinado y estudiado, por medio de todas las exploraciones complementarias a nuestro alcance, se realizará la incisión en sentido anterior o posterior, dorsal y/o plantar. La incisión deberá realizarse de 3 a 15 mm., alejado de la zona sobre la que hemos de actuar, con un bisturí de corte distal (transversal) se realiza la incisión punzante cuya amplitud de corte no sobrepasará los 3mm., hasta llegar a plano duro. A continuación introducimos un separador adecuado hasta contactar la superficie dura y a partir de ahí damos un movimiento de aproximación hacia la zona que nos interesa actuar, separando tejidos blandos, ejerciendo un movimiento de abanico con el cual lograremos nuestro objetivo, procurando siempre desplazarlo de forma que no desgarre la incisión por la que hemos penetrado, sirviendo

ésta como punto de desplazamiento o eje. A continuación introducimos las fresas y/o limas apropiadas siguiendo el camino trazado con anterioridad, poniendo especial cuidado en que al introducir en un principio el instrumental que vamos a utilizar, lo hagamos perpendicular al plano operatorio, de la misma forma que actuamos anteriormente, hasta que encontremos la superficie dura en cuyo momento inclinamos la pieza en dirección de la zona a tratar, todos los movimientos que ejerzamos sobre dicha zona seguirán la misma técnica que los mencionados anteriormente o sea su misma trayectoria.

El hecho de separar previamente los tejidos de la zona operatoria, permite actuar sobre ella sin desgarrar los adyacentes.

Cuando se utiliza la lima de corte transversal, los desplazamientos de ésta serán de arrastre, o sea de dentro hacia afuera.

Otros sistema según la alteración a operar, será «in situ» o sea, directamente a su nivel.

LOS EFECTOS DE LA SIERRA DE ALTA VELOCIDAD

Las limas, fresas y sierras de alta velocidad no dañan la histología. Hall, describió que la hemorragia intermedular consecutiva a una intervención tiene una reacción reparadora representada por la proliferación progresiva de fibroblastos y endotelio. Esto se limita a las áreas traumatizadas con una reacción inflamatoria mínima y un bloqueo total de la necrosis del hueso. Observó que no había secuestro óseo, los bordes óseos adyacentes al corte no presentaban degeneración o necrosis en ningún momento post-operatorio. A los 30 días aparecía completamente reparado mostrando una oclusión osteoide de la incisión a través de los bordes y había una erosión mínima de la médula. Las incisiones del hueso no presentaban necrosis y el período de curación fue normal. Los hallazgos de Hall, «nos muestra que estos instrumentos utilizados adecuadamente no nos han de causar termonecrosis y la porción de hueso adyacente quedará intacta».

En alguna ocasión puede aparecer en las radios post-operatorias, pequeñas partículas de pasta de hueso que no serán motivo de alarma, clínicamente no causarán problemas. Estas se absorberán por medio de la fagocitosis, como iremos comprobando posteriormente.

CONSIDERACIONES GENERALES POST-OPERATORIAS

Post-operatorias: Generalmente resulta prácticamente indoloro el post-operatorio, es frecuente el escozor, aunque hay pacientes que pueden presentar cierta sensibilidad inmediatamente después que desaparecen los efectos de la anestesia, cede luego paulatinamente. Si por la causa que fuese ésta se presentase, con una toma de cualquier antiálgico simple desaparecería rápidamente.

Una vez ceden las primeras sensaciones, posteriormente y a nivel local puede sentirse cierto dolor pero sólo al tacto, causa por la cual pasa desapercibido éste, o sea menor dolor y mayor sensibilidad.

Será aconsejable que usen alpargatas quirúrgicas.

Un dolor persistente será siempre debido al vendaje, por lo que de persistir habrá de revisarse. El paciente sale de la consulta por su propio pie, habiéndolo anteriormente mantenido en reposo un cuarto de hora ó 20 minutos (una vez colocado el vendaje).

Durante 2 ó 3 días se aconseja permanezca el paciente en reposo con la extremidad extendida teniendo el pie algo más elevado que la pierna, aunque ello no impide que pueda deambular para trasladarse de una estancia a otra.

En alguna ocasión según la intervención el paciente puede tardar hasta 2 meses en utilizar su calzado habitual, no obstante ello es infrecuente. No quiere decir que presente algias a su nivel, la causa viene determinada por la hiper-sensibilidad, en algunos casos concretos al roce o presión, aunque en ningún caso sobrepasa ese tiempo.

Si bien la permanencia en bipedestación prolongada tendría retrasarse a 5-6 días, el ama de casa por ejemplo podrá hacer sus labores cotidianas, aunque procurando reposar y cuando lo haga con las piernas elevadas.

Como medida profiláctica pueden administrarse antibióticos y anti-inflamatorios de tipo enzimático. La primera dosis antes de la intervención, continuando al cabo de cinco días con sólo los anti-inflamatorios. Siempre gamma globulina antitetánica o vacunación.

A los 8-10 días, según el caso prescindimos del vendaje y procederemos a la elevación del apósito, así como de las cintas de aproximación o bien op-site, cuando de corrección o fijación se trate. No es aconsejable levantar la cura antes de los ocho días.

Se podrá observar a nivel de la zona intervenida un aumento de grosor y/o entumecimiento, el cual podremos considerar normal, teniendo en cuenta que no deja de ser un traumatismo lo que se ocasiona en aquella zona, produciéndose por esta causa la sección de nervios cutáneos, recuperando con el tiempo la sensibilidad. La aplicación de pomadas heparinoides pueden favorecer su normalización o regresión. También puede recurrirse a las infiltraciones de cortisonas y xilocaína (según algunos autores americanos).

Cuando se corrijan desviaciones digitales, una vez prescindamos del vendaje en la primera cura, colocaremos un esparadrapo tipo Mefix, manteniendo la posición corregida durante el tiempo que consideremos necesario, cambiándolo semanalmente hasta confeccionar la ortosis definitiva que llevará el paciente durante 1 año. Previo a la aplicación del vendaje adhesivo, rociaremos con Nobecután la zona. Con ello obtenemos doble acción, de protección de la dermis y mayor adherencia, que se traduce en más duración. Si se origina excesivo desgarro, los primeros dedos están expuestos a un bloqueo linfático que puede producir un aumento de tamaño de éstos. Según los podiatras, la acción fagocítica contrarrestará esta acción eliminando el bloqueo, normalizando su tamaño. En caso de persistir el bloqueo esta condición se puede hacer permanente creando un problema de calzado y/o de estética, no álgico, pues es indoloro.

El tratamiento consiste en infiltraciones de dexametasona o hialuronidasa, AGTH, vendaje compresivo y colocar el calzado habitual tan pronto como sea posible, masaje en sentido proximal, baños calientes, ultrasonidos.

Se evitará dejar esquirlas o prominencias sobre la estructura ósea o bien en los tejidos blandos, en los cuales pueden quedar incrustadas que nos obligarían a una segunda intervención.

En nuestro centro hemos introducido variaciones en estos tipos de intervención, ampliando la utilización de instrumental así como a nivel de primeros vendajes y curas posteriores durante el curso post-operatorio.

VARIACIONES DURANTE LA INTERVENCION

a) Legrado, arrastre y limpieza de las posibles partículas óseas y resto de pasta que puedan quedar por medio de cucharilla.
b) Mantenemos la corrección obtenida con op-site el cual utilizamos en lugar de esparadrapo por su condición de estéril, sirviéndonos al mismo tiempo como tira de aproximación.
c) En lugar de gasas estériles empleamos Melolín en contacto inmediato con la piel.
d) No se aplica vendaje compresivo ni hielo como se venía utilizando en EE.UU.
e) Cuando se presuma una difícil corrección emplearemos férulas que mantenga la posición deseada.

POST-OPERATORIO

1) En lugar de la hidroterapia, preferimos mantener la alineación a base de Mefix (esparadrapo), renovándolo cada semana, o las férulas, en los casos que se considere, oscilando normalmente entre 1 ó 5 semanas el tiempo que deben llevarlas.
2) Cuando así lo requiera el caso, y según la desviación, en cada cura, reaplicamos las férulas confeccionadas por nosotros mismos, a base de metacrilato o plexidur, para mantener la corrección realizada. Estas férulas las llevarán de 1 a 5 semanas según evolución.

BIBLIOGRAFIA

—Forefoot Minimum
—Incision Surgery
—In Podiatric Medicine, de L. Hymes.

CENTRE TERAPEUTIC PODOLOGIC
Evaristo Rodríguez Valverde
PODOLOGO
BARCELONA

EL ARTE

El arte es todo lo que se hace por virtud, habilidad y disposición del hombre. La política también es arte, arte de gobernar, pensar y planificar.

El que planifica y piensa dentro de cualquier disciplina es un político, que será más o menos malo para una comunidad, según la capacidad intelectual y honradez que posea.

La Podología la podemos dividir en dos partes, **una política,** que conlleva los desvelos de planificar y orientar situaciones dentro de un marco legal, en una sociedad que no nos acaba de comprender, por lo poco conocidos.

La otra, profesional, en la que podemos tomar parte todo el colectivo. Un colectivo formado por miembros con los mismos derechos a participar con aportaciones científicas (aunque éstas sean transcritas de artículos y charlas de otros autores), en simposiums, congresos, revistas, etc.

Todo podólogo asociado, con años de andadura y participando en congresos y revistas, demuestra un interés por la causa podológica en el tiempo, que le hace acreedor de un derecho inalienable, y unos méritos que hay que respetar y tenerlos siempre en cuenta.

Toda sociedad justa y con un mínimo de conocimiento deontológico se basa en una escala de valores, la nuestra, la podología, a tal fin ha creado un comité «científico» en cada congreso.

A este comité «científico», ¿de dónde le emana la autoridad científica para poder valorar en una hora o aunque sea en una semana, un trabajo que al autor le ha llevado largas horas de investigación durante meses y a veces años?

No estaría de más, preguntar a tales componentes de comités, ¿qué criterios piensan seguir en lo sucesivo? (porque los que han seguido hasta ahora los conocemos. Son los llamados nepotómicos) y ¿qué baremos aplicarán?

Es lamentable que compañeros podólogos con los suficientes méritos como para figurar en los primeros puestos en la lista para toda participación cultural podológica, congresos, etc., se hayan visto privados de su derecho.

Un derecho que el usurpador no lo tenía, como tampoco lo tenía el conferenciante traído de allende los mares, para enseñarnos técnicas que por lo ineficaces las tenemos olvidadas.

Pero eso sí, nosotros pagando que es gerundio.

Fdo. Francisco Maure Ternia
Barcelona

ASOCIACION MADRILEÑA DE PODOLOGOS

GRAN VIA, 33 - 7.º N.º 2
TELEFONO 231 50 44
MADRID-13

Alvaro Ruiz Marabot
Garcia Lorca 8
Cadiz

Querido compañero:

Cuando aún resuena en mis oidos el rumor de las olas de la mar gaditana, me siento a la máquina para dejar constancia con sus tipos de lo que ya vervalmente te comentaba ante una taza de café en el bar del hotel, y es que sigo pensando que necesita una FELICITACION, así con mayúsculas, el equipo de redacción de la Revista Española de Podología a cuya cabeza te encuentras, por que número a número os habeis ido superando, y creo que habeis encontrado una linea muy digna, por la que os animo a continuar, ya que la revista de la Asociación Española, no solo debe ocuparse de temas científicos, sino que debe ser un órgano de informadión, que lleve hasta el último rincon de nuestro pais las informaciones oficiales, de legislación, o de cualquier otro caracter que puedan afectar al desarrollo o al futuro de la actividad podológica.

Por otro lado, también quiero hacer un reconocimiento expreso al esfuerzo que habeis desplegado para que los asistentes al congreso nos sintieramos como en nuestra propia casa, solucionando sobre la marcha los distintos problemas que toda reunión lleva consigo. En este sentido, se han suscitado algunas críticas, yo mismo las he hecho, sobre la distancia a los lugares de alojamiento etc., y sin quitar un solo ápice a vuestro esfuerzo y a vuestro mérito, que para mi es muy grande, creo que seria bueno que procurasais recoger las opiniones de la mayoria de los compañeros, para que las experiencias, buenas o menos buenas, sirvieran a otros compañeros que en futuro pueden verse en situaciones parecidas. Esto seria mas o menos lo que hacen en los hoteles, al rogarte que rellenes un impreso en el que digas que te han parecido los distintos servicios ofrecidos. Creo que esto en nada empañaria vuestro mérito, si no que por el contrario demostraria vuestra buena disposición para colaborar con futuros organizadores de congresos, ayuda por otra parte que seguramente no habeis tenido vosotros.

Con mis mejores saludos

Fdo. José Luis Moreno de la Fuente.

VENTA DE MATERIAL PODOLOGICO

Por enfermedad de nuestro querido amigo y compañero Arcadio Gómez Montserrat, que le incapacita para continuar ejerciendo la profesión, a través de nuestro delegado provincial de Castellón José Aguilar nos comunica el deseo de insertar en nuestra revista la venta del material siguiente:

—Sillón Belmont.
—Taburete regulable.
—Torno portátil.
—Dos lámparas de pie.
—Mesa auxiliar de cristal.
—Esterilizador e instrumental diverso.

Los interesados pueden llamar al teléfono 964-222484 o al domicilio del compañero Arcadio, calle Buenavista, número 44 - 1 derecha, en Grao de Castellón.

La redacción

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Perusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®

El relajante de los pies.

Productos Perusek Avda. Infanta Carlota 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona-29

ELIMINACION QUIRURGICA DEL HELOMA DORSAL DEL 3.er DEDO POR LA TECNICA DE LA MINIMA INCISION

Por el podólogo L. Aycart D.P.M. Miembro asociado de la Academia de Cirugía Ambulatoria Norteamericana

La eliminación de helomas dorsales puede servir de iniciación a compañeros poco familiarizados con la Cirugía de la Mínima Incisión, y fue el tema elegido para corresponder a la amable invitación de vuestro presidente José Valero Salas.

Como todos ya conoceréis, esta técnica produce el mínimo traumatismo quirúrgico y mantiene ambulatorios a los pacientes, al tiempo que se puede efectuar en nuestras consultas, en un corto espacio de tiempo (10 días) se les da el alta y les permite utilizar zapatos corrientes. (Fig. 1).

Entre las ventajas más destacables están:

1° Incisión de reducidas proporciones (mínimo trauma, mínimo dolor).
2° No requiere internamiento hospitalario (menor coste económico).
3° El postoperatorio es totalmente ambulatorio (menor absentismo laboral).
4° Ausencia de suturas (menos posibilidad de cicatrices queloides).
5° Es el trabajo más eficaz y honesto que podemos hacer, porque hace desaparecer definitivamente las causas que lo producen.

TECNICA

Sobre el pie debidamente preparado para intervención quirúrgica previos análisis completos de sangre (T. coagulación, hemorragia, protombinemia y hemoglobina), etc. Anamnesis, investigación circulatoria para averiguar el **índice de Pourcelot.** Si por ejemplo la presión sistólica branquial es de 120 mmHg y la presión sistólica maleolar es sólo de 60 mmHg, el INDICE será

$$\frac{60}{120} = \frac{PSMAL}{PSBRA} = 0{,}50$$

es decir el riesgo real será del 50%.

Como referencia utilizar la siguiente escala:

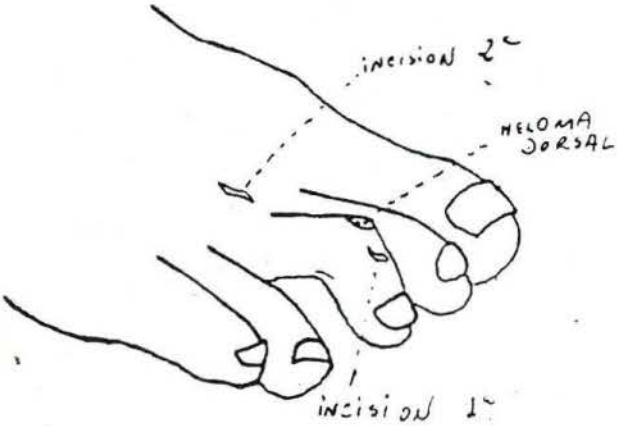


Fig. 1.—Helloma dorsal y puntos de incisión.

Fig. 2.—Anestesia local digital.

INDICE MALEOLO-BRAQUIAL EN REPOSO GRADO DE OCLUSION ARTERIAL

Mayor de 1 ..... Riesgo normal
entre 0,80 y 1 ..... Oclusión ligera
entre 0,40 y 0,80 ..... Oclusión moderadamente grave
MENOR DE 0,40 ..... **Oclusión grave** (Oper. contraindicada)

Para detectar el pulso cubital y maleolar utilizar el Doppler.

Seguidamente comenzaremos por aplicar:

ANESTESIA, utilizando Scandicain al 1% sin adrenalina, empezando por practicar habones dérmicos por medio de jeringa Dermojet, en forma de anillo en la base del dedo (Fig. 2); o en forma de estrella si se trata de una superficie plana no apendicular (como en el segundo caso que expondré a continuación).

Para reducir al mínimo el dolor postoperatorio, la anestesia debe mezclarse en la propoción del 10% por ejemplo, 1 c.c. de Decadran (equivalente a 4 mgs. de fosfato sódico de dexamatesona) más 9 c.c. solución anestésica.

INCISION. (Fig. 4).—La incisión ha de hacerse perpendicular a la piel, seguidamen-

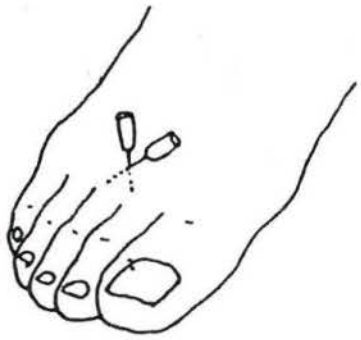


Fig. 3.—Anestesia articulación metatarso falángica del tercer dedo.

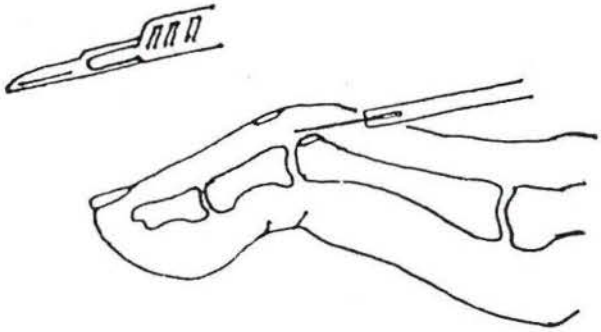


Fig. 4.—Incisión posterior al helloma.

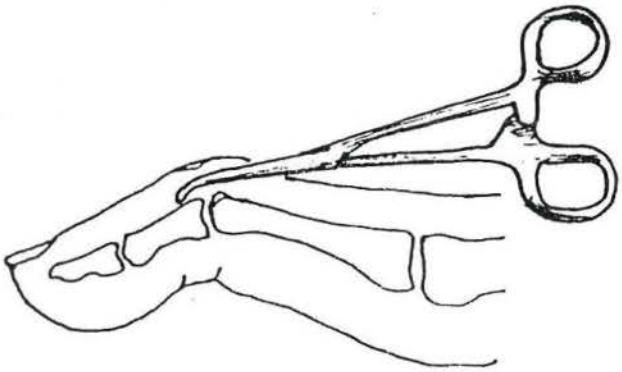


Fig. 5.—Dilatación del campo operatorio.

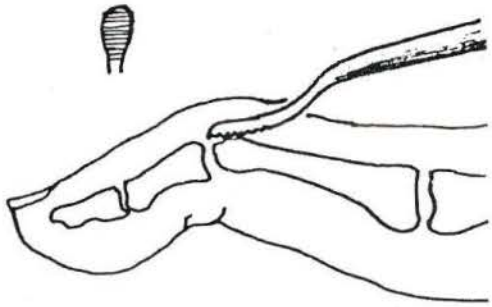


Fig. 6.—Legrado y remodelación de la exostosis causal y perfil de la lima empleada (Bell-Patern número 12).

te con una pinza de mosquito se procede a dilatar (Fig. 5) y separar el tejido blando en toda la vecindad de la exóstosis, a continuación se efectúa una segunda incisión por la misma herida que penetre en la cápsula articular, donde se aloja la exóstosis causal, seguidamente con la pinza de mosquito se procede a separar la zona circundante con objeto que la lima empleada o la fresa, tenga espacio suficiente para efectuar su legrado.

Hay que señalar que una incisión no mayor de 3 mm. deja espacio suficiente para introducir por la misma, una lima de reducidas proporciones y comprobar que tiene recorrido.

LEGRADO (Fig. 6).—Para ello introducir una lima Bell Pattern número 12 o una fresa circular de 2mm Ø y proceder a limar enérgicamente de dentro a fuera; así que cada recorrido de la lima, sacará junto con las limaduras óseas, una abundante hemorragia. Cuando por el tacto externo o con la lima, reconocemos que se ha eliminado se procede a lavar la herida con suero fisiológico, pasando la aguja del suero «rapide» a fondo de saco, para que la corriente arrastre al exterior las pequeñas limaduras óseas rezagadas.

Hay que hacer resaltar, que para que desaparezca el heloma no es necesario limar toda la exóstosis, simplemente «redondear» la parte más saliente y puntiaguda. Después con la anestesia local sobrante se le efectúa un segundo lavado.

VENDAJE.—Una vez exprimido con una gasa todo el contenido líquido de la herida, se procede a hacer un vendaje ligero, que permita la aïreación, y se coloca una bolsa de plástico para prevenir que la posible hemorragia manche el zapato. Al llegar a su domicilio se retira la bolsa.

Como precaución suplementaria se prescribirá antibiótico por vía oral, tomar un analgésico al llegar al domicilio, de manera que se enlacen los efectos anestésicos con los analgésicos.

En este caso de helloma dorsal del tercer dedo, aparece el extensor largo contraído, hemos procedido a su elongación efectuando primero su excisión en la forma que aparece en las figuras 7 y 8.

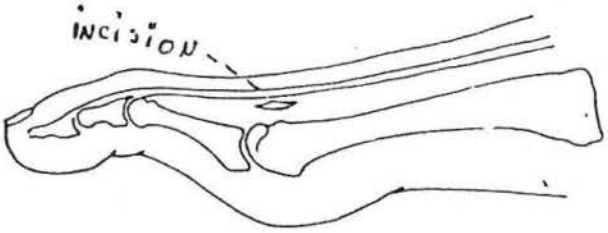
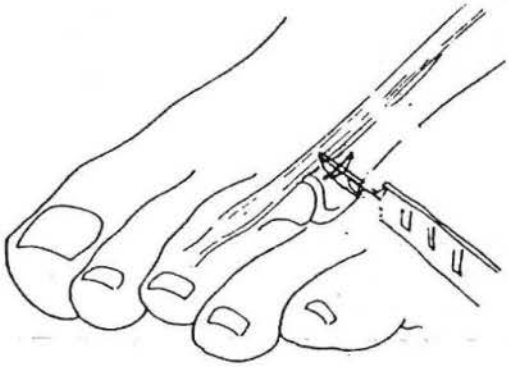


Fig. 7.—Para tenotomía subcutánea simple, la incisión debe ser medial llado (tibial) o lateral (lado peróneo) al **tendón extensor** en la proximidad de la articulación metarsofalángica en la región dorsal de la epifisis metatarsiana.



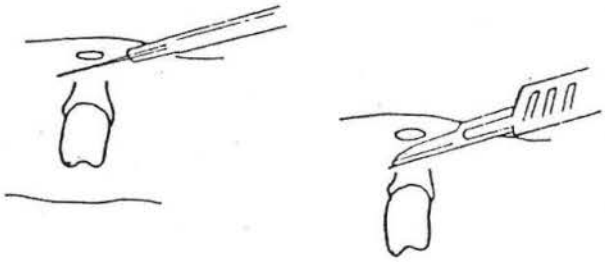


Fig. 8.—La hoja del bisturí número 5 se inserta paralela a la piel. Una vez que está situada bajo el tendón se vuelve al corte en ángulo recto hacia la región dorsal y queda seccionado el tendón. Es muy conveniente mantener el dedo flexionado plantarmente, de forma que la tirantez del mismo se hará bien patente. Entonces al cortar se percibirá enseguida, en la mano del operador, su liberación por falta de tensión. Esta sencilla maniobra nos evitará el lesionar las estructuras más profundas.

boehringer mannheim

COR-PIK SEK

Para que los pies permanezcan FRESCOS Y SECOS, DIAS, DIAS... y DIAS, son precisas unas acciones básicas

- ACCION ANTITRANSPIRANTE
- ACCION DESODORANTE

y que los efectos sean prolongados.

COR-PIK SEK cumple estos requisitos eficazmente. Generalmente basta aplicar cada 3 meses, aunque puede variar en función de la intensidad de sudoración de cada usuario. Aportando además:

- ACCION DERMOPROTECTORA (HIDRATANTE/EMOLIENTE)
- ACCION RELAJANTE
- ACCION SUAVIZANTE (QUERATOPLASTICA)

PRESENTACION

Estuche para una aplicación conteniendo Sobre n.° 1 (Sales de Baño) y Sobre n.° 2 (Polvo).

Ponen alas a sus pies

boehringer mannheim

COR-PIK SALES

(Baño de Pies) **concentradas**

Baño relajante de la musculatura. Suprime el ardor, es suavizante y desodorante de los pies a través de sus acciones:

- DESCONGESTIVA • EPITALIZANTE
- QUERATOPLASTICA • ASTRINGENTE
- OXIGENANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION

Estuche de 15 sobres de 10 grs.

COR-PIK GEL

Reposante, Refrescante y Desodorante a través de sus acciones:

- ASTRINGENTE • VASOPROTECTORA
- DESCONGESTIVA • ANALGESICA
- REFRESCANTE • ANTISEPTICA

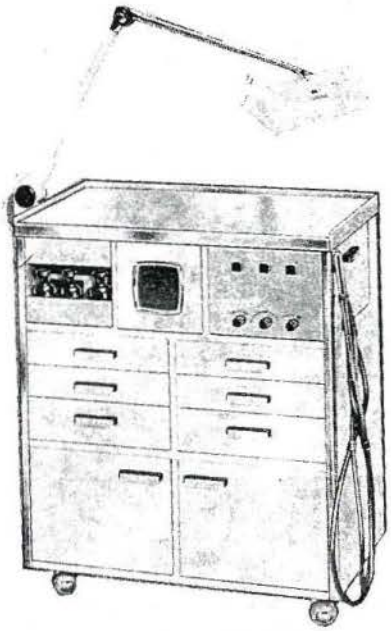
PRESENTACION Tubos de 50 grs.

elaborado por Boehringer Mannheim S.A.

DEPOSITO DENTAL DENTALITE, S. A.
SAN BERNARDO, 74 TELEF. 231 40 15
MADRID

SERRA FARGAS, S. A.
PLAZA CASTILLO, 3 TELEF. 301 83 00
BARCELONA

La estética y funcionabilidad al servicio de la Podología

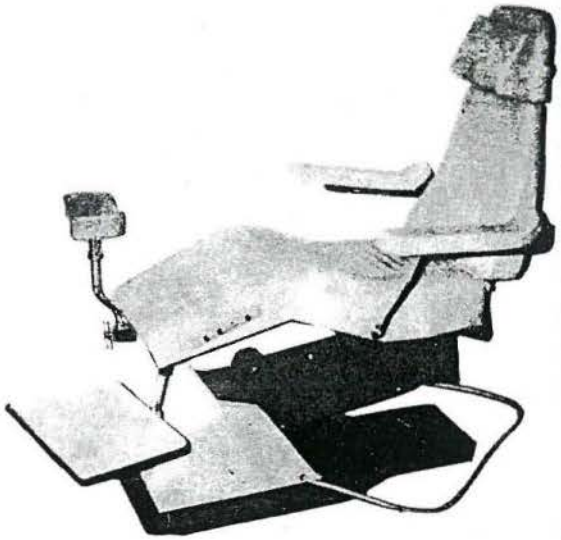


EQUIPO NUM. 560

— Motor con aspiración incorporada, pieza de mano. - 6.000 - 8.000 r.p.m.
— Lámpara.
— Esterilizador rayos ultravioletas.
— 6 cajones. - 2 puertas.
— Algodenara, frascos de spray.
— Rodable.
— Cauterio.

SILLON DENTALITE

— Subida y bajada eléctrica.
— Inclinación respaldo y retorno.
— Retorno automático a cero.
— Apoya pies regulable con bandeja.



BIBLIOGRAFIA DE PODOLOGIA RECOMENDADA

VADEMECUM INTERNACIONAL de especialidades farmacéuticas y biológicas, 25 edición 1984, publicada por EDICIONES DAIMON.

Indispensable en el despacho de todo podólogo para el correcto tratamiento y prescripción de fármacos podológicos.

AFECCIONES CUTANEAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES de M.H. SAMITZ y A.S. DANA. EDICIONES TORAY.—S.A. Barcelona.

Este libro de Dermatología de los miembros inferiores, con 135 ilustraciones en color, que como sabéis la DERMATOLOGIA ES VISUAL, un diagnóstico diferencias entre una micosis, y enfermedades microbianas, virásicas, etc. es de vital importancia para un correcto tratamiento.

Este libro es de gran utilidad al PODOLOGO.

ATLAS OF IMPROVED SURGICAL PROCEDURES FOR COMMON FOOF DISORDERS, en inglés, de GEORGE C. WEE, publicado por CHARLES C. THOMAS. PUBLISHER.—ILLINOIS. EE.UU. Este atlas publicado en América en 1972 es de gran utilidad al podólogo, aunque no sepa inglés, es muy didáctico, los temas que desarrolla el libro son: CAUTERIZACION DE LA MATRIZ DE LA UÑA CON LA TECNICA DE FENOL.—ALCOHOL.—CORRECCION QUIRURGICA DEL DEDO EN MARTILLO.

ROENTGENOLOGIA OF THE FOOT.—RADIOLOGIA DEL PIE de FRANK WEINSTEIN editado por WARREN H. GREEN INC ST. LOUIS, MISSOURI.—USA.

Presenta un exhaustivo estudio de la RADIOLOGIA DEL PIE, técnicas radiológicas, gran número de radiografías con la interpretación de sus patologías.

Un capítulo inédito en podología es el estudio y tratamiento de la RADIOTERAPIA SUPERFICIAL en los pies, distintas afecciones que son tratadas con radioterapia, verrugas, onicomicosis, psoriasis de las uñas, hiperhidrosis plantar, micosis, neurodermatitis, hemangiomas en los pies etc., etc.

Este libro debe formar parte de la biblioteca del podólogo.

LA TERAPIA LASER HOY; por JOSEP COLLOS, edita CENTRO DOCUMENTACION LASER, CALLE DALMAU, 11. 08014. Barcelona.

El láser se está empezando a aplicar en Podología, con unos resultados después de tres años que se pueden calificar como nueva técnica terapéutica en Podología. El libro consta de nociones de física, el láser semi-conductor.—Las radiaciones láser-Helio-Heón.—LA TERAPIA LASER.—DOSIMETRIA ENERGETICA métodos de aplicación y contraindicaciones.—Tratamiento del aparato LOCOMOTOR, el empleo del LASER en dermatología, cirugía, etc. de gran interés para los iniciados en LASER.

Comentó: LUIS PASCUA
PODOLOGO - LEON

No hay que dar pie a los hongos

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciria escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

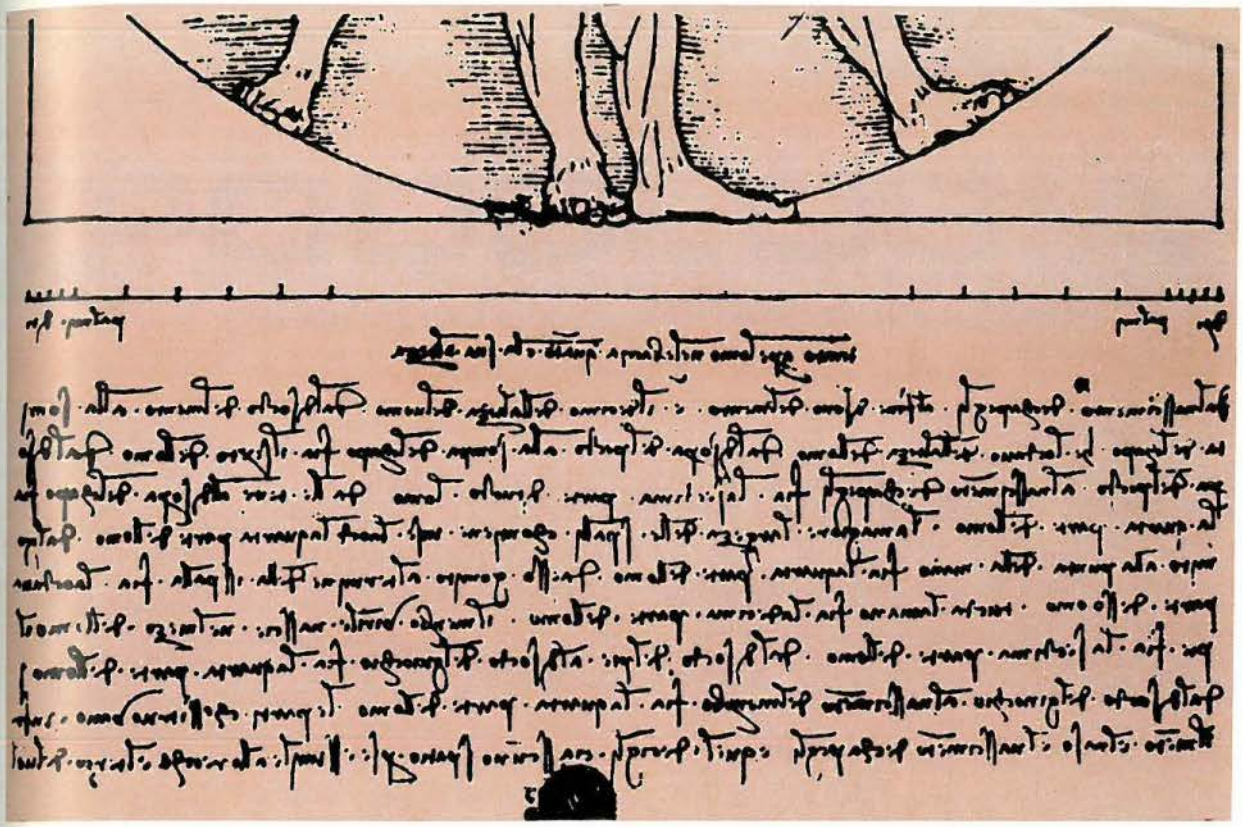
INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer / Antimicóticos



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.E.P. NOVIEMBRE-DICIEMBRE

n.º 96 1984

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
García Lorca, 8
CADIZ.

Director:
Sergio Bonamusa Mont.
Presidente de la A.E.P.

Redactor jefe:
Alvaro Ruiz Marabot.
C/ García Lorca, n.° 8, bajo D.
CADIZ.

Colaboradores de redacción:
Jesús Criado Delgado, CADIZ
Lorenzo Sánchez Quirós, Jerez de la Frontera (CADIZ).
José L. Salcini Macías, Puerto Real (CADIZ).

Administrador:
Angel Gil Acebes.
Avda. Valencia, n.° 13, 2.° C.
ZARAGOZA-5.

Jefe de Prensa:
Manuel Poyatos Villamor.
C./ Regino Martínez, n.° 15, 1.°.
Algeciras (CADIZ).

Imprime:
INGRASA
Industrias Gráficas Gaditanas, S.A.
C/ Hércules, 13.
CADIZ.

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.° de SVR-215.

SUMARIO

EDITORIAL

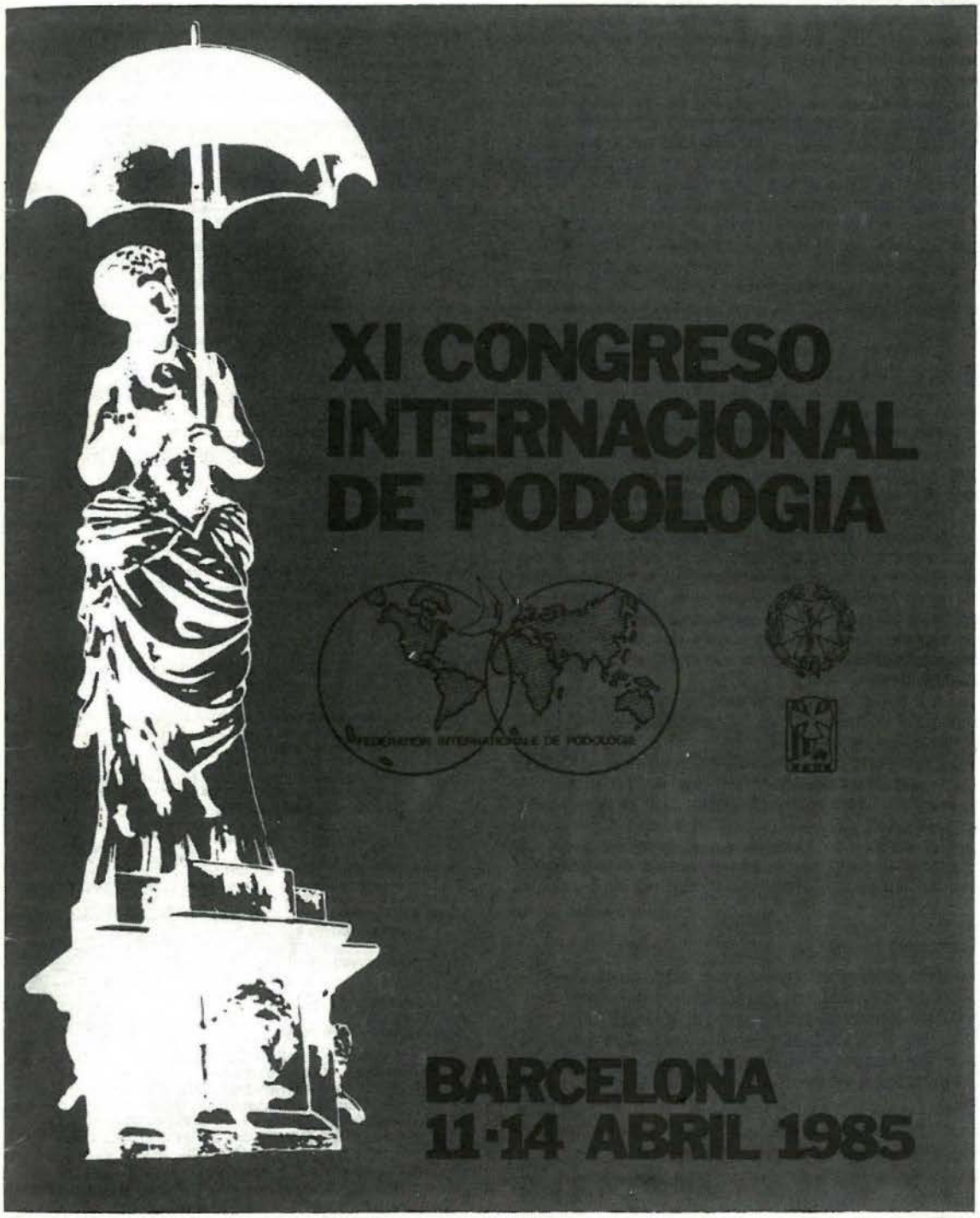
Podólogos no asociados

Si todo el colectivo de profesionales nos dedicáramos a trabajar unidos, posiblemente muchas cosas irían mejor, es obvio que exista diversidad de opiniones y de criterios, lo aceptamos y deseamos que continúe, nos enriquece y nos motiva a trabajar más y mejor. La situación actual es propicia para ello, todos pertenecemos a nuestras Asociaciones Autónomas y a la vez a la Nacional, creemos y debemos sentirnos bien representados por nuestras respectivas juntas directivas, democráticamente elegidas en nuestras comunidades; pero aún faltan muchos compañeros sin asociarse, nos preocupa esta situación, es posible que existan razones para ello, no obstante quisiéramos saber por qué.

Reflexionemos y busquemos dónde se encuentra el «mal», la colaboración de todos es posible, pensemos que los beneficios logrados durante tantos años por tantos compañeros nuestros, como los que en un futuro se puedan lograr en mejorar nuestra querida profesión de Podología ¡no lo olviden!, serán para todos sin discriminación, no obstante requiere un esfuerzo común.

NOTAS DE REDACCION

Por motivos ajenos a la voluntad del equipo de redacción, aún no hemos logrado que nuestra querida «Revista Española de Podología» llegue a vuestros hogares con la periodicidad acostumbrada, los costes elevados para una publicación frenan las fechas de envíos, no obstante la Junta Directiva viene estudiando una nueva fórmula con las empresas anunciadoras que hagan posible para el próximo año 1985 podamos todos recibirla bimensualmente a punto.



Organización: Asociación Española de Podólogos

Secretaría Congreso: Palacio de Congresos Departamento Convenciones y Congresos
Avda. Reina María Cristina, s/n. 08004 Barcelona, ESPAÑA
Teléfono 223 31 01 Telex 53.117 FOIMB-E

CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA 1985

El tiempo pasa inexorablemente y nos vamos acercando a las fechas del Congreso Internacional.

La comisión organizadora, no cesa en sus trabajos y vamos avanzando en lo que esperamos sea un modelo de organización para demostrar que España, sabe «hacer bien las cosas».

Ya se ha reunido y deliberado la Comisión Científica para hacer la selección de los muchos trabajos que se han recibido. La labor no ha sido fácil por lo que queremos agradecer a sus componentes el trabajo realizado en la seguridad de que han sabido seleccionar a los que pueden aportar algo nuevo a la Podología.

Tenemos la satisfacción de ofreceros la primicia de que Su Majestad el Rey, ha aceptado la presidencia de honor y el Presidente de la Generalitat, la vicepresidencia. Esto que a simple vista parece normal, no lo es tanto, si sabemos que en muchas otras manifestaciones no se ha conseguido.

Los pasados días seis y siete de octubre estuve en Bruselas donde tenía lugar el Congreso Jubilar de la Asociación belga, con el fin de promocionar nuestro Congreso. Durante los dos días estuve a disposición de los 150 congresistas a los que informé de todo lo referente al Congreso Internacional. El interés es mucho y no dudo que han de acudir en masa a la manifestación de Barcelona. Sin embargo he notado que hay una gran inquietud en toda Europa, ante la evolución actual de la Biomecánica, punto que nos confirma el acierto de haber seleccionado como prioritario este apartado. Pude comprobar personalmente y en vivo tal evolución, en la visita que efectué a un consultorio de un podólogo de Bruselas, que aplica ya las técnicas más sofisticadas para la confección de soportes plantares. No dudéis que en el Congreso Internacional podremos ponernos al día en esta rama de la especialidad.

A TODOS, vengo en pediros vuestra asistencia en la seguridad de que habréis de ver compensada vuestra presencia.

Esperamos que en noviembre podremos ya mandaros un segundo programa con los títulos y horarios de las ponencias y habrá ya llegado el momento de remitir vuestra inscripción ya que ponemos en vuestro conocimiento que el Palacio de Congresos de Barcelona tiene una capacidad limitada y no podremos aceptar más inscripciones cuando hayamos cubierto el máximo de capacidad.

Eusebio Montaner

Apreciado colega:

Cuando recibas este programa, habrá pasado ocho meses desde que nos fue concedida la responsabilidad de organizar el XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA. Hemos trabajado con ilusión, para poder ofrecer al Podólogo —Congresista las ponencias y conferencias del más alto nivel científico.

Las Empresas y Laboratorios de más renombre mundial, ya han contratado su zona de exposición para ofrecer los nuevos materiales y equipos podológicos.

Confiamos no desaprovecharás la ocasión para asistir a este Congreso Mundial, que pretendemos sea provechoso para todos, por ello en este último aviso de inscripción, te queremos decir que BARCELONA y ESPAÑA te están esperando.

Sergi Bonamusa Mont
Presidente A.E.P.

Joaquim Solé i Cuch
Presidente Comité Organizador

PROGRAMA

Jueves: 11 de Abril 1985

15,00 h. Entrega documentación, zona casilleros, planta C.

18,00 h. Acto inaugural del Congreso en la sala 7 (auditorium), planta D.

18,30 h. Proyección de la película «EL PODOLOGO EN ESPAÑA», en homenaje al Ilmo. Sr. Leonardo ESCAHS CLARIANA (in memoriam).

20,00 h. Cocktail e inauguración de la Exposición Comercial, planta D.

20,30 h. Espectáculo de las Fuentes de Montjuich en la Avda. Reina Mª Cristina (frente P. de Congresos).

Viernes: 12 de Abril 1985

9,00 h. BIOMECANICA DEL PIE— PIE CAVO POSTERIOR— TRATAMIENTO DE ORTOPODOLOGICO. Sr. A. Oller Ansensi, Prof. Escuela Podólogos, Facultad de Medicina (Barcelona-España).

9,30 h. EL ELECTRODIAGRAMA. Mrs. J. Kemps (Inglaterra)

10,00 h. EL PROYECTO SOBRE LA EDUCACION DE LA SALUD DEL PIE. Mr. D. Sharp Departamento de la Salud de Marks and Spencer p.l.c. (Londres, Gran Bretaña).

10,30 h. Descanso - Visita Exposición (planta D).

11,00 h. OSTEITIS EXOGENA DEL PRIMER DEDO J. Alonso Guillamon, Dispensario Podología Hospital Clínico Provincial (Barcelona-España).

11,30 h. ONICOCRIPTOSIS Mínima incisión. A. Mayral Marqués— Secretario de la Asociación Catalana de Podólogos (Barcelona-España).

12,00 h. Mesa redonda.

15,30 h. CRIOCIRUGIA DEL PAPILOMA PLANTAR. J. Aranzueque, Podólogo (Madrid-España)

16,00 h. EL FUTBOL Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL PIE. B. Vázquez Maldonado, Podólogo F.C. Barcelona (Barcelona-España).

16,30 h. LA FUNCION ANORMAL DEL HALLUX COMO CAUSA DE ULCERAS EN PACIENTES DIABETICOS. K. Larsen, Podólogo (Copenhague-Dinamarca).

17,00 h. Descanso - Visita Exposición (Planta D).

17,30 h. PIES ENFERMOS— PERSONA ENFERMA—. E. Schuler Instituto de Especialidades de Podología y masaje (Austria).

18,00 h. PANORAMA DE LAS ORTOSIS PLANTARES. N. Blick, Podólogo (Bondy-Francia).

18,30 h. Mesa redonda.

Sábado: 13 de Abril 1985

9,00 h. TRATAMIENTO DE LA UÑA INCARNADA. J. Villar FUSTER, Podólogo (Valencia-España).

9,30 h. NUESTRA APORTACION AL ESTUDIO DE LA AFECCION DE FREIBERG-KOHLER. M. y A. RUEDA, Dispensario Podología Hospital Clínico y Provincial (Barcelona-España).

10,00 h. EL EXAMEN BIOMECANICO Y EL ANALISIS DE LA MARCHA. J. SMEKENS, Podólogo (Bruselas-Bélgica).

10,30 h. Descanso. Visita Exposición (planta D).

11,00 h. BIOMECANICA NEUROLOGICA. A. Dorca, Profesora Escuela Podología de la Facultad de Medicina (Barcelona-España).

11,30 h. ORTOPODOLOGIA EN LOS PROCESOS NEUROLOGICOS. T. Cespedes, Profesor Escuela Podología de la Facultad de Medicina (Barcelona-España).

12,00 h. Mesa redonda.

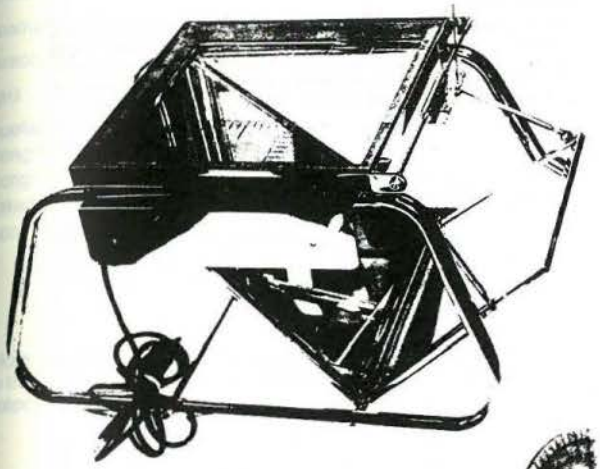
15,30 h. ONICOCRIPTOSIS TRATAMIENTO. M. Montesi, Presidente Asociación Italiana de Podólogos (Roma-Italia).

16,00 h. PRINCIPIOS FISIOLOGICOS DE LA MARCHA. P. Vilató, Profesor Fundador de la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina (Barcelona-España).

16,30 h. Descanso. Visita Exposición (planta D).

MIFER

PONE A DISPOSICION DEL PODOLOGO UNA GAMA COMPLETA DE ARTICULOS PARA SU CLINICA



SILICONAS
MATERIAS PRIMAS
INSTRUMENTAL
FRESAS Y ABRASIVOS
PIEZAS PARA PLANTILLAS
MOBILIARIO Y ACCESORIOS
BANCO DE EXPLORACION
MICROMOTORES
SILLONES
EQUIPOS
ETC.

SOLICITE INFORMACION CON SEGURIDAD
PODREMOS ATENDERLES

Los Guindos, 19-3º Iz. - Tef. 733 63 54 - Madrid-29

17,00 h. CUATRO OBSERVACIONES RADIOLOGICAS DEL ESCAFOIDES. J. Sala Pich, Dispensario Podología del Hospital de Nuestra Sra. del Mar (Barcelona-España).

17,30 h. TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PAPILOMA PLANTAR. J. Ferré y F. Farreras, Dispensario Podología Hogares Mundet, Jefe Servicio Podología Cruz Roja de Hospitalet (Barcelona-España).

Domingo: 14 de Abril 1985

9,00 h. LA ELECTROCIRUGIA. UN TRATAMIENTO PARA LAS VERRUGAS. C.C. Cresswell (Gran Bretaña).

9,30 h. EL PIE Y LOS ATLETAS. J. Black, Profesor de la Glasgow School of Chiropody (Escocia-Gran Bretaña).

10,00 h. LA ORTOPLASTIA. J.L. EMONET, Presidente de la F.I.P. (París-Francia).

10,30 h. Descanso. Visita Exposición (planta D).

11,00 h. BIOMECANICA METATARSAL. Dr. E. Raso, Ex-Profesor de la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina (Barcelona-España).

11,30 h. UNA SENCILLA MODIFICACION EN EL CALZADO. T.T. Coates, Chelsea School of Chiropody (Londres-Gran Bretaña).

12,00 h. Mesa redonda.

15,30 h. MEDIDOR DE LA PRESION DEL PIE. S.R. Urry, Northen Ireland School of Chiropody (Irlanda del Norte).

16,00 h. TRATAMIENTO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DEL PIE. H. Crewey, Delegado de la F.I.P. en Alemania (Sarlouis-Alemania Federal).

16,30 h. Descanso y Visita Exposición (planta D).

17,00 h. CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION — HELOMA DORSAL. L. Aycart, Miembro de la Academia de Cirugía Ambulatoria Norteamericana (Madrid-España).

17,30 h. NUEVOS CONCEPTOS DE LA BIOMECANICA DEL PIE. MATERIALES MAS ACTUALIZADOS PARA SU TRATAMIENTO. R. Méndez (Uruguay).

18,00 h. Mesa redonda.

18,30 h. Acto de clausura del XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA.

PROGRAMA DE ACTOS SOCIALES

El siguiente programa de actos sociales se ha elaborado para los Congresistas. Les rogamos que en el boletín de inscripción señalen el acto o los actos que hayan elegido e indiquen el número de personas y la fecha preferida.

TOURS PRE-CONGRESO

Del 5 al 8 de Abril de 1985

FIN DE SEMANA EN MALLORCA

Estancia de tres noches en hotel de cuatro estrellas en régimen de media pensión.

Mallorca, ofrece al visitante, con su bellísimo paisaje, su benigno clima y un pasado cargado de historia, un inolvidable recuerdo.

Incluido billete de avión Barcelona/Palma/Mallorca, traslados aeropuerto/hotel/aeropuerto, una excursión alrededor de la isla, una cena-barbacoa con espectáculo y servicio de guías-acompañantes durante el viaje.

Del 5 al 8 de Abril 1985

CRUCERO A LAS ISLAS BALEARES

Este crucero le dará la oportunidad de conocer dos de las más bonitas islas del Mediterráneo: IBIZA Y MALLORCA.

Mientras Vds. se divierten y descansan, su hotel flotante con discoteca, piscina, bares, salas de juego, espectáculos, etc... le trasladará a cada una de las islas durante la noche para que pueda participar durante el día de magníficas excursiones organizadas. Pensión completa durante todo el crucero.

Incluye: Una excursión de todo el día en cada isla, los traslados hotel/puerto/hotel en Barcelona y servicios de guías-acompañantes durante el viaje

Martes, 9 de abril, Miércoles, 10 de abril o Sábado 13 de Abril

MONTSERRAT

10,00 h. Salida en autocar para llevar a cabo la visita de la Basílica de Montserrat, donde se halla la Virgen Moreneta, talla románica del siglo XII. Almuerzo en uno de los mejores restaurantes de la zona. Regreso al hotel (Facultativa).

COSTA BRAVA

9,00 h. Salida de Barcelona en autocar hacia la Costa de Maresma, pasando por sus playas y típicas poblaciones como Caldetas, Arenys de Mar y San Pol, hasta llegar a Lloret, para realizar el Crucero Marítimo. Al finalizar el crucero, almuerzo y visita detallada al Museo Dalí en Figueres. Al término de la visita, regreso al Hotel (Facultativa).

ACTOS SOCIALES DURANTE EL CONGRESO

Martes, 9 de abril, Miércoles, 10 de abril o Jueves 11 de abril 1985.

FIESTA TIPICA ESPAÑOLA
23,00 h. Salida en autocar desde su hotel al restaurante. Cena típica con espectáculo folklórico español. Platos y vinos regionales de Andalucía. Al finalizar la fiesta, traslado al hotel (Optativa).

Viernes: 12 de Abril 1985 — VISITA CIUDAD

9,00 h. Salida del hotel en autocar para llevar a cabo la visita panorámica de la ciudad, recorriendo entre otros la Sagrada Familia, El Barrio Gótico, la Catedral, Ayuntamiento, Ramblas, Monumento a Cristóbal Colón, Miramar (vista panorámica de la ciudad y puerto). Regreso al Hotel. (incluida en la cuota de acompañantes).

CENA-ESPECTACULO EN SCALA
20,00 h. Traslado desde el Hotel al Restaurante-Espectáculo Scala. Cena, Baile y Show Internacional. Regreso al Hotel (Optativa).

Sábado: 13 de Abril 1985

CENA DE GALA
20,30 h. Traslado al restaurante donde se celebrará la Cena de Gala del XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA (Optativa).

TRASLADOS HOTEL/PALACIO DE CONGRESOS/HOTEL
Traslados en autocar privado diariamente del 12 al 14 de Abril 1985
8,00 h. Hotel/Palacio de Congresos
19,00 h. Palacio de Congresos/Hotel
Es un servicio optativo.

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
BARCELONA, 11-14 ABRIL 1985

FICHA DE INSCRIPCION

Nombre: .....

Acompañante: .....

Dirección: ..... Ciudad: .....

País: ..... Telf: ..... Telex: .....

Cuotas Congresistas	**Antes 15-2-85**	**Después 15-2-85**	
Congresista no asociado	25.000,— Ptas.	28.000,— Ptas.	..... Ptas.
Congresista asociado	15.000,— Ptas.	18.000,— Ptas.	..... Ptas.
Estudiante Podología con acreditación (acompañar fotocopia)	10.000,— Ptas.	12.000,— Ptas.	..... Ptas.
Acompañante	6.000,— Ptas.	8.000,— Ptas.	..... Ptas.

Nota: No se atenderá ninguna inscripción que no vaya acompañada del pago en metálico, cheque internacional (libre de gastos) o transferencia a la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros en Vía Layetana, 56. BARCELONA. Cta. Cte. 28018-24 (adjuntar fotocopia).

Fecha y firma: .....

Total: .... Ptas.

PALACIO DE CONGRESOS
Departamento Convenciones
Avda. Reina María Cristina
08004 BARCELONA (ESPAÑA)

Asunto: XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
BARCELONA 11-14 ABRIL 1985

17,00 ▸

TRANSGLOBAR, S.A.
Consejo de Ciento, 305
08007 BARCELONA (ESPAÑA)

Asunto: **XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA BARCELONA 11-14 ABRIL 1985**

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA BARCELONA, 11-14 ABRIL 1985

FICHA DE INSCRIPCION - AGENCIA DE VIAJES - ACTOS SOCIALES

Nombre: .....

Acompañante: .....

Dirección: ..... Ciudad: .....

País: ..... Telf: ..... Telex: .....

Hotel preferido: ..... HD ..... HI ..... noches ..... Ptas.

Día de llegada: ..... Día de salida: .....

	Precio por persona	n.º personas	
Fiesta Típica Española: 9-4-85, 10-4-85, 11-4-85,	3.600,— Ptas.		Ptas.
Montserrat: 9-4-85, 10-4-85, 13-4-85,	2.950,— Ptas.		Ptas.
Costa Brava: 9-4-85, 10-4-85, 13-4-85,	4.000,— Ptas.		Ptas.
Fin de Semana en Mallorca	33.500,— Ptas.		Ptas.
Suplemento Habitación Individual	3.100,— Ptas.		Ptas.
Crucero Baleares	29.000,— Ptas.		Ptas.
Suplemento Camarote Individual	2.000,— Ptas.		Ptas.
Cena de Gala	5.500,— Ptas.		Ptas.
Visita ciudad. Incluida en la tarifa de acompañante	850,— Ptas.		Ptas.
Cena-Espectáculo SCALA	4.600,— Ptas.		Ptas.
Traslados Hotel-P. Congresos-Hotel	3.500,— Ptas.		Ptas.
			Ptas.

Nota: No se atenderá ninguna inscripción que no vaya acompañada del correspondiente pago en metálico o cheque internacional (libre de gastos) dirigido a Viajes Transglobal.

Fecha y firma: .....

INFORMACION GENERAL

Secretaría del Congreso
PALACIO DE CONGRESOS
Dpto. de Convenciones y Congresos
Avda. Reina María Cristina, s/n
08004 BARCELONA
Tels. 223 31 01/325 32 62 - Telex 53117 FOIM B

Agencia oficial del Congreso:
TransGlobal, S.A.
Consejo de Ciento, 305
08007-Barcelona
Tels. 253 19 37/323 23 66 - Telex 51253 GLOB E

Cuotas Congresistas	Antes 15-2-85	Después 15-2-85
Congresista NO ASOCIADO	25.000,— Ptas.	28.000,— Ptas.
Congresista ASOCIADO	15.000,— Ptas.	18.000,— Ptas.
Estudiante Podología con acreditación (plazas limitadas)	10.000,— Ptas.	12.000,— Ptas.
Acompañantes	6.000,— Ptas.	8.000,— Ptas.

A cada congresista se le entregará un diploma de participación al Congreso.

Idiomas oficiales del Congreso: Castellano, Francés, Inglés, Italiano y Alemán. Habrá traducción simultánea.

Exposición anexa: Para todas las Empresas que desean participar, habrá una exposición anexa al Congreso en la planta D del P. de Congresos. La tarifa de participación es de 15.000,— Pts./m². Hay stands de 6 y 9 m².

Hoteles	Habitación Doble	Habitación Individual
Princesa Sofía*****	12.600,— Ptas.	9.800,— Ptas.
Avda. Palace*****	11.900,— Ptas.	9.300,— Ptas.
Presidente*****	11.350,— Ptas.	8.800,— Ptas.
Majestic****	10.100,— Ptas.	7.800,— Ptas.
Calderón****	9.300,— Ptas.	7.100,— Ptas.
Arenas****	8.650,— Ptas.	6.920,— Ptas.
Cristina****	7.700,— Ptas.	4.775,— Ptas.
Expo***	6.100,— Ptas.	4.700,— Ptas.
Wilson***	6.150,— Ptas.	4.900,— Ptas.
Zenit***	6.150,— Ptas.	4.900,— Ptas.

Estos precios incluyen: Habitación, desayuno e impuestos vigentes. Cuando reciba el acuse de recibo, le será indicado el hotel reservado. No se efectuará ninguna reserva que no vaya acompañada de un depósito de 18.000,— Ptas.

Fiesta Típica Española: 9 Abril/10 Abril/11 Abril	3.600,— Ptas./u.
Montserrat: 9 Abril/10 Abril/13 Abril	2.950,— Ptas./u.
Costa Brava: 9 Abril/10 Abril/13 Abril	4.000,— Ptas./u.
Fin de Semana en Mallorca	33.500,— Ptas./u.
Suplemento Habitación individual	3.100,— Ptas./u.
Crucero Baleares	29.000,— Ptas./u.
Suplemento Camarote individual	2.000,— Ptas./u.
Cena de Gala (13-4-85)	5.500,— Ptas./u.
Visita ciudad (incluida en cuota de acompañante)	850,— Ptas./u.
Cena-Espectáculo SCALA (12-4-85)	4.600,— Ptas./u.
Traslados Hotel/P. de Congresos/Hotel	3.500,— Ptas./u.

—Los precios para visitas y excursiones han sido calculados para un mínimo de 30 participantes.

—Estos precios están basados en tarifas aéreas, navieras, hoteleras y de servicios actuales. Cualquier alteración en las tarifas o aumento de los costos, pueden afectar el precio total. (Tarifa 1984).

—La organización del Congreso, se reserva el derecho de modificar los actos indicados.

ALGUNAS TECNICAS ALTERNATIVAS EN LA CORRECCION DEL HALLUX VALGUS POR EL METODO DE LA MINIMA INCISION

Por el podólogo L. Aycart, D.P.M. Miembro asociado de la Academia de Cirugía Ambulatoria Norteamericana.

A través de los años el primer segmento del pie, ha sido resecado, cortado en forma de cuña, osteotomizado, limado, sujetado con clavos (Kischner), sujetado con alambres, e implantado con prótesis de Silastic, más veces que ninguna otra articulación en el cuerpo humano. Muchos autores han relatado los resultados inciertos de los casi aproximados 240 diferentes procedimientos y modificaciones descritas en los libros de técnicas quirúrgicas. Casi todos los cirujanos del pie que han escrito un tratado, nos relatan técnicas, que han sido modificadas con su nombre, Técnica de Silver, de Akin, de Keller, modificadas por el autor del tratado al uso.

Esta multiplicidad de procedimientos sugieren, que no hay ningún método simple que sea enteramente satisfactorio, o ninguna técnica que no tenga algo objetable.

De aquí se deduce la necesidad de una innovación en lo que se refiere a la mínima incisión para la corrección de Hallux Abducto Valgus, o simplemente un juanete cuya desviación del primer eje metatarsiano con el segundo eje metatarsiano trazado sobre la radiografía, formen un ángulo superior a 15° (el ángulo articular proximal se mide sobre una radiografía dorso plantar, y está formado por una línea perpendicular al cartílago de la cabeza del primer meta, formando su eje, que se cruzará con el eje correspondiente al 2° segmento. El ángulo normal es de 7 grados).

De los tres métodos principales Akin, Xeller y Silver, voy a tratar de describirlos.

El método Akin de cirugía mayor, consiste en practicar la osteoclasis de la primera falange en su tercio proximal, y atravesar con un alambre de Kischner la primera, dos tercios de la segunda, y el tercer tercio de la segunda en la misma dirección del eje del primer metatarsiano (fig. n.° 1) al mismo tiempo que también eliminan la hipertrofia de la parte medial de la cabeza metatarsiana.

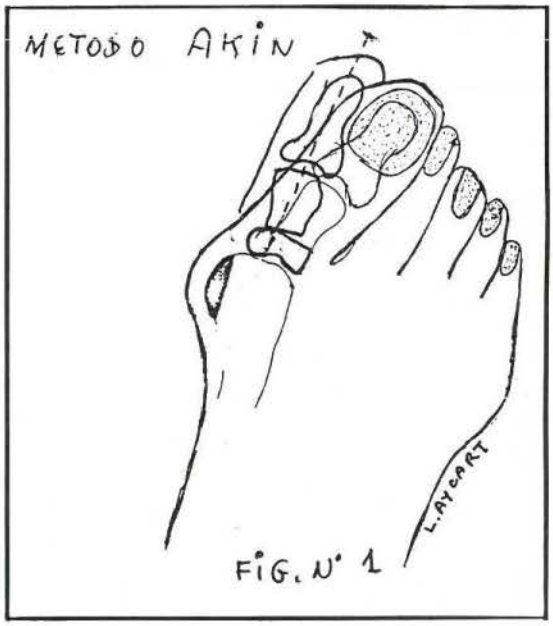


FIG. N° 1

El método Keller de cirugía mayor, consiste en practicar la epifisectomía o eliminación del primer tercio de la primera falange, eliminación de la hipertrofia medial de la cabeza metatarsiana, con fijación también con alambre de Kischner de primera falange, 2/3 de la segunda y ca-

beza del primer meta en posición corregida (fig. n.° 2).

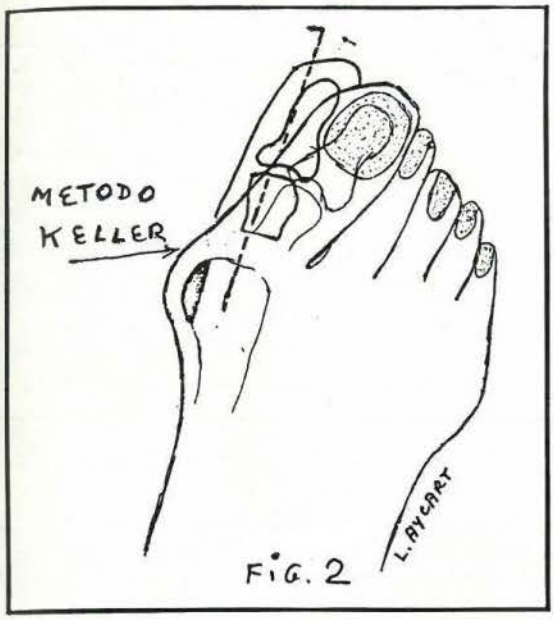


FIG. 2

El método de Silver de cirugía mayor, consiste en practicar y extraer una cuña de hueso en sentido dorso plantar en la cara medial, tercio distal del primer metatarsiano (sin llegar al borde externo) con dos orificios para sujetar y unir con grapas las dos porciones separadas por la extracción de la cuña ósea) como igualmente la hipertrofia medial de la cabeza metatarsiana (fig. n.° 3).

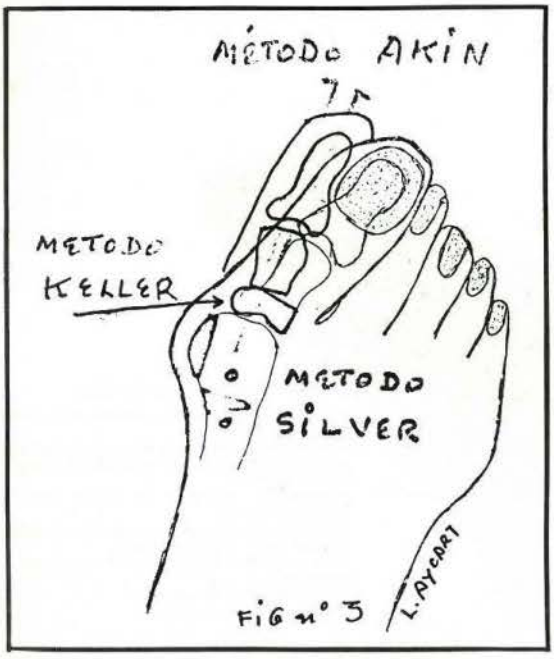


FIG n° 3

De estos tres métodos descritos, el primero y el tercero (Akin-Silver) también han sido modificados ¿cómo no?, por los compañeros de la Academia de Cirugía Ambulatoria. Y de estas dos modificaciones que se deben al podólogo H. Roven en la primera y la segunda, son de las que hoy nos vamos a ocupar.

La característica más importante de la modificación Akin-Roven de la mínima incisión para la corrección de juanete consiste principalmente en que por la misma incisión en la metafisis proximal de la primera falange, cara externa, en su parte

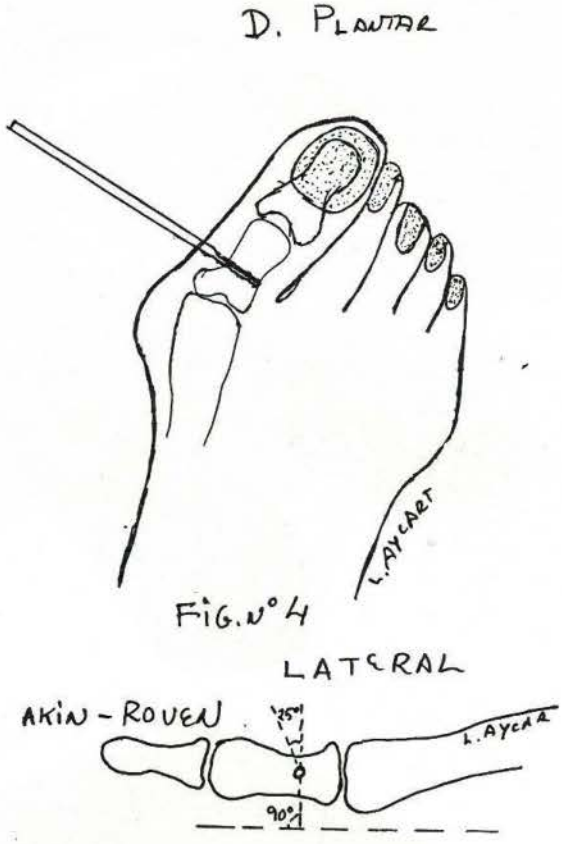
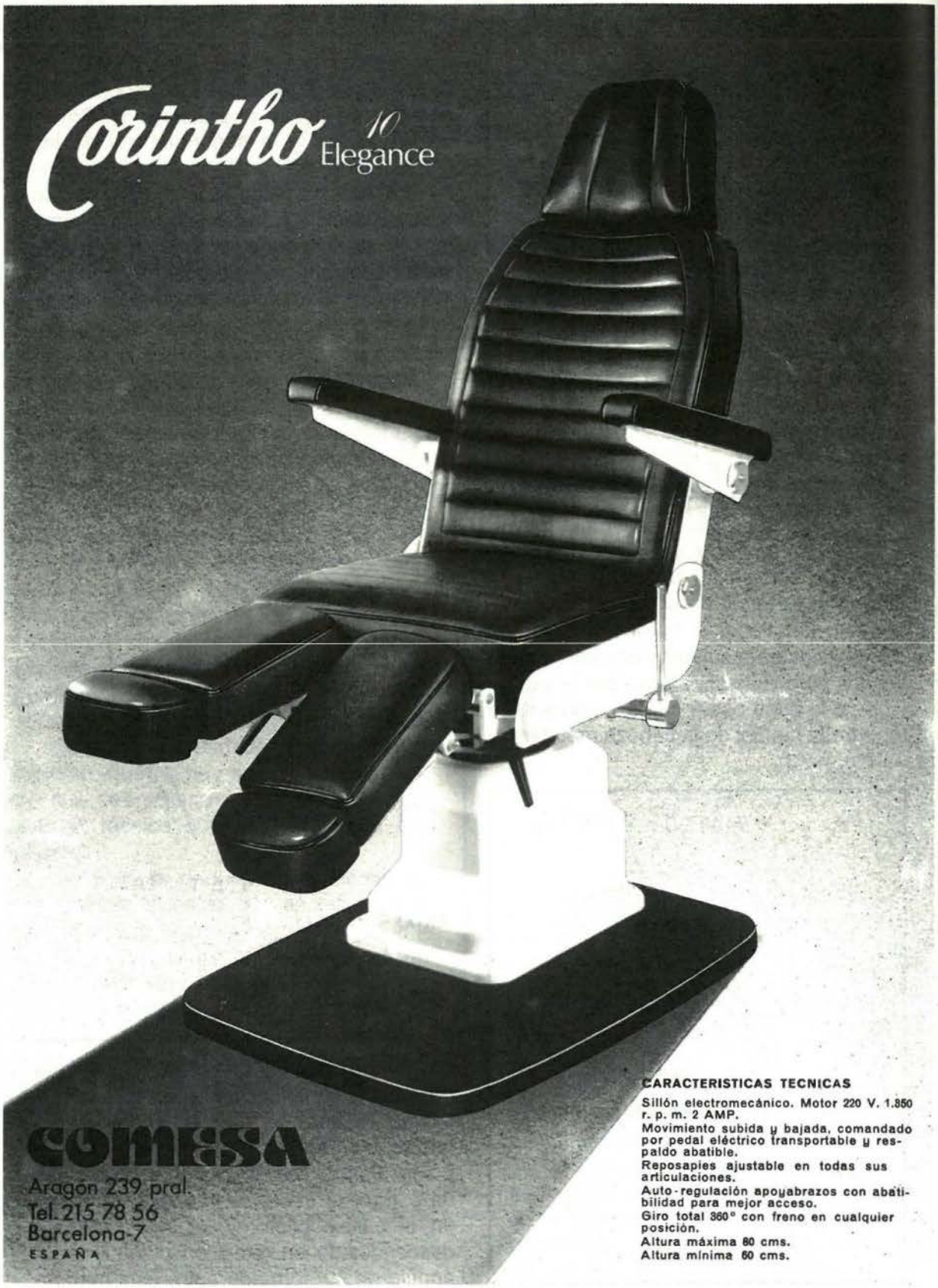


FIG. n° 4

central, practicando un orificio (fig. 4) guía pasante, a continuación se efectúa con la misma fresa un corte en un ángulo de 25 grados con respecto a la perpendicular al plano plantar del orificio piloto. Después de extraer la fresa, se vuelve a introducir en el orificio piloto, y se inicia el corte descendiendo en dirección plantar en un ángulo de 90° formado entre esta perpen-

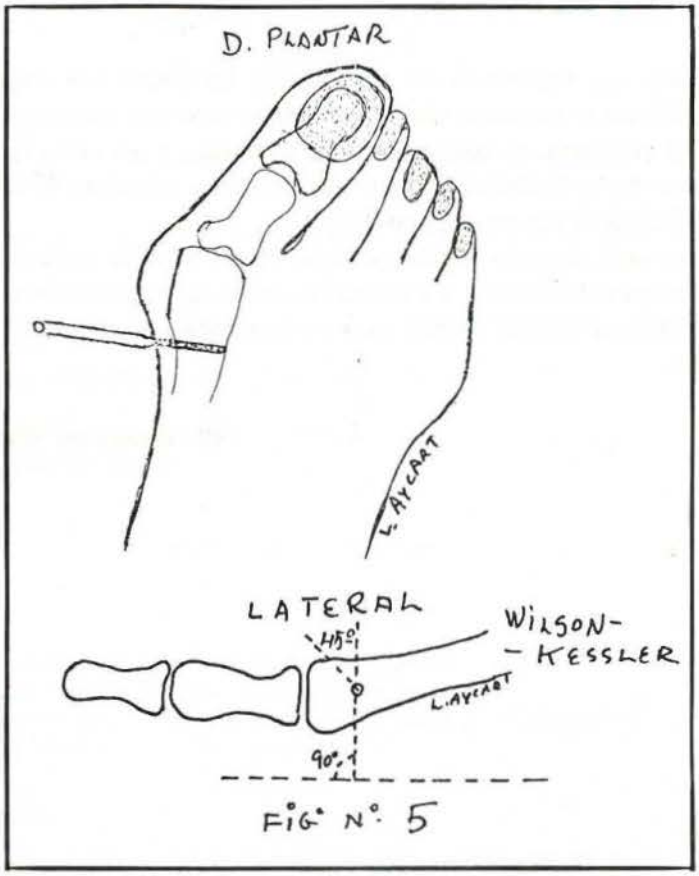

Corintho 10 Elegance
COMESA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.850 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

dicular y el plano de la región plantar. Efectuado el corte del hueso (que no de las partes blandas) procederemos a alinearlo en su posición correcta, vendándolo con un vendaje en forma de ocho durante cuatro semanas o seis, para permitir que se forme el callo óseo en la forma corregida y alineada del primer segmento con respecto al segundo. Es de advertir que por la misma incisión se habrá efectuado previamente, la reducción de la hiperexóstosis lateral de la cabeza metatarsiana correspondiente al primer dedo.

La característica más importante de la modificación Wilson-Kessler (Kessler, es el nombre del podólogo de la A.A.F.S.) sobre la idea y procedimiento primitivo del Dr. Silver, consiste en que la osteoclasis se efectúa en la metáfisis distal del primer metatarsiano, después de efectuar la eliminación de la hiperoxóstosis, practicando igualmente un orificio piloto, y cortando el hueso en dirección distal formando un ángulo de 45°, volviendo al orificio guía, y cortando en dirección plantar en ángulo de 90°, ambos medidos con la perpendicular al plano plantar, posteriormente vendaje de fijación, durante 4 a 6 semanas, y ortosis de alineado entre primero y segundo dedo (fig. n°. 5).

Y nada más, insisto en que para empezar a investigar en el campo de la mínima incisión, debería empezarse por el helloma molle o callo interdigital, y solamente cuando se hayan practicado muchas intervenciones menores, es cuando previo estudio a fondo de la anatomía, fisiología, y todos los pormenores a la región a tratar se debe de acometer empresas mayores, si con este trabajo (que me atrevo a anticiparos en el Congreso de Cádiz se tocará ampliamente) repito —si con este trabajo— he conseguido enseñaros algo a unos, alentaros a otros sobre el campo de la mínima incisión, me daré por satisfecho.

Muchas gracias a todos



Alvaro Ruiz Marabot
Padre Caro, 3
Chiclana

Querido compañero:

Como verás te adjunto el programa de los actos programados para el día del podólogo-1985. Se trata del programa preliminar, ya que los definitivos saldrán de la imprenta dentro de unos días, pero te lo mando así por si da tiempo a que lo incluyas en el primer número de la revista que confeccionéis.

Los precios de inscripción a los actos, que incluyen la cena, serán:

Podólogos asociados ..... 3.000 pesetas.
Podólogos no asociados ..... 5.000 pesetas.
Estudiantes ..... 2.500 pesetas.
Acompañantes ..... 2.000 pesetas.

Como pueden ver, un matrimonio de compañeros no tendrá que pagar más que 5.000 pesetas, que es poco más o menos lo que puede costar salir una noche a cenar con tu mujer.

Por otra parte, el programa es suficientemente sugestivo, y por estas razones animamos a todos los compañeros de la Española a pasar ese día entre nosotros. El año pasado, nuestro primer DIA DEL PODOLOGO fue un enorme éxito.

Quienes deseen venir deberán remitir un talón por el importe según la tarifa más arriba indicada, a esta Asociación Madrileña, y a vuelta de correo recibirán las invitaciones solicitadas.

En la seguridad de que será de utilidad para muchos esta información, os enviamos nuestro más cariñoso saludo.

Fdo. José Luis Moreno de la Fuente

CURSO DE TRAUMATOLOGIA PARA PODOLOGOS
Día del Podólogo, 1985

Hospital Central de la Cruz Roja
Avda. Reina Victoria, 26, Madrid.
Servicio de Traumatología,
Jefe Dr. M. Núñez Magro.
Servicio de Cirugía Ortopédica,
Jefe Dr. J. A. Fernández Valderrama.

EN COLABORACION CON
Asociación Madrileña de Podólogos

Madrid, 16 de febrero de 1985

MAÑANA

8,45: Entrega de documentación

9,15: Apertura del curso
—Dr. A. Esteban de la Torre
Director del Hospital Central de la Cruz Roja.
—Dr. M. Núñez Magro
Jefe del Servicio de Traumatología.
—Dr. J. A. Fernández Valderrama.
Jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica.
—José Luis Moreno de la Fuente.
Presidente de la Asociación Madrileña de Podólogos.

9,30: Morfología de la bóveda plantar. Conceptos actuales. Electromiografía.
Dr. L. F. Llanos Alcázar.

10,00: Pie cavo. Tratamiento quirúrgico versus tratamiento ortopédico.
Dr. Enrique Izquierdo
Francisco Alvarez Santos —podólogo—

10,40: Coloquio

10,55: Descanso y café

11,15: Descripción anatomoclínica de las deformidades del antepié.
Dr. Jorge Sanjurjo

11,35: Metatarsalgias. Tratamiento quirúrgico versus tratamiento ortopodológico.
Dr. C. Alonso Núñez
José Luis Moreno de la Fuente —podólogo—

12,15: El pie en las enfermedades generales
Dr. M. Núñez Magro

12,45-
13,15: Coloquio con los conferenciantes anteriores.

TARDE

16,00: Radiología podológica. Técnicas particulares.
Salvador Hervas Tamarit —podólogo—
Angulos y líneas de interés en radiografía y fotopodograma.
Manuel Meneses Garde —podólogo—

16,40: Coloquio

16,55: Pie plano. Tratamiento quirúrgico versus tratamiento ortopédico.

Tratamiento quirúrgico del pie plano idiopático infantil.
Dr. M. Núñez-Samper
Osteotomías en el tratamiento quirúrgico del pie plano
Dr. J. A. Fernández Valderrama.
Tratamiento ortopédico del pie plano
Manuel Solís Herruzo —podólogo—

17,55: Coloquio

18,10: Podología deportiva.
Dr. P. Guillén García

18,45: Resumen, conclusiones y clausura.

21,15: Cena en el RESTAURANTE ONDARRETA FELIX,
C/ Clara del Rey 32-34

Los diplomas a los asistentes se entregarán en el último acto.

PARTICIPANTES

Dr. Luis Fernando Llanos Alcázar.
Profesor adjunto. Primera cátedra de anatomía.
Universidad Complutense. Madrid.

Dr. Enrique Izquierdo
Dr. Jorge Sanjurjo
Dr. Carlos Alonso Núñez
Dr. Manuel Núñez Magro
Dr. Mariano Núñez-Samper Pizarroso
Dr. José Andrés Fernández Valderrama.
Servicios de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.
Jefes: Dr. Núñez Magro
Dr. Fernández Valderrama

Dr. Pedro Guillén García
Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía.
Ortopédica de MAPFRE, Majadahonda-Madrid.

Francisco Alvarez Santos
José Luis Moreno de la Fuente
Salvador Hervas Tamarit
Manuel Meneses Garde
Manuel Solís Herruzo
Podólogos de la Asociación Madrileña

Coordinadores del Curso:
Mariano Núñez-Samper Pizarroso
José Luis Moreno de la Fuente

Información e inscripciones:
Asociación Madrileña de Podólogos
Gran Vía n.° 33, 7.°, n.° 2
28013-Madrid
Tl. 231 50 44

El curso se desarrollará en el salón de actos del Hospital Central de la Cruz Roja según el presente programa, salvo cambios por necesidades organizativas.

CARTA DEL VICEPRESIDENTE D. ZACARIAS GARCIA DE ANDRES

Sr. D. Alvaro Ruiz Marabot
PODOLOGO
CADIZ

Querido amigo y compañero:

Desde mi regreso a casa, tras la celebración del XVII Congreso Nacional de Podología, vengo abrigando el propósito de dirigiros unas líneas a todos y cada uno de los compañeros que integrasteis la Comisión Organizadora. Uno no sabe qué admirar más: si lo sabia y acertadamente que supisteis distribuiros cada cometido específico en particular —en sus distintos grados de gestión, actividad, responsabilidad y representatividad—, o ese sublime desprendimiento individual con que todos habéis subordinado los personalismos al éxito del conjunto, que constituye un singular e imperecedero ejemplo de armonización colectiva, del que podéis sentiros satisfechos y orgullosos ya que esa «lección social gaditana» ha resultado ser, con mucho y sin menoscabo de los trabajos científicos, la lección magistral del Congreso.

Aprovechando estos días navideños, tan propicios al mensaje, he querido que recibiérais el mío —igual a todos para no vulnerar vuestros deseos— de respeto, admiración y felicitación, con la amplitud que merece ese encomiable gesto plural del «tanto monta monta tanto» con que habéis ennoblecido la parcela de la buena voluntad de nuestra historia y enriquecido el patrimonio de hombría de bien de nuestro cuerpo social podológico. Y, además, enviaros el testimonio de permanente recuerdo y de profundo agradecimiento, de mi esposa y míos, por la consideración y cariñosas atenciones que, tan cortés y gentilmente, tuvisteis a bien dispensarnos como demostración evidente de que la inquebrantable amistad con que os distinguía estaba más que justificada y por la que me siento plenamente honrado.

Lamentando que mi pobreza de expresión sea incapaz de plasmar en toda su dimensión la riqueza de sentimientos que habéis generado en mí por vuestro excepcional comportamiento para conmigo, os ratifico mi más profundo agradecimiento junto al cariñoso deseo de unas felices Navidades y un saludable año 1985, cuajado de éxitos personales y profesionales, para todos vosotros y vuestras familias respectivas. Todo ello condensado en el más fuerte y fraternal abrazo de vuestro incondicional amigo y compañero.

ACTAS

ASAMBLEA NACIONAL DE ASESORES PROVINCIALES DE PODOLOGIA (CONSEJO GENERAL A.T.S.)

En la ciudad de Cádiz, siendo las 22 horas del día 11 de octubre de 1984, se reúne la Junta Directiva de la Asociación Española de Podólogos en sesión conjunta con los presidentes de las Asociaciones Regionales y Delegados Provinciales que a continuación se citan:

Juan Vidán	Presidente Asociación	Gallega
Joaquín Solé	Presidente Asociación	Catalana
Isaías Del Moral	Presidente Asociación	Levantina
Manuel Albalá	Presidente Asociación	Andaluza
José Valero	Presidente Asociación	Aragonesa
Alfonso Domínguez	Presidente Asociación	Castellano-Leonesa
José Villafaina	Presidente Asociación	Extremeña
José Iniesta	Presidente Asociación	Murciana
Francisco J. Morán	En representación	Canaria
Jesús Pérez de Anda	Delegado provincial de	Alava
Luis Juan Navarro	Delegado provincial de	Albacete
Juan J. Iborra	Delegado provincial de	Alicante
Esteban de Haro	Delegado provincial de	Almería
Antonio García Martín	Delegado provincial de	Avila
José Villafaina	Delegado provincial de	Badajoz
Joaquín Solé	Delegado provincial de	Barcelona
J.L. Muñoz	Delegado provincial de	Burgos
José Luis Salcini	Delegado provincial de	Cádiz
Manuel Ruiz Morales	Delegado provincial de	Granada
Andrés Viedma	Delegado provincial de	Guipúzcoa
Eduardo Rico	Delegado provincial de	Huelva
Alberto Ballarín	Delegado provincial de	Huesca
Víctor Nieto	Delegado provincial de	Jaén
Fco. J. Morán	Delegado provincial de	L. Palmas G. Canarias
Eloy Téllez	Delegado provincial de	Tenerife y Málaga
José Iniesta	Delegado provincial de	Murcia
José Moreno	Delegado provincial de	Orense
Antonio Basas	Delegado provincial de	Salamanca
Concepción Baiges	Delegado provincial de	Tarragona
Isaías del Moral	Delegado provincial de	Valencia
Alfonso Domínguez	Delegado provincial de	Valladolid
Zacarías García De Andrés	Vicepresidente de la Federación Internacional de Podólogos.	
Sergio Bonamusa	Presidente Asociación Española Podólogos.	
Luis Cajal	Vicepresidente Asociación Española Podólogos.	
Juan José Araolaza	Secretario Asociación Española Podólogos	
Angel Gil	Tesorero Asociación Española de Podólogos.	
Alvaro Ruiz	Vocal Asociación Española de Podólogos	
José Marroyo	Vocal Asociación Española de Podólogos	
José L. Núñez	Vocal Asociación Española de Podólogos	

Abre la sesión el Presidente Sergio Bonamusa que informa sobre la situación académica de nuestra profesión.

→

Tras ello da lectura al texto del proyecto de Real Decreto sobre estudios de Podología para la obtención del título de Diplomado en Podología.

Tras un prolongado y razonado debate, la Asamblea toma los siguientes acuerdos:

1°.—Mostrar su satisfacción porque la Administración haya tomado la decisión de reglamentar nuestra profesión como Diplomado en Podología dentro de los estudios del primer ciclo de Estudios Universitarios.

2.°.—Dar un voto de confianza a la Junta Directiva de la Asociación Española de Podólogos, para tratar con el M.° de introducir la modificación necesaria en el articulado referente a que las «materias comunes con Enfermería se desarrollarán en estos últimos centros», para que la disposición sea más amplia en el sentido de que no haya una determinación expresa.

También creen conveniente se llegue a un acuerdo con el M.° en la elaboración del programa de estudios del Diplomado, basándose en un proyecto base realizado por la Universidad.

V.° B.°
EL PRESIDENTE

EL SECRETARIO

PROBLEMAS QUE SE PLANTEAN EN EL PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE TRANSFORMAN LOS ESTUDIOS DE PODOLOGIA EN PRIMER CICLO UNIVERSITARIO CONDUCENTES AL TITULO DE DIPLOMADO EN PODOLOGIA Y SOLUCIONES POSIBLES.

1º.—La Disposición Transitoria tercera del proyecto será modificada en el sentido de que los nuevos podólogos mantendrán los derechos profesionales que los podólogos del sistema antiguo tienen conferidos por el Decreto 727/62.

2º.—Dado que actualmente y según lo dispuesto en el Decreto 727/62, de 29 de marzo, el acceso al Diploma de Podólogo era para A.T.S. y Practicantes, y que la configuración dada en el proyecto de Real Decreto sobre Podología no se prevé dicho acceso para A.T.S., se establecerá el cauce para obviar dicha restricción bien a través de un sistema de convalidación de asignaturas, bien a través de otro sistema que persiga el mismo fin.

3º.—Actualmente la especialidad de Podología consta de dos cursos que se realizan tras la formación como A.T.S. o Diplomado en Enfermería. La transformación de esta especialidad en estudios de primer ciclo universitario no puede disminuir el nivel formativo alcanzado por el anterior sistema. Para lo cual se estudiará con el Consejo General de A.T.S. y Diplomados en Enfermería la elaboración de un plan de estudios que mantenga al menos el nivel formativo hasta hoy existente, lo que determinará su duración.

4º.—El calendario para ultimar las modificaciones que afecta a los puntos 1 y 2 anteriormente citados, se desarrollará durante el mes de enero.

5º.—El calendario para la revisión del curso de nivelación será fijado en el mes de enero.

28 noviembre, 1984

PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE TRANSFORMAN LOS ESTUDIOS DE PODOLOGIA EN 1er. CICLO UNIVERSITARIO CONDUCENTE AL TITULO DE DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN PODOLOGIA

La experiencia obtenida desde la promulgación del Decreto 727/1962 de 29 de marzo, sobre reconocimiento y reglamentación de las enseñanzas de Podología, y la madurez alcanzada por las mismas en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos aconsejan la incorporación de estos estudios a la Universidad.

Por ello de conformidad con la Ley 11/1983 de 25 de agosto y a propuesta del Ministro de Educación y Ciencia, con el informe favorable de la Junta Nacional de Universidades y del Ministerio de Sanidad y Consumo y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día

DISPONGO:

Artículo 1º.—Las enseñanzas de Podología se desarrollarán dentro del primer ciclo de la educación universitaria, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley **11/1983 de 25 de agosto de Reforma Universitaria**, el presente Real Decreto y normas a que se refiere **el art. 6º de la indicada Ley.**

Artículo 2º.—La creación de los centros responsables de las enseñanzas universitarias de Podología, así como la transformación, en su caso de las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos se regirán por lo dispuesto **en el título primero de la Ley 11/1983 de 25 de agosto** y normas dictadas en su desarrollo.

Artículo 3º.—La ELABORACION, aprobación y homologación de los planes de estudio de las Enseñanzas Universitarias de Podología se llevará a cabo conforme a lo dispuesto **en los artículos 28 y 29 de la Ley 11/1983 de 25 de agosto.**

Las materias del plan de estudios de las enseñanzas de Podología que sean comunes a las de las Escuelas Universitarias de Enfermería podrán ser cursadas, por los alumnos de Podología, en estos últimos centros.

Artículo 4º.—Los alumnos que superen los estudios universitarios de Podología obtendrán el título de Diplomado en Podología, que tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. **El título será expedido por el Rector de la Universidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 11/1983 de 25 de agosto.**

Artículo 5º.—Queda derogado el Decreto 727/1962 de 29 de marzo y demás disposiciones, en cuanto se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto.

Artículo 6º.—Por el Ministerio de Educación y Ciencia se dictarán las normas oportunas para el desarrollo del presente Real Decreto.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.—La adaptación a las enseñanzas del presente Real Decreto de los estudios cursados según el Decreto 727/1962 de 29 de marzo, en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos de Barcelona y Madrid será establecida, a propuesta de las Universidades de las que estos centros dependen, por el Ministerio de Educación y Ciencia, o en su caso la correspondiente Comunidad Autónoma, que fijará el calendario de extinción de los mismos.

SEGUNDA.—(No está completa). Los alumnos que, una vez extinguidos los estudios de acuerdo con la Disposición anterior, no hubieran superado las pruebas y deseen seguir los estudios según los nuevos planes previstos en el artículo tercero del presente Real Decreto, mediante las adaptaciones que el Ministerio de Educación y Ciencia determine.

TERCERA.—Quienes estén en posesión del Diploma de Podólogo expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, conforme a la legislación vigente, tendrán los derechos profesionales corporativos que, en su caso, se atribuyan a los nuevos Diplomados en Podología.

CUARTA.—Quienes se encuentren en posesión del Diploma de Podólogo, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, y deseen obtener el título de Diplomado en Podología a que se refiere el artículo 4 del presente Real Decreto deberán reunir los requisitos que se fijen por el Ministerio de Educación y Ciencia.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE
AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS
Y DIPLOMADOS EN ENFERMERIA

CONSEJO GENERAL DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS
26 NOV. 1984
SALIDA N.º 2246

Buen Suceso, 6
Tels. 241 60 73 y 241 17 89
MADRID - 8

CIRCULAR nº 136/84

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA
CADIZ
Fecha: 28 NOV. 1984
Entrada Nº 1011

Como consecuencia del proceso negociador entre el Ministerio de Educación y Ciencia y este Consejo General, referente a la regulación de nuestras Especialidades y como desarrollo de los acuerdos adoptados en la Asamblea General de Presidentes del pasado 24 de Noviembre, procede informar con detalle de la situación actual y futura de la transformación de los estudios de Podología, así como de los compromisos a tal efecto adquiridos entre el Consejo General y el Ministerio de Educación.

Por tal motivo se convoca Asamblea Nacional de Asesores Provinciales de Podología, el próximo domingo 2 de Diciembre, a las 10 horas en convocatoria única, en el Hotel Mayorazgo, sito en Flor Baja, 2 con el siguente

ORDEN DEL DIA

1º.- Informe sobre la situación de la Podología con respecto al Proyecto de Decreto de transformación de sus estudios.
2º.- Propuestas y Acuerdos.
3º.- Ruegos y Preguntas.

Debido a la importancia del tema, le agreceremos haga llegar la presente convocatoria y facilite los medios necesarios, al Asesor de Podología de esa Junta de Gobierno.

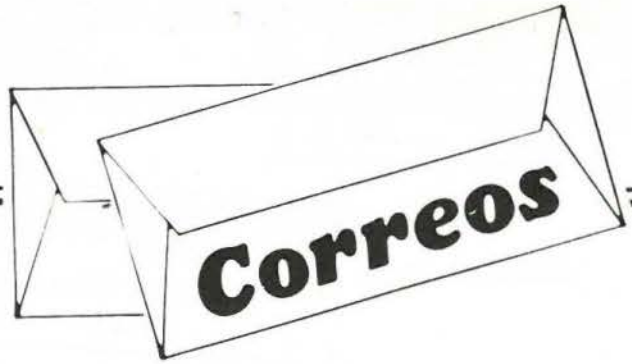
Dios guarde a V.I.
Madrid 26 Novbre. 84

EL SECRETARIO GENERAL

Consejo General de A.T.S. y Diplomados en Enfermería - MADRID

Vº Bº
EL PRESIDENTE

ILMO.SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE A.T.S.-D.E. DE



ACOGEDORA NOCHEBUENA

Por Francisco de la Cruz Agusti

Se repite esta acogedora Nochebuena con el nacimiento del Niño Dios, que para ejemplo de sencillez y humildad, se refugió en un pesebre del camino, constituyendo el sello indeleble de la maravillosa estampa de la noche del 24 de diciembre de todos los años, con Jesús, María y José.

Acogedora y amena Navidad que en torno a la familia de Nazaret, los cristianos de todo el mundo se cobijan con el recuerdo imperecedero de aquel Niño celestial, que nos trajo el amor y la libertad de todos los corazones; El nos marcó la senda cuando llegó a su edad de 33 años, de la fe y amor al Padre Eterno, hizo renacer una vida nueva con la supresión de la esclavitud y nos marcó el calendario de la era cristiana. El supo darnos con su candor y mansedumbre, el ejemplo de cómo tenían que ser los hombres, y para ello, dio su vida por nosotros.

En esta fecha de la Navidad, el Niño Dios nos recuerda que debemos asirnos al madero que flota en las turbulentas tempestades que el hombre se ve envuelto en muchas ocasiones, para no hundirse y perecer, precisamente, en este mar que nos inunda el mundo actual.

Pidamos al Niño Jesús, María y José, delante del pesebre, que ponemos como conmemoración de la noche de su nacimiento, que ilumine con su poder de Dios angelical y amoroso, a todos los hombres y en particular, a los dirigentes de los pueblos, haciendo que renazca una mayor concordia y amor entre todos los habitantes del planeta. Que nos dé salud y trabajo, y así pueda florecer el grandioso panorama que constituye el mundo con mucha paz, ¡mucha paz!, que los campos produzcan para que todos los seres coman y desaparezca la pobreza de la faz de la Tierra, y en ese canoro ambiente de paz, concordia y trabajo, desterrar de una vez para siempre, las armas y artilugios mortíferos, y lo transformemos en un mundo florido y alegre. Pidamos con fe y mucho cariño al Niño Dios que no dudo, nos escuchará.

Que la sublime Navidad aúne a todas las familias, pequeños y mayores, con más dedicación a los que se encuentran solos; que en estas fechas nos amemos más que nunca, alegrando así a Jesús, María y José.

ESPERANZA

En charlas y coloquios informales, he observado en los distintos compañeros y colegas, la gran necesidad que sienten de enriquecer sus conocimientos con nuevas teorías podológicas.

Dicen, la podología actual, la convencional, no está a la altura de las necesidades de la sociedad en los tiempos que vivimos.

Tenemos que hacer un gran esfuerzo, convirtiéndola en una especialidad teóricamente razonada, con capacidad práctica.

Otros dicen, que de lo que adolece la podología es de un conocimiento profundo en biomecánica.

Tanto los unos como los otros, tienen grandes inquietudes y sus propuestas o pensamientos dignos de tener en cuenta o mejor, de llevarlos a la práctica.

Sería el gran renacimiento, para abatir la abulia que padecemos.

¡Hurra! por esos colegas que no escatiman el esfuerzo de pensar y manifestarlo, aunque sólo sea a nivel de pequeños grupos.

Los más, ponemos la esperanza en la juventud, como una promesa mesiánica.

Pensamos que con el esfuerzo de los que vendrán, se habrán resuelto todos nuestros problemas y con ellos, los de la podología. Nimia pretensión la nuestra; queremos alcanzar todo, a cambio de nada.

Los que vendrán, lo hacen con un nuevo diploma. Sin base ni experiencias vividas, llegan a un mundo que les es completamente nuevo y desconocido. Les faltan ideas innovadoras, viéndose obligados a tener que compartir las nuestras.

Las ideas innovadoras y la imaginación no surgen de la nada, surgen después de teorizar sobre una materia con razonamientos demostrables y demostrados, o sea, saber más, para luchar mejor.

Es a partir de aquí, cuando el alumno se siente capaz de enriquecer su profesión, puesto que posee una buena base, lo que entiendo tiene que adquirir en la escuela.

Si la escuela es buena, lo demás viene por añadidura, y si no, los diplomados no pueden ofrecer calidad profesional, por muy buena voluntad que tengan.

Es a partir de aquí, cuando se aventuran los distintos colegas a pensar lo que debiéramos ser y no somos.

Es a partir de aquí, que nos dividimos formando grupos desmembrando el gran colectivo.

Es a partir de aquí, que sentimos la falta de coordinación profesional, ante la que nos hallamos impotentes.

Los responsables de coordinar y planificar el colectivo son los que deben marcar las líneas unificadoras, la investigación y emancipación general de la podología. Lo contrario no nos sacará del caos en el que nos hallamos inmersos. Si el caos colectivo es grave, el profesional no es menor.

No tenemos criterios comunes que son los que unen; esta falta de criterios comunes, de manera consciente la siente y la valora la sociedad y nosotros también.

No conocemos en todas sus dimensiones nuestra profesión.

Si no la conocemos ¿qué podemos ofrecer de ella?

¿Quién nos aceptará? La Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Hospitales, etc., (como manifestaban algunos colegas en la Revista Podoscopio, mayo-junio-1984). ¿A hacer qué?

Este desconocimiento nos lleva a la necesidad de invocar fuerzas superiores.—«Los que vendrán».

Entiendo que tenemos que ser nosotros, con nuestro esfuerzo nuestra participación, culturizándonos como dicen los colegas que propugnan una podología teóricamente razonada con capacidad práctica, e introducción a las patologías funcionales o mecánicas, cuyo origen solamente lo podemos controlar si conocemos los secretos de la biomecánica.

Dejemos participar, pidamos ideas, me consta, hay muchos podólogos que las tienen y muy buenas tanto, como para poder hacer una podología capaz de abrir las puertas más herméticas y ofrecer a la humanidad la esperanza de erradicar tanto dolor físico.

24-XII-1984

Fdo. Francisco Maure Ternia

mannheim boehringer

COR-PIK SEK

Para que los pies permanezcan FRESCOS Y SECOS, DIAS, DIAS... y DIAS, son precisas unas acciones básicas

- ACCION ANTITRANSPIRANTE
- ACCION DESODORANTE

y que los efectos sean prolongados.

COR-PIK SEK cumple estos requisitos eficazmente. Generalmente basta aplicar cada 3 meses, aunque puede variar en función de la intensidad de sudoración de cada usuario. Aportando además:

- ACCION DERMOPROTECTORA (HIDRATANTE/EMOLIENTE)
- ACCION RELAJANTE
- ACCION SUAVIZANTE (QUERATOPLASTICA)

PRESENTACION

Estuche para una aplicación conteniendo Sobre n.° 1 (Sales de Baño) y Sobre n.° 2 (Polvo).

Ponen alas a sus pies

mannheim boehringer

COR-PIK SALES

(Baño de Pies) **concentradas**

Baño relajante de la musculatura. Suprime el ardor, es suavizante y desodorante de los pies a través de sus acciones:

- DESCONGESTIVA • EPITALIZANTE
- QUERATOPLASTICA • ASTRINGENTE
- OXIGENANTE • ANTISEPTICA

PRESENTACION

Estuche de 15 sobres de 10 grs.

COR-PIK GEL

Reposante, Refrescante y Desodorante a través de sus acciones:

- ASTRINGENTE • VASOPROTECTORA
- DESCONGESTIVA • ANALGESICA
- REFRESCANTE • ANTISEPTICA

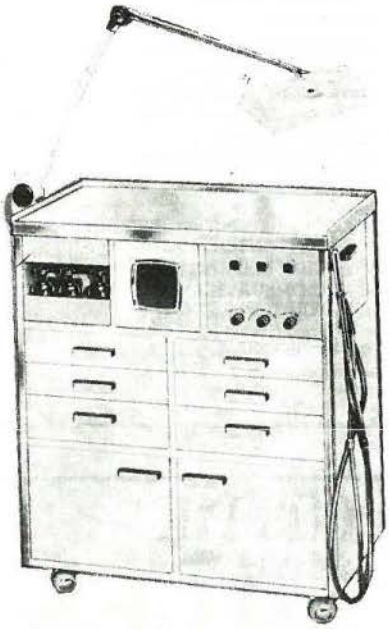
PRESENTACION Tubos de 50 grs.

elaborado por Boehringer Mannheim S.A.

DEPOSITO DENTAL DENTALITE, S. A.
SAN BERNARDO, 74 TELEF. 231 40 15
MADRID

SERRA FARGAS, S. A.
PLAZA CASTILLO, 3 TELEF. 301 83 00
BARCELONA

La estética y funcionabilidad al servicio de la Podología



EQUIPO NUM. 560

— Motor con aspiración incorporada, pieza de mano. - 6.000 - 8.000 r.p.m.
— Lámpara.
— Esterilizador rayos ultravioletas.
— 6 cajones. - 2 puertas.
— Algodenara, frascos de spray.
— Rodable.
— Cauterio.

SILLON DENTALITE

— Subida y bajada eléctrica.
— Inclinación respaldo y retorno.
— Retorno automático a cero.
— Apoya pies regulable con bandeja.

COMENTARIO

MIEDO, siento MIEDO, por estas grandezas y pequeñas miserias de nuestra profesión podológica.

MIEDO por la frustración de tantos años de esfuerzo. MIEDO, por la ilusión que tenemos para conseguir este decreto UNIVERSITARIO e independiente, a cualquier precio.

MIEDO, de que venga el «Tío Paco» con las rebajas, y perdamos algunas funciones importantes que en la actualidad tenemos.

MIEDO, pues recuerdo con nostalgia, la pérdida de funciones, recuerden —practicante— A.T.S. para ser D.E.

MIEDO, siento miedo, por el concepto que el comité ORGANIZADOR de este congreso Nacional de PODOLOGIA DE CADIZ nos ha catalogado, sobre todo LOS PONENTES y que hemos aceptado, en tanto y cuanto hemos pagado la inscripción y la carta de congresista, con nuestro esfuerzo personal, a OTROS se les ha pagado con el esfuerzo de todos los podólogos de España, más a sus familiares, para traernos unas técnicas que en España hace tiempo que algunos compañeros ya hacen.

MIEDO, por la CLASIFICACION y DISCRIMINACION, que hemos sufrido a la entrega de las PLACAS a los PONENTES.

SEÑORES, un respeto, para todos y para cada uno de los podólogos ESPAÑOLES.

CONSIDERO, que todos los podólogos españoles no son tan «malos», como algunos parecen que han pensado, ni todos los de allende de los mares son tan «buenos» como estos mismos piensan.

MIEDO, siento MIEDO, MIEDO, por nuestra profesión, siento miedo, por el nuevo articulado del «DECRETO», sobre las funciones que el podólogo, podrá realizar, después de ver tanta CIRUGIA en este Congreso Gaditano, y tanta falta de ASEPSIA.

MIEDO siento MIEDO por estos podólogos que han agotado las FRESAS para las Osteotomías, por las limas de Rinoplastias, que de forma masiva se han vendido en los stans de este Congreso.

MIEDO por la profesión podológica, por si algunos podólogos no «avezados ni preparados» se lanzan a este tipo de CIRUGIA, pero sobre todo tengo MIEDO por estos futuros pacientes, que pueden ser intervenidos de forma masiva e indiscriminada.

PREOCUPACION, por estas 7 intervenciones realizadas en la Clínica de la Salud de Cádiz, ¿quién será el beneficiado en esta sociedad, la profesión podológica, los enfermos o quizás ambos? Sólo el tiempo lo dirá.

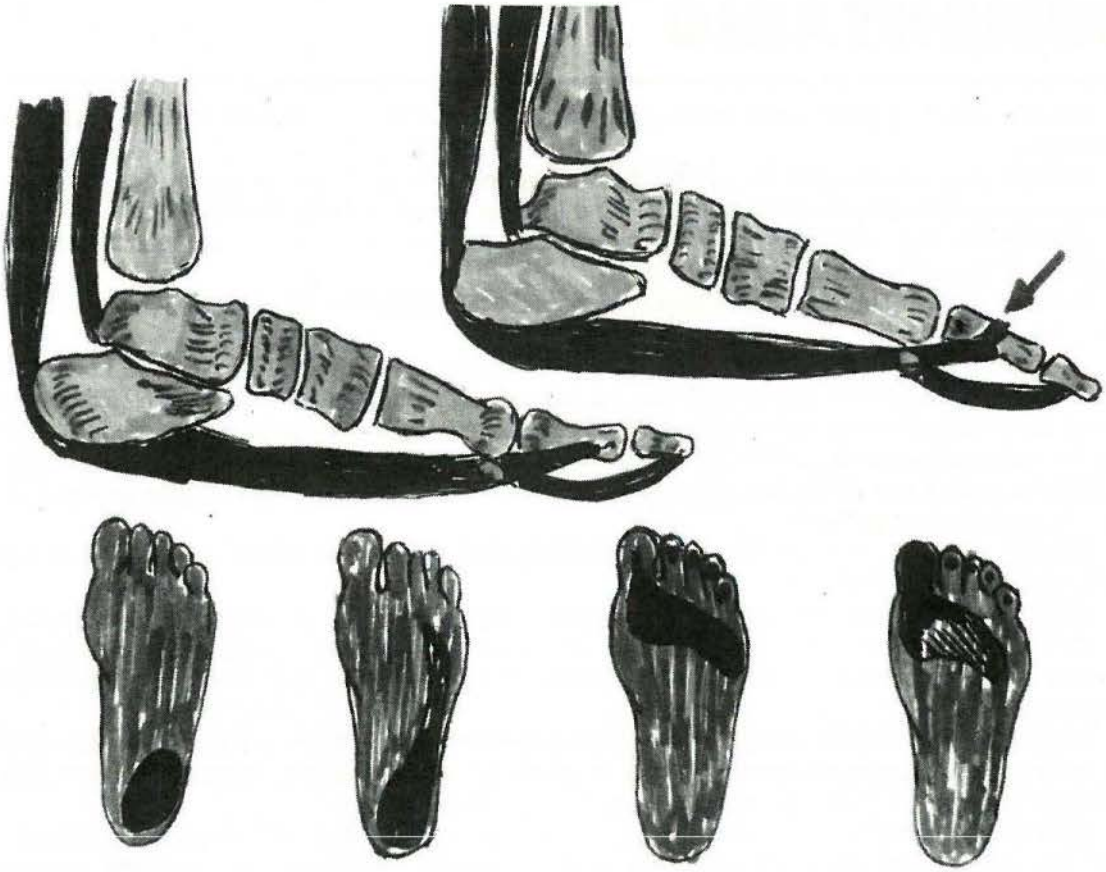
REFLEXIONEMOS, ¿qué es la mínima incisión? quiere decir esto mínimo traumatismo, no, pienso que no, la mínima incisión tiene ventajas muy importantes en cuanto va encaminada a la resección de la exóstosis, bursitis e higroma de la cabeza del primer metatarsiano, ya que evita la compresión de ésta con el calzado, pero la TECNICA ENCAMINADA PARA LA REDUCCION DEL HALLUS VALGUS, la TENOTOMIA Y OSTEOTOMIA DE LA FALANGE PROXIMAL del primer dedo, NO, bajo mi punto de vista es muy discutible y contradictorio, debido a su ANATOMO-BIOMECANICA, me explico.

El sistema Calcáneo-Aquíleo-Plantar, descrito por Arandes y Viladot en 1956 dice:

Este sistema se halla constituido por tres elementos.

A) Tendón de Aquiles, que transmite al pie toda la potencia del Triceps Sural (Gemelo int. Gemelo y ext. y Sóleo).
B) Por el sistema travecular postero interno del calcáneo.
C) Por los músculos cortos del pie, en especial por el Flexor corto y el Abductor del primer dedo.

Este conjunto el del sistema Calcáneo-Aquíleo-Plantar, constituye una unidad funcional, que sirve para colocar el pie en la posición de puntillas, básica en la fase de despegue, propulsión, para la marcha, carrera, salto, danza, estos movimientos propios del ser humano serán completamente imposibles, con la ruptura de este sistema Calcáneo-Aquíleo-Plantar, sobre todo al



producirse la OSTEOTOMIA de la falange proximal del primer dedo. El despegue del pie sobre el suelo se produce por la propulsión, en el último lugar por la falange distal del primer dedo, y de forma siguiente:

A) Choque de talón en supinación.
B) Apoyo externo plantar.
C) Apoyo metatarso-falángico del 2º-3º-4º-5º y ligeramente con el primero.
D) Despegue, con la propulsión de la falange distal del primer dedo.

En la intervención del HALLUS VALGUS, al realizar la osteotomía de la falange proximal del primer dedo, se produce la «RUPTURA» en sentido longitudinal, que es conservada por el sistema Calcáneo-Aquíleo-Plantar, que constituye una unidad funcional, cuya finalidad es colocar el pie en posición de puntillas, despegue, salto, etc., etc...

Preocupación que aumenta después del artículo aparecido en el DIARIO DE CADIZ el día 14 de octubre de 1984 por las 7 intervenciones realizadas y presenciadas por numerosos podólogos en la Clínica de la Salud de Cádiz.

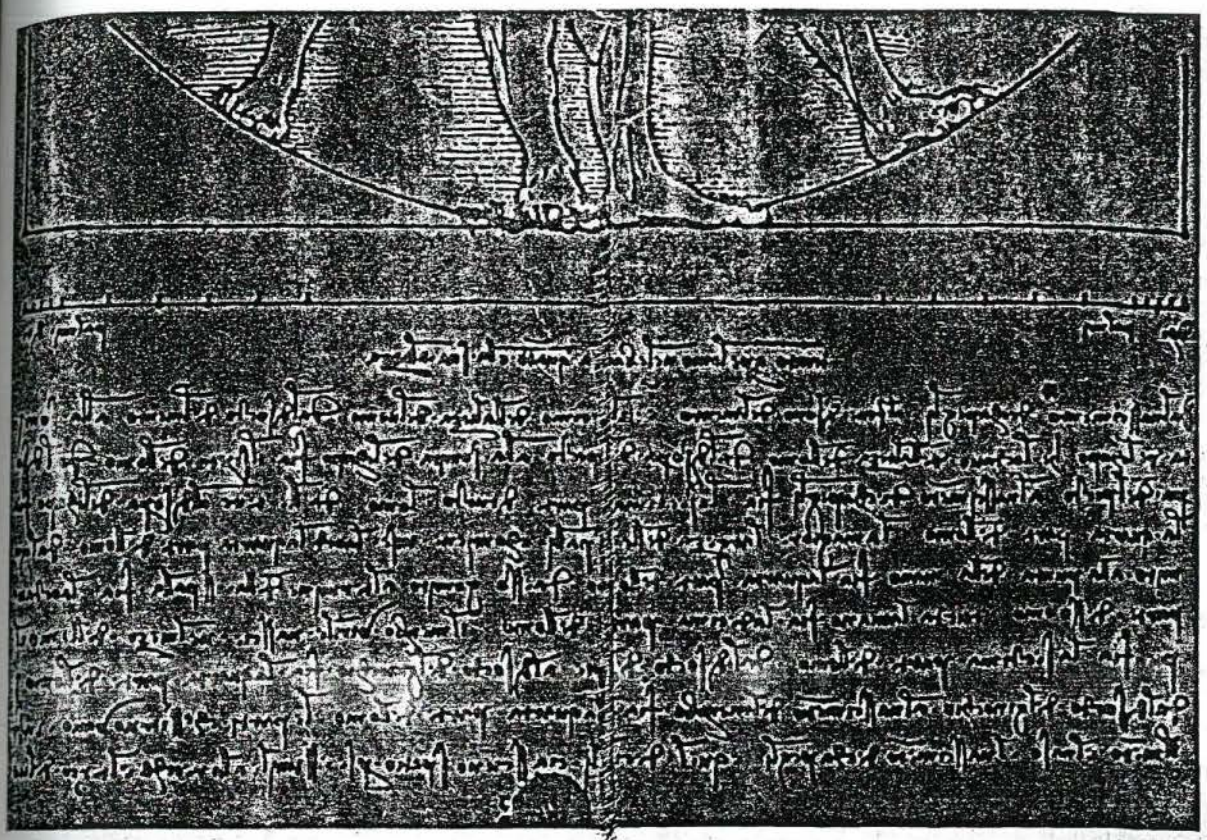
Según manifiesta mister Brown, salen caminando con los mismos zapatos que el enfermo entró. ¡Yo me pregunto! ¿cómo caminan? ¿cómo los patos, es decir, de forma plantígrada? ¡Y durante cuánto tiempo!

Continúa diciendo mister Brown, el trabajo que hacemos con la mínima incisión, MATIZA es más honesto porque elimina definitivamente el mal. Me pregunto, qué mal, supongo que sólo se refiere al de la exótosis, ya que va encaminada a la eliminación de la compresión del calzado sobre la cabeza metatarsal, y no a la intervención del HALLUS VALGUS.

Y me sigo PREGUNTANDO, la deambulación plantígrada o la marcha de los patos de estos pacientes, se corrige, están condenados y privados de una deambulación normal, sinceramente creo que no.

Sólo el tiempo lo dirá.

ANTONIO O. ASENSIO
Podólogo



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.E.P.
nº 97

ENERO-FEBRERO
1985

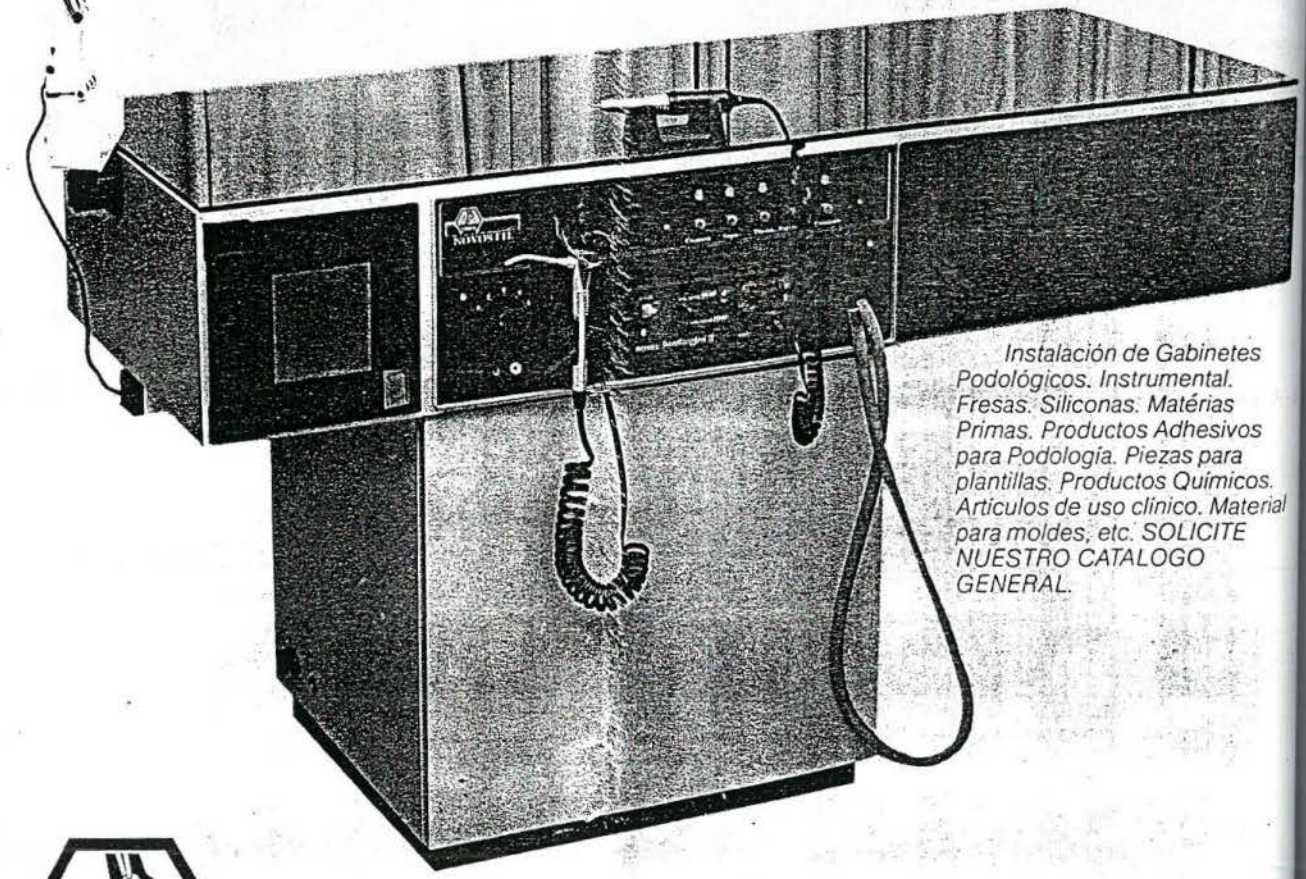
Serie NOVOSTIL
Cuando la técnica es belleza.

somos fabricantes.

Todos los equipos de la serie NOVOSTIL están fabricados en madera chapada y frontal con teclas, en aluminio anodizado negro. Encimera de cristal ahumado negro.

Se fabrican diversas versiones combinando motores de 25.000 y 35.000 r.p.m. Aspirador móvil y acoplable a la pieza de mano. Esterilizador germicida. Lámpara fluorescente fría o lámpara lupa de 6 aumentos. Cauterio completo con tres puntas y jeringa de triple uso con compresor y electroválvula de seguridad.

Todos nuestros equipos tienen garantía inicial de 12 meses y tenemos Servicio Técnico propio. Solicite Información.



Instalación de Gabinetes Podológicos. Instrumental. Fresas. Siliconas. Matérias Primas. Productos Adhesivos para Podología. Piezas para plantillas. Productos Químicos. Artículos de uso clínico. Material para moldes, etc. SOLICITE NUESTRO CATALOGO GENERAL.

MADRID · López de Hoyos, 142, 5º. 28002 - Madrid Telf. 413 15 70.
BARCELONA · Avda. Meridiana, 354, 10º-5ª. 08027 - Barcelona Telf. 311 01 08.

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
Gran Vía, 33 - 7º
Teléfono 231 50 44
28013-MADRID

Director:
Sergio Bonamusa Mont
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime:
Reproducciones Bárcena
Mercedes Arteaga, 32
28019-MADRID

Empresa de Publicidad:
Garsi, S. L.
Londres, 17
28028-MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
Nº de SVR-215

SUMARIO

Ante el cambio de responsable de la revista, rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

A fechas contadas de la celebración del Congreso Internacional de Barcelona, el panórama de la podología española se encuentra en una situación de calma tensa.

Tras los cambios y dimisiones habidos en los Ministerios de Sanidad y Universidades, hacen del Director General de Ordenación Universitaria D. Emilio Lamo de Espinosa, persona clave en el desarrollo del proceso administrativo para la consecución de nuestro Real Decreto.

La postura al respecto no parece pueda cambiar fácilmente. Hay ya suficientes manifestaciones oficiales en el sentido de que Podología debe ser una profesión independiente de Enfermería y que su rango lógico es el de Diplomado.

La doctrina que últimamente está siendo abanderada por el mismo Ministro Maravall es la de potenciar carreras cortas técnicas universitarias, porque estas proporcionan conocimientos de índole profesional que el mercado de trabajo está solicitando, lo cual viene a ratificar nuestro concepto de Podología.

Por otro lado no es explicable la actuación del Consejo General de A.T.S. y D.E. paralizando la Comisión que se formó tras la Asamblea de asesores provinciales de Podología del día 2 de Diciembre.

También es verdad que en la última reunión del día 26 de Enero, el Consejo era el único de los asistentes que se resistía a impulsar el Real Decreto, intentando otra alternativa que no era el objetivo que nos había reunido.

Lamentablemente no es nueva esta conducta.

O se hace su deseo, o se anula la Comisión. Un dato más fustrante para los que asistimos con esperanza a un cambio de su actitud.

Es también digno de resaltar la escalada de intrusismo que realizan los practicantes y A.T.S. sin la debida titulación de podólogo, que amparándose en el término "callista", que incluso ostentan a la puerta de su consulta, realizan tratamientos exclusivos del campo profesional del podólogo. A estos compañeros hemos de decir que las Escuelas de Podología están abiertas y que no es ético desprestigien e invadan el campo de los que con su sacrificio personal y económico tienen la legitimidad para tal ejercicio. Sería lamentable que nos vieramos obligados a recurrir a las leyes para proteger nuestra profesión.

Las gestiones con el Inserso no han dado el resultado apetecido, pues si bien vamos a lograr un aumento de nuestras percepciones, tienen la contrapartida de hacer recaer el costo en el pensionista, con lo que viene a resultar una podología más privada en el único sector de carácter público de que disponía el

podólogo. La política socialista de restricción obliga al Inserso buscar otras vías de financiar este servicio.

Urge una información completa de la situación a los Podólogos del Inserso, para adoptar una postura al respecto en una Asamblea de los interesados.

Por último la situación organizativa de la Asociación tiene mucho que desear.

No hemos conseguido aún hacer funcionar bien a la oficina, por problemas con el empleado que hemos tenido hasta el momento, y la publicación de esta revista, sin prácticamente soporte económico comercial, agrava la situación de penuria económica que soportamos.

También necesita una reflexión nuestra forma de organizarnos. La organización autonómica dentro de su espectativa positiva, puede resultar un verdadero fracaso, si no decidimos unas cuestiones fundamentales entre todos y las respetamos. Es perjudicial, por ejemplo, para nuestros intereses colectivos, la existencia de asociados que sólo quieren pertenecer a la Asociación regional o la de otros que no queriendo pertenecer a la de su ámbito autonómico, quieren ser inscritos en la nacional. Y de todo hay.

Y de esta forma vamos a tener muchas clases de podólogos. Tras el primer entusiasmo autonómico es hora de sentarnos y decidir nuestras relaciones fundamentales.

A por ello vamos.

NOTICIAS ASOCIATIVAS

Se crea la Delegación de Cantabria

Los podólogos de Santander, hasta el momento sin Delegación propia, han acordado constituir Junta Directiva siendo elegido Delegado provincial José Andreu Medina.

Al mismo tiempo se han dado de alta en la Asociación la mayoría de los Podólogos de la región y saludamos con cariño a los nuevos compañeros.

¡Ya hay un podólogo asociado a la Nacional en Sevilla!

Los podólogos sevillanos mantienen una actitud extraña al resto de las provincias al no desear ser inscritos en la Asociación Española de Podólogos. Aducen que su pertenencia a la Asociación Andaluza les es suficiente y que por consiguiente no es necesaria la Asociación Española.

Pero parece que no hay unanimidad ya que acabamos de recibir solicitud de inscripción de un podólogo sevillano que creía que la pertenencia a la Andaluza conllevaba su afiliación a la nacional y al aclararle que no consta su alta en esta última, ha solicitado sea inscrito.

A ver si resulta que no es el único caso que ignora la realidad de la postura adoptada por los podólogos sevillanos.

ACTA DE LA REUNION DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS CELEBRADA EN MADRID EL 23-II-85

•EL CONSEJO PARALIZA LA COMISION FORMADA TRAS LA ASAMBLEA DE ASESORES PROVINCIALES

• SE CELEBRARA ASAMBLEA GENERAL EN OTOÑO

• DIMISION A PETICION PROPIA POR MOTIVOS PARTICULARES DE ALVARO RUIZ MARABOT DE TODOS LOS CARGOS QUE OSTENTABA

Asisten, previa convocatoria reglamentariamente realizada, el Presidente Sergio Bonamusa, Vicepresidente Luis Cajal, Tesorero Angel Gil y los Vocales Angel Sanchíz, Alvaro Ruiz, José Marroyo, José Luis Muñoz, Francisco Morán y el que suscribe como secretario Juan José Araolaza. No asiste ni justifica su ausencia, el representante de Galicía Armando Diaz Pena, siendo su segunda falta consecutiva.

Está presente también Zacarias García Andrés Vicepresidente de la F.I.P.

El Orden del Día es el siguiente:

1º.— Lectura y aprobación si procede del acta de la reunión anterior.

2º.— Informe de la Comisión del Consejo, situación del Decreto, y gestiones con el Inserso.

3º.— Situación económica.

4º.— Asamblea Nacional. Puntos del Orden del Día y propuesta económica.

5º.— Revista.

6º.— Ruegos y preguntas.

El presidente pregunta si es necesario hacer la lectura de las dos últimas actas ya que todos los componentes tienen en su poder copias.

Por unanimidad son aprobadas.

El secretario hace constar que ha recibido reclamación del Delegado de C. Real Procopio Mayorga ya que en el acta de la reunión celebrada el 11 de Octubre de 1984 en Cádiz, se ha omitido su nombre, cuando realmente si asistió.

A continuación el Presidente informa del fallecimiento en Bilbao del compañero José Mª Baez Basauri, apreciado podólogo que fué durante muchos años miembro de la Junta Directiva de la Agrupación de Podólogos. El secretario ostentó la representación del Presidente y se envió una corona de flores al acto fúnebre.

La Junta testimonia su condolencia a la Vda. e hijos del compañero fallecido.

Se pasa a continuación a informar de los contactos habidos con la Comisión formada por el Consejo para el estudio de los puntos de mejora de la redacción del Proyecto de Real Decreto.

El Secretario da cuenta del desarrollo de la última reunión celebrada el 26 de Enero.

El presidente Sergio Bonamusa no pudo acudir a la citada reunión por fallecimiento de un familiar. Tampoco pudieron acudir los representantes de la Escuela de Barcelona. Por otra parte estuvieron presentes además del Consejo, la Escuela de Madrid, el CEIP y la Asociación Española.

El Vicepresidente Máximo González dió lectura a un estudio jurídico que mantiene la tesis de que la vía para la reglamentación de los estudios de podología, al tratarse de una titulación nueva, ha de ser la de Decreto Ley con la aprobación por el Parlamento. Cree que se debe de abandonar la vía de Real Decreto porque va a suponer una pérdida de tiempo.

El resto de los asistentes cree que estando los trámites como Real Decreto en situación avanzada y habiendo antecedentes como Fisioterapia e incluso Enfermería que han sido tratados como Real Decreto, es necesario continuar con el estudio del texto para mejorarlo e impulsar su aprobación.

Aunque con resistencias de Máximo, se entra a estudiar las posibles alternativas del texto sirviendo de base la presentada por la Asociación Española.

Queda definido prácticamente a excepción del artículo referente al acceso de los A.T.S. con el que no está de acuerdo el Consejo. Sin embargo al no tener preparado texto alternativo se da de plazo una semana para que el Consejo haga llegar al resto su propuesta.

Para la negociación con el Mº se pasa a votación la persona que ha de representar a la Comisión, siendo apoyado Juan José Araolaza por la Escuela de Madrid y Ceip.

El Presidente Luis Jurjo queda encargado de pedir entrevista al Mº el lunes día 28 de Enero. Con ello se da por concluida la reunión.

Habiendo transcurrido prácticamente un mes sin ninguna noticia, se ha enviado un escrito al Consejo haciendo ver la urgencia de reanudar los contactos, sin que haya habido respuesta.

La Junta Directiva apoya la actitud del Secretario en la Comisión, y decide volver a enviar otro escrito insistiendo en el retraso que está suponiendo la paralización de las gestiones.

El presidente Sergio Bonamusa informa de la situación previsible del Real Decreto que a su entender debe de estar en espectativa de su envio al Consejo de Estado. No ha tenido contacto directo con el Mº, pendiente de que se produzca en la Comisión con el Consejo.

Inserso. José Marroyo informa de los resultados obtenidos en la negociación con el Inserso, en el que parece desprenderse que el incremento del pago al podólogo, va a desencadenar que repercuta directamente al pensionista por el recorte de los presupuestos del Inserso.

Parece una medida grave y se decide dar información a todos los compañeros y convocar una Asamblea para decidir el tipo de actitud y respuesta que hemos de dar colectivamente.

Se pasa al tercer punto del Orden del Día y el tesorero da cuenta de la negativa situación económica por el retraso en el pago de las cuotas y la catastrófica gestión del administrador anterior que no ha hecho aún entrega de la documentación económica.

Por otro lado se pasa a estudio el pliego de ingresos y gastos presentado por el compañero Vidán como liquidación económica del Congreso de Santiago, no satisfaciendo en absoluto por su falta de datos, por lo que no se acepta. El tesorero se pondrá en contacto con Vidán para que en el menor plazo posible haga un descargo adecuado.

Alvaro Ruiz justifica la no presentación de la liquidación económica del Congreso de Cádiz en razón de tener pendiente de concretar los últimos ingresos.

Se pasa a continuación a debatir la celebración de la próxima Asamblea General, condicionada al programa ya establecido del Congreso Internacional. Tras examen del programa se constata la dificultad de encontrar un espacio para su celebración.

Llegado a este punto, abandonan la reunión el secretario y tesorero por problemas de desplazamiento, siendo encargado de recoger el acta el compañero José Luis Muñoz.

Asamblea Nacional.

En relación con este punto, y puesto que está próxima la fecha del Congreso Internacional y las cuentas y demás cosas de Administración no están al día ante la ineficacia del anterior responsable de hacerlo, para poder presentarlo debidamente en una Asamblea Nacional, y más con el ánimo de querer subir las cuotas, ante lo insuficiente de la actual para cubrir los mínimos gastos, y por supuesto frente al impago de varias Delegación, las cuales son varios los meses pendientes de abonar a la Asociación Española.

No obstante, y ante la propuesta de algunos de los componentes de la Junta se toman dos propuestas como necesarias para dar salida a la situación:

— Hacer la Asamblea el Jueves día 11 por la mañana, o

— Hacer la Asamblea Nacional fuera del Congreso Internacional.

Frente a la primera propuesta, hay varios componentes de la Junta no estan conforme, sobre todo el Sr. Cajal alegando que serían muchos los Asociados que no podrían asistir por motivos de estar en esos momentos en viaje al Congreso.

También se piensa, como anteriormente se indica, que sería imposible presentar unas cuentas en debidas condiciones en tan corto espacio de tiempo, con el problema que existe, entre mala Administración y Delegaciones en total impago, incluso desde años.

Frente a la segunda propuesta, se comenta que podía ser posible y viable si además se hace en un punto céntrico como Madrid y con unas Jornadas Científicas, que fuesen motivo de interés para la mayor asistencia de asociados.

Con todo ello, se llega a la conclusión por mayoría, de aplazar dicha Asamblea hasta Septiembre en Madrid, en las condiciones anteriormente expuestas, procurando no obstante poner al día lo antes posible los problemas de la Administración, para saber con más fiabilidad la real situación económica de la Asociación.

Revista.

En este punto, el Sr. Alvaro Ruiz Marabot, representante por Andalucía, y encargado de la Revista, presenta la dimisión alegando motivos personales, que le hacen imposible continuar llevando dicha misión. Indica a su vez, que la confección y demás asuntos de la Revista sería necesario realizarlo en Madrid, puesto que la coordinación entre trabajos científicos, puntos del sumario, publicidad, reparto y demás asuntos, permitiría sacarla antes, además incluso de poder editarla por menor precio.

Se presentan varios presupuestos, incluso los que llevan la Revista de la Asociación Madrileña, siendo uno de ellos Garsi, la encargada de la publicidad, con pago a 90 días.

Por todo ello, y ante la necesidad de sacar la correspondiente a Enero-Febrero en el plazo lógico, se deja como encargados para buscar la persona idónea y llevar a cabo la realización de la mencionada Revista a los Sres. Zacarias y Cajal, procurando que la presona responsable salga de los Asociados de Madrid.

Ruegos y preguntas.

El Sr. Bonamusa y puesto que la Asesoría Jurídica actual resulta cara para las prestaciones que por su especialidad puede dar a la Asociación, comenta la intención de recopilar datos de las prestaciones y cuantía que ofrece la que lleva los asuntos de la Asociación Catalana, para ver si puede ser interesante para la Española.

En relación al asunto de la carta que dirigió el Callista de Pamplona, y la querella, informa el Sr. Bonamusa que quedó aplazado hasta que saliese el Decreto.

El Sr. Cajal pregunta qué criterios son los que se han llevado en la elección de

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

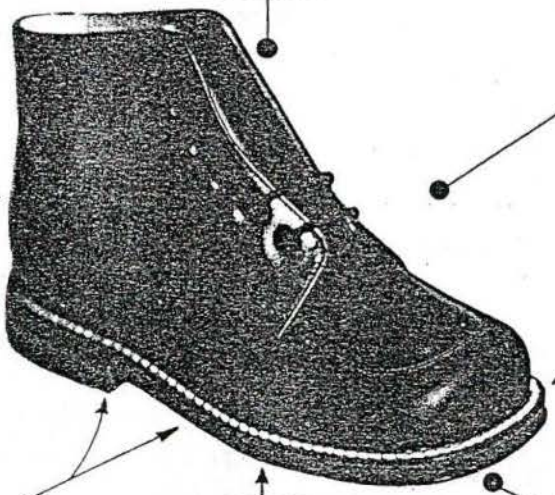
EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS **P.F**, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

las ponencias del Congreso Internacional, y apunta la disconformidad y molestia frente a tal realización y decisión por creer tener validez suficiente como para ser aceptadas e interesantes.

La Asociación Canaria, y a través del Sr. Morán quiere hacer constancia del agradecimiento a la Asociación Levantina, a través del Sr. Sanchís por la colaboración prestada en la confección de los estatutos de la Asociación Canaria.

Se presenta un presupuesto de insignias de botón para ojal de Podología en oro y plata, en la fecha actual, por parte de:

— Plata 4 grs. 1.150,-

— Oro 2,5 grs. 7.500,-

Y sin más asuntos que tratar se da por finalizada la reunión.

¡HA FALLECIDO JOSE Mª BAEZ BASAURI!

En la localidad de las Arenas de Vizcaya ha fallecido cuando se hallaba en plenas facultades, el gran Podólogo y entrañable compañero José Mª Baez Basauri.

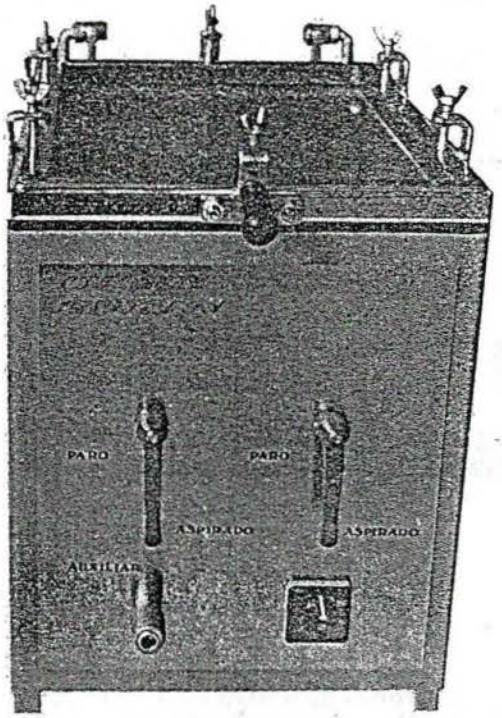
Hombre ligado al amanecer de la podología española fué compañero y colaborador fiel de Leonardo Escachs, socio fundador de la Agrupación de Podólogos de España y de la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos, componente durante muchos años de la Junta de Gobierno de la Agrupación, digno y buen profesional que dió ejemplo de su quehacer. Compañero fiel y colaborador sin reservas en los momentos de alegría y en los momentos difíciles, atento esposo de su Josefina, y padre que supo educar y hacer amar la podología en sus hijos Juanjo y Juan Manuel, ha dejado un vacío que difícilmente olvidaremos.

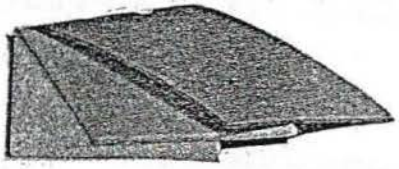
Sabe Josefina que sigue estando en nuestra familia podológica y que sentimos en toda la intensidad el dolor de esta irremediable pérdida.

A todos sus hijos y familiares nuestro más sentido pésame y en particular a Juan José y Juan Manuel les deseamos continuen el camino trazado por su padre por lo que no les ha de faltar satisfacción en su quehacer profesional y corporativo.

Junta Directiva

Sistema de vacío para el moldeo de termoplásticos.





El plástico a temperatura de moldeo es adaptado al molde de escayola por medio de una placa de goma al aplicar la succión.

El **Vacuum-Press,** permite, a través de la toma auxiliar, aplicar una serie de accesorios (disponibles) para el moldeado por vacío de férulas, ortesis de columna, plantillas, etc.

Las dimensiones de la placa base son de 33 cm. x 47 x 38 cm.

Conexión a la red, bifásico a 220 V.

Potencia del motor 3/4 CV.

Otto Bock
IBERICA S.A.

Pl. del Pastor, s/n.
TRES CANTOS (MADRID)
Tfs.: 845 5211/5312

TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE BURSITIS E HIGROMAS

Bursitis

Es la inflamación de las bolsas serosas que fisiológicamente se encuentran en distintas partes del organismo, sobre todo a nivel de los salientes óseos, y que tienen como misión la protección de los tendones a través de un efecto amortiguador y favorecedor del deslizamiento.

Las bursitis se producen como consecuencia de choques violentos, por microtraumatismos repetidos o por infección. Una vez formada, se incrementa su contenido líquido y da lugar a dolor e impotencia.

También se han descrito como causas de bursitis las alteraciones metabólicas, y entre ellas en primer lugar la enfermedad gotosa, y la artritis reumatoidea.

La lesión primaria de las bursitis es una hiperemia local provocada por el traumatismo o por la infección que lleva a un ensanchamiento de la bolsa serosa y de los espacios linfáticos. Si el traumatismo sigue actuando, la bolsa puede llegar a abrirse.

Podemos clasificar las bursitis en:

— Agudas.— Aparecen bruscamente, el fenómeno inflamatorio es muy marcado, y el dolor insoportable.

— Crónicas.— Que puede ser secundaria a una forma aguda mal tratada, o primaria, por traumatismos repetidos o por padecimiento de enfermedades tuberculosas, sifilíticas, gotosas o artríticas.

En este tipo de bursitis la inflamación es más limitada y solo hay dolor a la presión, y es más frecuente que la bursitis aguda.

Dentro de estos dos grupos nos encontramos con bursitis superficiales que se acompañan de hiperqueratosis muy marcadas, y bursitis profundas, que casi no tienen hiperqueratosis.

Como veiamos antes, las bursitis agudas aparecen bruscamente despues de un traumatismo o como consecuencia de diversos microorganismos sobre todo cocos, gram negativos o gram positivos que se encuentran en las proximidades de las bolsas serosas durante o despues de una infección general como septicemia etc., o de una infección local como forúnculos, abcesos, etc., es decir infecciones locales de vecindad.

La naturaleza del líquido que se forma en la bursitis puede ser:

— Líquido límpio.

— Líquido purulento.

— Líquido hemorrágico.

En las bursitis crónicas, además de las variedades descritas, nos podemos encontrar con bursitis proliferativas o productivas, caracterizadas por la producción exuberante de tejidos de granulación que rellenan las bolsas serosas a modo de fungosidades, y con bursitis calcificadas y osificadas, que aunque son raras, se pueden formar por la acumulación de sales cálcicas en las paredes internas de la bolsa.

Podemos establecer una sintomatología general a todos los grupos de bursitis y que se exterioriza por una tumefacción bien circunscrita, de consistencia blanda y elástica, fluctuante, dolorosa y recubierta por piel caliente y enrojecida. Es decir unos síntomas similares al abceso caliente.

Evolución de las bursitis.— (del pié)

— 1º el paciente evita el apoyo en la zona dolorosa, lo que trae como consecuencia, que el pié al adquirir una posición antiálgica, de lugar a la formación de bursitis o artrosis en otras zonas por sobreapoyo, empezando de esta forma un círculo vicioso de difícil final.

— 2º La bolsa puede cronificarse, ya que la pared se engrosa como consecuencia del mecanismo de defensa, o puede producir supuración por una pequeña fístula en la capa córnea. Esta posibilidad tiene gran importancia en los diabéticos.

Bursitis más frecuentes en el pié

— Bursitis de la bolsa aquilea.— Es la más importante y aparece entre el tendón de Aquiles y la piel, en caso de ser la bolsa posterior, o entre el Tendón de Aquiles y el ángulo superoposterior del calcáneo, en caso de ser la bolsa anterior.

La causa es la fricción contra el contrafuerte del zapato.

El examen revela una zona inflamada, palpable, con hiperalgesia.

— Bursitis de Hallux Valgus.— Es frecuente encontrarse con esta bursitis por la presión que produce el calzado en la 1a. articulación metatarso falángica. Por esta misma presión del calzado, es frecuente encontrarse también con una bursitis a nivel de la cabeza del 5º meta.

— Bursitis cuneo metatarsiana.— Se produce en el dorso del pié, y es más frecuente en el hombre que en la mujer.

— Bursitis del espolón de calcaneo.— Aparece por roce de la suela o tacón.

— Bursitis aponeuróticas.— Suelen aparecer por calcificación de la inserción aponeurótica en el antepié.

— Bursitis maleolares.— Frecuente en el maleolo externo por roce con plano duro.

— Bursitis submetatarsianas.— Aparecen debajo de las cabezas de los metatarsianos, sobre todo del 1º y 5º, y más frecuentemente en piés cavos.

— Bursitis de las articulaciones interfalángicas.— Aparece por encima de las articulaciones interfalángicas, y es más frecuente en dedos en garra.

Tratamiento

Lo primero será eliminar la presión, y recomendar al paciente el empleo de calzado adecuado.

El reposo de la zona es fundamental.

Se pueden poner compresas calientes-húmedas o alcoholizadas para favorecer el curso de la inflamación.

Si son supuradas se anestesia, se abre y se estirpa la cubierta córnea y se pone un drenaje para que la herida cure de dentro a fuera.

Pómadas antibióticas y vendaje compresivo.

En las bursitis del dorso de los dedos se desbrida el orificio y se queman los bordes con nitrato de plata, se pone almohadillado y pómada antibiótica.

También se puede hacer punción


EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA,
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CORRECTOR Y
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

seguida de vendaje compresivo para que se reabsorva.

En las bursitis calcificadas y proliferativas, hay que extirpar también la bolsa, porque es la única forma de que no vuelvan a producirse.

Se deben emplear antibióticos o sulfamidas por vía oral, así como antiinflamatorios.

Higromas

Frecuentemente los higromas han sido englobados y estudiados conjuntamente con las bursitis. En la actualidad, y gracias al mejor conocimiento de ambas infecciones, podemos estudiarlas separadamente, pues aunque su sintomatología es muy parecida, su etiología es diferente.

El higroma es una neoformación serosa por efecto de una hiperpresión, que tiene la misión de preservar las zonas internas de los roces y presiones anormales.

El higroma generalmente aparece debajo de un callo cuando éste se forma muy próximo a salientes óseos, siendo el caso más típico el de higromas dorsales encima de las articulaciones interfalángicas, sobre todo si existen dedos en garra.

En principio, y por efecto de roces o pequeños traumas, hay una reacción hiperémica y dilatación de los capilares que da a la zona un aspecto inflamado y rojizo y que provoca un ensanchamiento de los espacios intercelulares. Con mucha frecuencia se asocia un deslizamiento de los planos cutáneos superficiales sobre los profundos.

Estas lesiones elementales, ocasionan una celulitis que contribuye a seguir irritando la zona, que reacciona, formando una bolsa adventicia que se interpone entre la raíz del heloma y los planos óseos, y proporciona un efecto de almohadillado, ya que en esta bolsa se colecciona el líquido extravasado en el tejido subcutáneo.

Hasta aquí nos encontramos ante un higroma propiamente dicho y en el que no existen gérmenes patógenos. Si en esta fase no se establece el tratamiento correcto, y si el trauma sigue actuando, el higroma puede formar una segunda bolsa defensiva y dar lugar a una bursitis, y por estimulación, pueden afectarse las zonas óseas subyacentes, apareciendo primeramente una periostitis y posteriormente una osteoporosis, o incluso una necrosis aséptica.

Tratamiento

El tratamiento de los higromas será distinto según la fase en que se encuentre.

En la fase de higroma propiamente dicho, el tratamiento consistirá en eliminar la masa hperqueratósica causante de la estimulación subcutánea, almohadillar la zona con gomaespuma, ortosis de silicona o simplemente con fieltro adhesivo y recomendar al paciente el empleo de calzado fisiológico, y si sigue produciendo molestias, se extraerá el líquido del higroma por medio de punción.

En fase de bursitis, se tratará como tal (véase capítulo anterior), después de eliminar la hiperqueratosis.

Puede darse el caso que al extirpar el heloma inoculemos gérmenes dentro del higroma, dando lugar a un absceso formado quirúrgicamente y en forma de botón de cuello. También un higroma puede convertirse en absceso por medio de una infección de vecindad.

J. Luis Moreno de la Fuente
(Madrid)

LA ASOCIACION DE PODOLOGOS HA ELABORADO LA POSIBLE MODIFICACION DEL TEXTO DEL PROYECTO DE REAL DECRETO

PROPUESTA DE POSIBLES ALTERACIONES AL TEXTO DEL PROYECTO DE REAL DECRETO SOBRE ESTUDIOS DE PODOLOGIA Y CRITERIOS QUE SE HAN TOMADO EN CUENTA AL PROPONER MODIFICACIONES.

1º.— Variar en el menor grado posible el texto originario.
2º.— Introducir únicamente puntos de importancia fundamental.
3º.— Adaptar el texto manteniendo la idea del Mº (Art. 3º punto 2º).
4º.— Introducir aquellos puntos que hayan sido consensuados sin alejarnos de la legalidad vigente (Transitoria 5º).

Art. 2º.— Se elimina "en su caso" ...**"así como la transformación de las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos se regirán por lo dispuesto en el título primero".**

Art. 3º.— Punto 2º. **"Las materias del plan de estudios de las enseñanzas de Podología que sean comunes a las de otras Escuelas Universitarias,** podrán ser cursadas por los alumnos de Podología, en estos últimos Centros".

Art. 4º.— "El título será expedido por el Rector de la Universidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 11/1983 de 25 de Agosto y **tendrá los efectos profesionales previstos en el Decreto 727/1962 de 29 de Marzo, así como los que reglamentariamente se determinen".**

Disposición Transitoria

Quinta: "Los Ayudantes Técnicos Sanitarios sin título de Bachillerato superior o equivalente, podrán acceder a la Escuela Universitaria de Podología sin perjuicio de la exigencia en todo caso de los criterios de valoración señalados por la legislación vigente".

JUSTIFICACION DE LAS MODIFICACIONES

Artículo 2º.— Eliminación de "en su caso". Aún cuando el texto respeta la voluntad de las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos para la transformación de estos Centros para la impartición de los estudios de Diplomado en Podología según la nueva reglamentación, parece conveniente dar una seguridad en que así será para evitar posibles maniobras ajenas a nuestra voluntad.

Artículo 3º.— Punto 2º. Aunque la opinión es de que debiera de eliminarse todo este punto, no podemos olvidar la intención del Mº al redactar este párrafo. El aprovechamiento de recursos que está implicito, no es un punto a echar en un saco roto por lo que puede haber dificultades para la eliminación de este criterio. Parece por lo tanto más conveniente reconducir esta idea dándole un sentido más amplio con lo que puede contar con la aprobación del Mº.

Artículo 4º.— La modificación de este artículo conlleva dos puntos fundamentales; por un lado explicita que los nuevos Diplomados tendrán los mismos derechos y funciones profesionales de los Diplomados con base en el Decreto 727/1962 además de las que puedan concedérsele al ámparo de la nueva reglamentación, y por otro confirma la vigencia de estos derechos y funciones profesionales para los actuales podólogos al entrar de lleno en la excepción derogatoria del art. 5º.

Su inclusión en éste artículo es racionalmente válida por referirse todo él a la obtención del título que da respaldo al quehacer profesional.

La elección del término "efectos" no es casual ya que la misma engloba tanto a las funciones como a los derechos dimanantes de un título en el sentido de **causa** con un **efecto** (funciones, derechos, profesionales).

Por otro lado evitamos la mención expresa de **funciones** y **derechos** que pudiera hacer pensar a la Administración en la necesidad de la aprobación del Decreto con rango de Ley a través del Parlamento.

Disposición Transitoria Quinta: La inclusión de este punto viene dada por la aceptación manifestada del Sr. Lamo de Espinosa.

Al A.T.S. se le da una posible vía de **acceso** legalmente ya establecida en la legislación vigente sin que ello suponga ningún sistema de convalidación de asignaturas.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA ZARAGOZA, 1986

Queridos compañeros:

En la Asamblea General de la Asociación Española de Podólogos, celebrada en Cádiz en Octubre pasado, se encargó a la Asociación Aragonesa de Podología la preparación de nuestro próximo Congreso Nacional. Los Podólogos aragoneses hemos recogido este encargo de la Asamblea con toda la ilusión y todo el sentido de responsabilidad que requiere la organización de un acontecimiento de esta magnitud.

Deseamos que éste sea un Congreso inolvidable para todos, para lo cual precisamos de la colaboración y las sugerencias de todos vosotros. ¿Cómo deseais este Congreso? ¿Qué sobra o qué falta en nuestros Congresos? Son algunas de las preguntas que deseamos nos contesteis. Esperamos vuestras impresiones y sugerencias, que podeis remitir a:

ASOCIACION ARAGONESA DE PODOLOGIA
c/ Hernán Cortes, 4 - 1*
50004-ZARAGOZA

En espera de vuestras noticias y hasta una próxima comunicación, recibid el afectuoso saludo del,

Comité Organizador

ACEPTACION DEL REY

EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

Palacio de la Zarzuela
MADRID, 7 de septiembre de 1984

Señor Don
SERGIO BONAMUSA
Presidente de la Asociación Española de Podología
Palacio de Congresos
Avda. María Cristina, s/n.
BARCELONA

Mi querido amigo:

Me complace acusar recibo a su carta de fecha 22 de agosto, en la que tiene la amabilidad de ofrecer a SU MAJESTAD EL REY la Presidencia de Honor del «XI Congreso Internacional de Podologia», que se celebrará del 11 al 14 de abril de 1985 en Barcelona.

He despachado el tema con Su Majestad y como quiera que ha tenido a bien aceptar la mencionada Presidencia, tengo mucho gusto en adjuntarle la oportuna Credencial, significándole que no será posible Su asistencia a dicho Congreso.

Queda suyo atento y afectísimo,

MARQUES DE MONDEJAR

EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

fs.

225/84

SU MAJESTAD EL REY accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del «XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA», que se celebrará del 11 al 14 de abril de 1985 en Barcelona.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

LA ZARZUELA, 7 de septiembre de 1984
EL JEFE DE LA CASA DE S. M. EL REY,

SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITE ORGANIZADOR DEL XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA.

BARCELONA

INSERSO

El día 14 de Enero mantuvimos una última entrevista con la Directora del Inserso.

Como primer tema de la reunión se planteó nuestro nivel de representatividad para la consiguiente negociación.

Desde la última vez que nos recibió allá por el mes de Marzo de 1984 habían resultado infructuosos todos los intentos por conocer en qué habían quedado nuestras gestiones y los puntos de reivindicación que habíamos incluido.

Ella manifestó que a raíz de aquella entrevista se puso en contacto con la organización Colegial (Consejo General de A.T.S.) para conocer el nivel medio de las tarifas provinciales de Podología y poder aplicar el 50% para pago de las asistencias podológicas que se realizaron en los centros dependientes del Inserso.

El Vicepresidente del Consejo, Máximo González le aseguró la ilegalidad de la Asociación de Podólogos y su nula represantividad para cualquier relación oficial.

Ante ello, ella ha estado esperando la remisión de los datos solicitados sin que hasta el momento se haya recibido nada.

Para aclarar toda duda, volvemos a reclamar nuestra capacidad en la negociación como organización profesional, avalada por si fuera poco con las Autorizaciones expresas y personales de la mayor parte de los Podólogos que prestan servicio en estos Centros.

A la vista de la documentación adjuntada, se presta sin reservas a intentar solucionar nuestras reivindicaciones.

Seguimos apoyando los puntos del escrito entregado en la entrevista de Diciembre de 1983.

Nuestro punto de vista se centra en que el pago por asistencia podológica sea unitario en todo el Estado. Consideramos no se debe de tomar como referencia las tarifas mínimas provinciales para pagar el 50%.

La cantidad que proponemos actualmente es la máxima que se está abonando en estos momentos que puede ser 500 ptas. y que se ajuste automáticamente al año de su puesta en vigor según el índice del incremento del costo de vida.

Consideramos no acorde con nuestra opinión la alteración en la formula de pago, por su sentido de privatización que da el abono directo del pensionista al podólogo, y que se mantenga como en la actualidad los porcentajes de qarticipación, sin que suponga incremento de la aportación del pensionista.

Unificación del contrato en los aspectos fundamentales como son la revisión anual, visita domiciliaria, respeto del mantenimiento del contrato en caso de enfermedad y demás contigencias, disponibilidad de material fungible y demás medios necesarios para el ejercicio de su labor.

La Directora consideró muy razonable nuestra posición y se acordó el día de la nueva reunión, una vez se reuniera con los administradores de los Centros para dar solución al tema económico, ya que por problema presupuestario tiene totalmente limitado este campo.

Apuntaba como posible solución, el cambiar de capítulo presupuestario al n° 4 pero ello conlleva que el pensionista tenga que solicitar una subvención cada vez que tenga que hacer uso de este servicio, y diferente aportación del mismo según su cuantía de pensión.

Da por hecho la aceptación del baremo de contratación propuesto y su inmediata aplicación, igual que la inclusión de ortosis que habrá que negociar con la administración de cada centro.

La estabilidad del puesto de trabajo siempre que el propio podólogo llegue a un acuerdo con el sustituto.

Se estudiará el tema del equipamiento para adoptar el sistema más efectivo y económico.

Será atendida inmediatamente cualquier reclamación por intruismo en este servicio cuando ocupen plaza personas que no tenga la adecuada titulación de podólogo.

En el plazo de un mes se determinará la cantidad a abonar por cada consulta.

Os rogamos nos hagais saber cualquier irregularidad en el tema de intruismo en el Inserso.

Sin más por el momento.

Junta Directiva

No hay que dejar ni un solo hongo en pie

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Grupo Parlamentario Popular del Senado

96/84

1879

SENADO
26 SET. 1984
Entrada 16204

AL PRESIDENTE DEL SENADO

D. José MACIAS SANTANA, Senador por G~~ran Canaria del~~ Grupo Parlamentario Popular, al amparo de lo previsto en los artículos 160 y 169 del Reglamento de la Cámara, tiene el honor de presentar al Gobierno la siguiente pregunta, sobre creación del servicio de Podología, para la que desea obtener respuesta por escrito.

La existencia de gran número de enfermos de esta provincia, una de las de más alto nivel de diabéticos, hace que, particularmente acudan a los Podologos los enfermos que deseen hacerse algún tratamiento, reconocimiento o a una simple consulta ya que no pueden acudir a los de la Seguridad Social por no estar incluída esta especialidad en su asistencia sanitaria.

Por ello hago las siguientes consideraciones:

¿Por qué no incluir en las especialidades de la Seguridad Social la de Podología?

¿Por qué no prevenirse males mayores a los diabéticos con una continua vigilancia y tratamiento por Podologos de la Seguridad Social?

¿Cuándo van a disponer los asegurados-beneficiarios de la Seguridad Social de esta especialidad?

Madrid, 25 de septiembre de 1.984

Vº Bº
EL PORTAVOZ

Fdo.: José MACIAS SANTANA

CONTESTACION

El Presidente del Senado

96/84

Salida 11135

Excmo. Sr.:

Adjunto le remito la contestación formulada por el Gobierno en relación con la pregunta número 1.879, presentada en su día por V.E. sobre creación del servicio de Podología.

Dios guarde a V.E. muchos años.
Palacio del Senado, a 5 de noviembre de 1984

José Federico de Carvajal Pérez

EXCMO. SR. D. JOSE MACIAS SANTANA

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

SECRETARIA DE ESTADO PARA LAS RELACIONES CON LAS CORTES Y LA COORDINACION LEGISLATIVA

Madrid, 30 de Octubre de 1984

II SPE/1879
16.204
B.O.C.G. nº 102, Serie I

SENADO
5 NOV. 1984
Entrada 17242

17700

Excmo. Sr.:

En relación con la pregunta formulada por el Senador D. JOSE MACIAS SANTANA, perteneciente al Grupo Parlamentario Popular, sobre creación del servicio de Podología, tengo la honra de enviar a V.E. la contestación formulada por el Gobierno, cuyo contenido es el siguiente:

"1.- La Podología es, hasta el momento actual, una especialidad de Enfermería. Recientemente existe una propuesta del Ministerio de Educación por la que, mediante Real Decreto, se transforman los estudios de Podología en primer ciclo universitario, conducente al título de Diplomado Universitario en Podología.

2.- Asímismo, y tras numerosas conversaciones con representantes de dicha profesión, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha defendido ante el Instituto Nacional de la Salud la competencia que esiste a los podólogos en ejercicio para la confección de prótesis y ortesis del pie, de acuerdo con el Decreto 727/1962, de 29 de marzo, por el que se regula aún en el momento actual dicha profesión. Dichas competencias deben ser recogidas en el proyecto de Orden Ministerial que el Instituto Nacional de la Salud se encuentra elaborando y por la que se desarrollaría el artículo 108 del texto articulado de la Ley General de la Seguridad Social, sin perjuicio del reconocimiento simultáneo que asista para la confección de dichas prótesis y ortesis a los técnicos ortopédicos.

3.- Otras actuaciones y competencias de los podólogos como la cirugía podológica (uñas, verrugas, abscesos superficiales, etc.) son cubiertas en el ámbito de la Seguridad Social por especialistas médicos, cirujanos y dermatólogos, cuya competencia para estas materias es igualmente incuestionable.

4.- Sin perjuicio del reconocimiento que una atención podológica específica puede suponer para los beneficiarios de la Seguridad Social, y sobre la base de que la atención a los procesos patológicos está cubierta

.../...

por los especialistas señalados, debe tenerse en cuenta - que la introducción de nuevas prestaciones y la realiza-- ción de ellas por un grupo nuevo y específico de profesio nales debe entrar en competencia en cuanto a definición - de prioridades, con otras muchas prestaciones que podrían ser cubiertas por la Seguridad Social. Así, la asistencia odontológica completa o la atención psiquiátrica integral Por ello, en el momento actual, y hasta donde tiene conocimiento el Ministerio de Sanidad y Consumo, no entran en la definición de prioridades de la Seguridad Social la introducción de este tipo de prestaciones específicas."

Lo que envío a V.E. a los efectos previstos en el artículo 169 del Reglamento de esa Cámara.

EL SECRETARIO DE ESTADO,

Excmo. Sr. PRESIDENTE DEL SENADO.- MADRID.-

CARTA DE AGRADECIMIENTO ASOCIACION

Asociación Española de Podólogos
Gran Vía, 33 - 7.°
Teléfono (91) 231 50 44
MADRID - 13 12-1-85

ILMO. SR. D.
JOSE MACIAS SANTANA
SENADOR POR GRAN CANARIA
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Distinguido Sr.: Ante el conocimiento de su interpelacion al Gobierno de los motivos por los que no se crea el Servicio de Podologia dentro de la asistencia de la Seguridad Social, no puedo por menos de agradecer vivamente su inquietud y dejar constancia de su actuacion en la Revista Nacional de Podologia, que es el Organo oficial de la clase podologica.

Aun cuando en estos momentos nuestra actuacion prioritaria se centra en la nueva reglamentacion academica de nuestra profesión, somos conscientes que nuestro desafio se encuentra en la integracion de la podologia en la red asistencial pública.

Y este es nuestro mas inmediato objetivo.

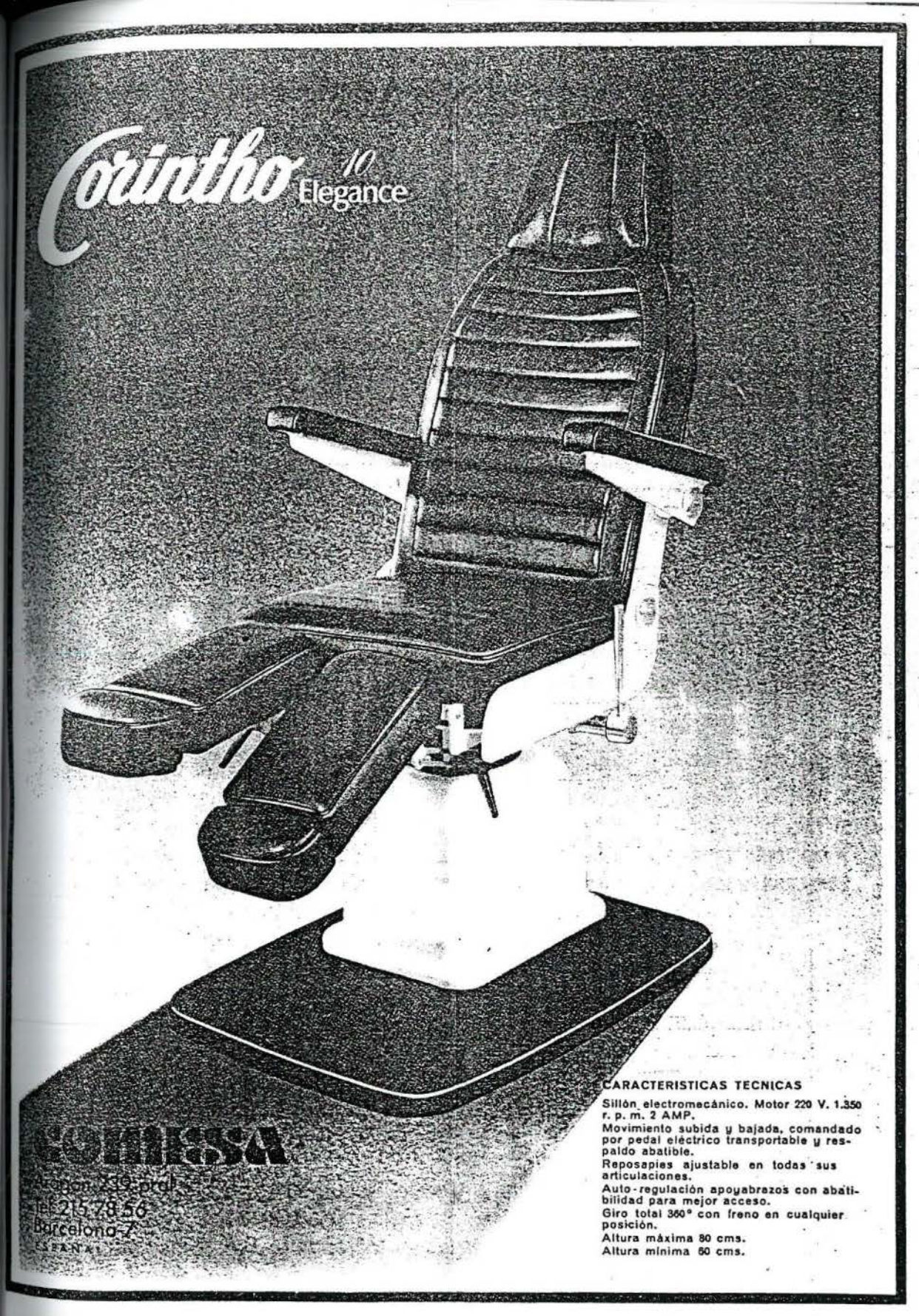
Conocemos la necesidad asistencial de la población en esta area, y aunque las manifestaciones del Gobierno en su respuesta dan por hecho que tienen cubierta esta parcela por distintos profesionales de la Medicina, creemos poder demostrar que la asistencia de las afecciones propias del pié por el podologo reportarian beneficios al paciente y menos corto economico dada la singularidad y especifidad de su quehacer profesional.

No dudamos en encontrar en Vd. un firme valedor de nuestras aspiraciones cuando el momento lo requiera, y sabe me tiene a su disposicion.

Reciba un agradecido saludo de

SERGIO BONAGUSA

PRESIDENTE


Corintho 10 Elegance
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.
Aragon 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA

CONTESTACION DEFENSOR DEL PUEBLO

Expte. AII-SC/19.579/83 - 315

El Defensor del Pueblo

Madrid, 26 de diciembre de 1984

DON SERGIO BONAMUSA
Gran Vía nº 33, 7º
28013 MADRID

DEFENSOR DEL PUEBLO
REGISTRO
03.01.85 048343
SALIDA

Estimado Sr. Bonamusa:

En relación con su queja, tramitada bajo el número arriba indicado, le informamos que se ha recibido informe del Director General de Planificación Sanitaria, que sucintamente expresa lo siguiente:

"En relación con dicha profesión, ese Centro Directivo ha tenido ocasión de exponer su punto de vista ante dos proyectos presentados por el Ministerio de Educación. El primero de ellos se refería a la creación de Escuelas de Podología independientes de las Escuelas de Enfermería y el segundo, a la nueva regulación de las Especialidades de Enfermería.

En ambos casos, la opinión de esta Dirección ha sido que la Podología no debe ser incluida como Especialidad de Enfermería. Y ello por considerar que la labor a desarrollar no precisa de los conocimientos derivados de los estudios generales de la profesión de Enfermería, orientada hoy a la prestación de cuidados Generales a los pacientes, mientras que sí exige conocimientos específicos de su propio campo de actuación, que no se obtienen a través de los estudios de Enfermería.

Este punto de vista pretende ser coincidente además, con la orientación en cuanto a Especialidad de Enfermería marcada en otros paises de nuestro ámbito. Se adjunta el documento del Consejo de Europa que fué recientemente ratificado por España, y que, no incluye entre las especialidades de Enfermería la Podología".

En consecuencia, y agradeciéndole la confianza que nos ha demostrado, damos por finalizadas las investigaciones iniciadas al efecto, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 31 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, por la que se regula esta Institución.

Atentamente le saluda,

Joaquín Ruiz-Giménez Cortés

RG/mcm

EL MINISTERIO DE SANIDAD DA INSTRUCCIONES AL INSALUD PARA QUE SE ACEPTEN LAS FACTURAS DE LOS PODOLOGOS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION SANITARIA

908

02564

Ilmo. Sr.:

Con fecha 15 de junio de 1.984 se remitió a esa Dirección escrito en el que solicitaba que por la misma le dictasen instrucciones/ oportunas a fín de que por los Podólogos titulados, y conforme a lo dispuesto en el Decreto 727/1.962, que rige esa profesión y sus estudios, se pueda desarrollar la confección y aplicación de prótesis del pie, con cargo a la Seguridad Social. Dicha comunicación salía/ al paso de los problemas que para aceptar las órdenes de confección de dicho tipo de prótesis por los Podólogos se venían observando en determinadas Direcciones Provinciales.

En respuesta al citado escrito, y con fecha 22 de junio, se respondió a esta Dirección que está en la actualidad en reelaboración lo concerniente al artículo 108 de la Ley de Bases de Seguridad Social, que venía rigiéndose por Nota circular 30-67 (27.X).

Conocido el contenido de esta última, por esta Dirección General se considera que, en lo que concierne a los Podólogos y sus atribuciones, bastaría con modificar el contenido de la instrucción 4ª. de dicha nota circular, haciendo constar que "... acompañará a la instancia un mínimo de dos presupuestos de otras tantas casas comerciales o Podólogos titulados, en que, se haga constar el importe total de la prestación..."; lo que se considera debe realizarse a la mayor brevedad posible para evitar el mantenimiento de las situaciones antes citadas.

Madrid, 16 de julio de 1.984
EL DIRECTOR GENERAL,

Ilmo. Sr. DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD.- Alcalá, 56 - MADRID.-

III CURSO DE LA TECNICA PODIATRICA AMERICANA. DEL 8 DE JULIO AL 19 JULIO 1985 ORGANIZADO POR CALIFORNIA COLLEGE OF PODIATRIC MEDICINE SAN FRANCISCO. CALIFORNIA

TEMARIO

EXPLORACION PODOLOGICA

DIA 8 DE JULIO: Introducción.— Historia Clínica.— Examen Físico.— Examen General.

DIA 9 DE JULIO: Interpretación preoperatoria del Laboratorio en Podiatria.— Postoperatorio Médico.— Problemas.— Emergencias en la Oficina.

PODOLOGIA MEDICA

DIA 10 DE JULIO: Sección de Podología Médica.— Estudio.— Anatomía de las Extremidades Inferiores del Sistema Vascular.— Historia Física de las Extremidades.— Examen Vascular y Diagnóstico.— Enfermedades Vasculares.— Ulceras, evaluación y tratamiento.— El pié diabético.— Neuropatias de las Extremidades.

CIRUGIA PODOLOGICA

DIA 11 DE JULIO: Anestesia Local.— Técnicas.— Diagnóstico y tratamiento de las reacciones adversas a la anestesia local.— Infecciones del tejido conjuntivo.— Tratamiento Quirúrgico.— Prácticas de Laboratorio Quirúrgico en el Hospital Podiatrico de California.

DIA 12 DE JULIO: Anatomía Digital.— Biomecánica de los dedos.— Cirugía.— Implantes Digitales.— Artrotomías Digitales.— Artrodesis Digital.— Discusión.— Evaluación del Bunion (Juanete) Buniectomía.— Osteotomias del Hallux.— Osteotomías Metatarsal.— Implantes en Keller.

DIA 15 DE JULIO: Cirugía metatarsal.— Implantes.— Cirugía del 5 meta.— Resección metatarsal.— Cirugía del Neuroma.— Traumas del pié. Diagnóstico y tratamiento del tobillo.

BIOMECANICA PODOLOGICA

DIA 16 DE JULIO. Examen de Cadera, rodilla, tibias, tobillo, Subastragalinas.— Articulación de Chopart.— Metatarso Falángica.— Posición neutral.— Tibia Vara.— Análisis de la marcha.— Alteraciones.— Sesión de Laboratorio: Análisis de la marcha.— Examen muscular, evaluación de la Biomecánica de pié.

DIA 17 DE JULIO: Prescripción y control de las Ortosis, Errores, ortopodología infantil.— Podo-geriatria.— Sesión de Laboratorio de Prácticas: Negativo, Prácticas de distintos materiales de Ortóticos.

DIA 18 DE JULIO: Medicina Deportiva.— Examen del pié en el Atleta, alteraciones del pié en medicina deportiva.— Laboratorio: Fabricación de Ortóticos: Polipropileno, Rodaur, Ortóticos en el deporte.— Modificaciones en el calzado.

DIA 19 DE JULIO: El pié en la práctica deportiva.— Ortosis en el deporte.— Sesión de Laboratorio: Rehabilitación del pié.— Análisis y tratamiento de la marcha. — Electromiograma, Evaluación.— Fisiología de las Extremidades.

El curso cuesta 800 dólares USA, existen habitaciones en la Ciudad Universitaria cuyos precios aproximados es: individual 546 dólares, doble: 476 dólares.

El curso es en inglés, está impartido por D.P.M. profesores de la Facultad de Podiatria de California; las personas que quieran hacer el curso tienen que mandar antes de 1 de Abril de 1985, 50 dólares. Para más información:

CALIFORNIA COLLEGE OF PODIATRIC MEDICINE
DEPARTAMENT OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
P.O. BOX 7855, RINCON ANNEX.
SAN FRANCISCO-CALIFORNIA 94120
TFNO: (415) 563-3444, Ext. 227 USA.

Todos los veranos en los EE.UU. las Facultades de Podiatria organizan cursos para postgraduados. Los seis Colleges de Podiatria de América tienen cursos durante el mes de Julio y Agosto, para más información dirigirse a la Asociación Nacional de Podólogos.

El año pasado en San Francisco se organizó un curso de un mes, el precio era de 2.000 dólares, más viajes, estancias, para los españoles nos sale muy caros, ahora bien tenemos que conseguir que organicen un curso en verano solo para españoles de una semana sobre CIRUGIA PODIATRICA, ya que como observais en el programa del III curso de este año y los anteriores como decimos en España ponen temas para relleno del programa.

Durante el año algunas Facultades de Podiatría organizan cursos los fines de semana sobre temas: Cirugía Ambulatoria del Pié, precio unos 100 dólares, esperamos que mediante la Asociación Nacional de Podólogos podamos hacer un curso en América con unos precios asequibles a nuestras economias.

Luis Pascua San Miguel

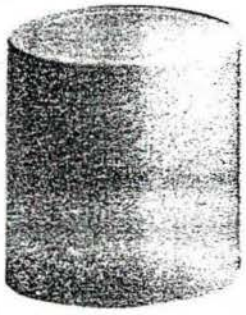
COR PIK

ANTITRANSPIRANTES · DESODORANTES
PARA LOS PIES...

NUEVO

SPRAY

...DE EFECTO INSTANTANEO



SEK

...DE EFECTO PROLONGADO
(hasta 3 meses con una sola aplicación)

Nutraplus

Primera loción dermatológica emoliente y humectante con 10 % de UREA

FORMULA:

Cada 100 ml. contiene:

Urea	10.000 g
Monoestearato ácido de glicerol	1.125 g
Palmitato de Isopropilo	0,750 g
Acido estearico	0,750 g
Propilparaben U.S.P.	0,100 g
Metilparaben U.S.P.	0,200 g
Polímero de Carboxivinilo	0,062 g
Agua purificada U.S.P. c.s.p.	100 ml

DOSIS Y FORMA DE EMPLEO:

Aplicar uniformemente NUTRAPLUS sobre la superficie de la piel reseca 2 ó 3 veces al día. En caso necesario puede aumentarse el número de aplicaciones. La aplicación frecuente de NUTRAPLUS ayuda a mantener la piel suave y tersa.

PRESENTACION

Frasco de plastico conteniendo 215 ml.

Para una mejor hidratación de la piel seca

Presentado en España por:

ALCON-IBERHIS, S. A.

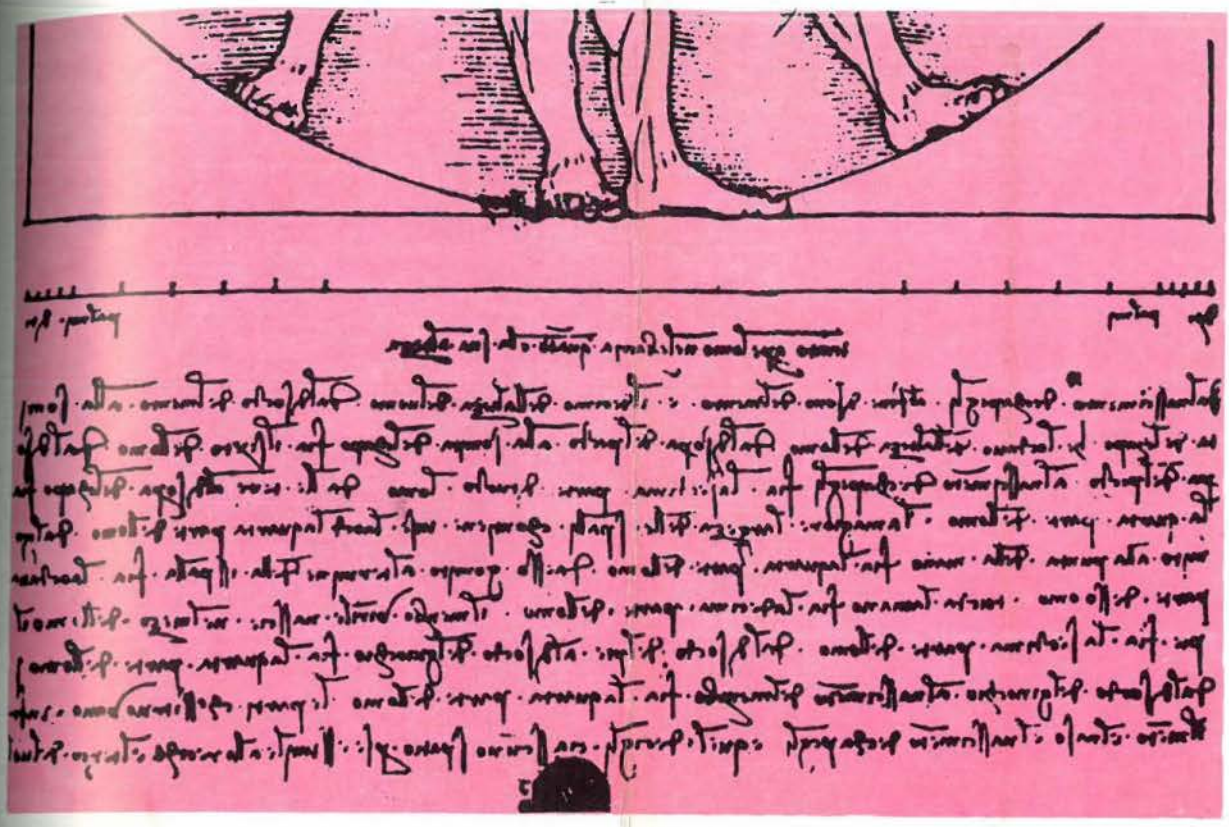
Aragoneses, 7 - Alcobendas (MADRID)

Telef.: 652 70 00-88-99

Alcon

division dermatologica

FORT WORTH-TEXAS

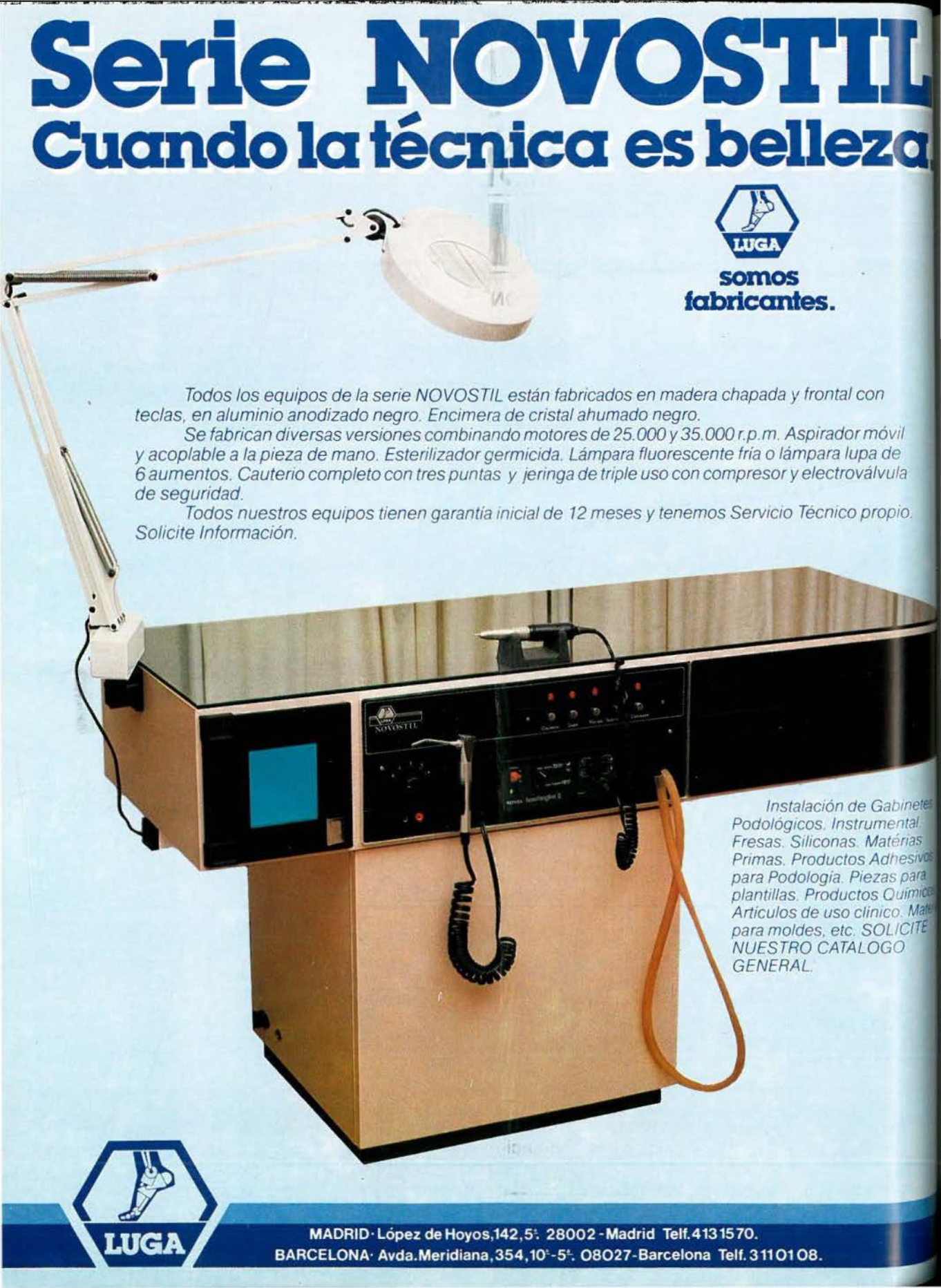


REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.E.P.
nº 98

MARZO-ABRIL
1985

Serie NOVOSTIL
Cuando la técnica es belleza.



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
Gran Vía, 33 - 7º
Teléfono 231 50 44
28013-MADRID

Director:
Sergio Bonamusa Mont
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime:
Reproducciones Bárcena
Mercedes Arteaga, 32
28019-MADRID

Empresa de Publicidad:
Garsi, S. L.
Londres, 17
28028-MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
Nº de SVR-215

SUMARIO

Ante el cambio de responsable de la revista, rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

La situación de la Podología en el Inserso está alcanzando un deterioro tan acentuado que es imprevisible cualquier solución.

Las gestiones realizadas para una correcta relación han encontrado constantemente una falta de respuesta y consideración por parte del Departamento implicado, que se traduce en falta de interés y menosprecio por esta asistencia.

La Junta Directiva no ha regateado esfuerzo en lograr un acuerdo justamente razonable.

Y cuando la Dirección del Inserso no ha podido negar esta evidencia y ha aceptado la mayoría de los puntos propuestos, entran en juego los Directores provinciales que dan al acuerdo su interpretación y acómodo particular.

Consideramos esta parcela de nuestra asistencia, aunque limitada, sumamente importante *porque era el embrión o ensayo de una futura incorporación de la Podología en la Sanidad Pública.*

Los pasos que se están dando de verdadera regresión a la privatización del Servicio no dejan lugar a dudas del final de esta aventura. Y la paradoja es que se realiza con un Gobierno Socialista, defensor en principio de las conquistas sociales.

Todo ello tiene una lectura de responsabilidad que nos alcanza de lleno también a nosotros. En muchas ocasiones han privado los intereses particulares y momentáneos en nuestra actuación dando una imagen poco digna que ha justificado respuestas de igual entidad en algunos Administradores y Directores provinciales.

Lamentable, pero no hay más, dicho con el dolor que ello supone.

DOSSIER INSERSO

INFORME DE JOSE MARROYO. VOCAL DE LA JUNTA DIRECTIVA RESPONSABLE DE LAS NEGOCIACIONES CON EL INSERSO

En la última reunión de la comisión permanente se acordó modificar en nuestra tabla de reivindicaciones con el INSERSO el punto referente a las tarifas en el sentido de pedir una cantidad única de 500 ptas. para todo el territorio Nacional.

Esta cantidad la tomamos como referencia de las tarifas más altas que se pagan en la actualidad, y que concretamente es en la región Extremeña desde hace tres años.

El resto de los puntos se le presentaron de nuevo por escrito siendo básicamente los mismos, que fueron aceptados en su día, si bien aprovechamos la entrevista para denunciar un caso de intruismo que se viene dando en un hogar de Alicante.

1º.— HONORARIOS.

2º.— MODELO UNICO DE CONTRATOS para todo el territorio Nacional en el que se contemple

Visita a domicilio en la cuantía de 1.000 ptas.

Reserva de plaza en caso de enfermedad.

Revisión anual de tarifas según I.C.V.

Prestación de tratamientos Especiales Ortosis, etc.

3º.— EQUIPAMIENTOS dignos de los Gabinetes con accesorios imprescindibles como Aspirador, Sillones con posición de Tredelemburg etc.

La reunión se celebró en Madrid el lunes 14 de Enero con la Directora General Dña. Elvira Cortajerena, con la Sta. Virginia Lerma jefe del Departamento Administrativo del Inserso y por parte de la Asociación el Secretario Juan José Araolaza, el compañero Ramón Isidoro y el que os informa José Marroyo.

En primer lugar nos informa que la circular solo tendría validez jurídica en aquellas Regiones Autonómicas donde no tengan competencias. **Nosotros aceptamos ya que puede servir de guía orientativas.**

No hay problemas en ningún punto de la tabla reivindicativa a excepción del punto 1º.

Los servicios jurídicos del Inserso está confeccionando un modelo único de contrato en el que acepta todas nuestras peticiones, se le hace especial hincapié en la redacción del apartado a la revisión anual en el que se suprima la palabra **podrá** por se **revisará anualmente**. Se acepta la visita domiciliaria en casos especiales con una tarifa de 1.000 ptas. Se acepta la reserva de plaza en caso de enfermedad.

Los aspiradores están pendientes de pedido según plan de necesidades del Inserso. Se nos piden más características de los sillones sin dar marcas para los nuevos Hogares y Residencias por no permitir la conyuntura económica el sustituir los actuales.

En cuanto al tema de las Ortosis se podrán hacer con carácter excepcionalmente con cargo al fondo de ayuda al pensionista, sirva de ejemplo el caso de las fajas o dentaduras prestaciones similares.

Con relación al tema más espinoso en esta reunión se nos acepta la cuantía de 500 ptas. que no se nos discute pero se les plantea el problema de gestión para incluirlas en los distintos capítulos presupuestarios, pendientes de aprobación en una próxima reunión de Directores Provinciales que se produciría en breve. Se nos cita para después de dicha reunión.

Asistimos de nuevo el 4-II-1985 el compañero Ramón Isidoro y yo. Se nos informa de la oposición de las Direcciones provinciales, pero que la circular saldrá para el día 1 de Marzo por ser de justicia todas nuestras peticiones. Se acordó mandarme un borrador antes de su publicación que aún no he recibido.

DOSSIER INSERSO

Estamos a la espera de la publicación de los acuerdos tomados por la Asociación Nacional de Podólogos, representada por el compañero Ramón Isidoro de Alicante, el que suscribe José Marroyo Salgado de Badajoz y la Directora Nacional de la tercera edad Elvira Cartagerena.

La circular sea vinculante para todas las regiones donde no tengan competencias las autoridades autonómicas en materia de Seguridad Social, y orientativa para el resto.

Como más interesante recogemos los siguientes acuerdos:

Por primera vez se cubrirán las plazas por concurso de méritos para lo cual hemos confeccionado un baremo el cual se publica en esta misma revista.

El modelo de contrato que será igual para todos. En él se contemplará una tarifa única de quinientas pesetas, pagados directamente por el usuario y solicitada posteriormente al fondo de ayuda al pensionista, con el fin, según la Directora Nacional de que paguen más las pensiones más altas.

Revisión anual de las tarifas según el incremento del coste de la vida.

Visita domiciliaria, con carácter excepcional, para pensionistas que por su estado no pueden asistir al centro, se acuerda el precio del servicio en mil pesetas.

Equipamiento digno de los nuevos gabinetes podológicos; sillón de Tredelemburg, esterilizadores de ultravioleta, y materiales diversos. Mejora de los ya existentes dotándolos de aspiradores y biombos.

Nuevas prestaciones, como ortesis, financiados de la misma forma que un servicio normal, es decir solicitando la ayuda individual.

Esta circular creo no va a satisfacer plenamente al usuario por una parte, ya que le va a impedir hacer uso de los servicios por tener que desembolsar el pago íntegro de los mismos y la difícil recuperación por las barreras burocráticas, ni al profesional que verá drásticamente reducido el número de consultas que venía realizando habitualmente.

Negociar es difícil pero más aún cuando esta negociación se realiza sin ninguna medida de presión. Para llegar a estos acuerdos han sido necesarios muchos viajes, frustaciones y alguna que otra humillación.

En esta misma revista se inserta una encuesta en la que se os pregunta el respaldo que dariais a cualquier medida de presión si llegado el momento decidieramos plantear un conflicto para conseguir nuestras reivindicaciones.

Nuestros puntos de vista los hemos tenido que ir modificando a medida que avanzaban las negociaciones, debido a la intransigencia de nuestros interlocutores. Aún hoy, y a pesar de darnos todo tipo de garantías verbales, la circular no ha sido publicada, según la directora por estancamiento de la burocracia interna del departamento de publicaciones de la seguridad social.

Por todo ello está justificado que nuestra capacidad de aguante haya llegado al límite y no por casualidad pues el inicio de las negociaciones se remonta a finales del año 1983.

Si ganamos esta pequeña batalla tendremos que empezar a buscar nuevos frentes. La podología sólo está presente en la Administración del Estado en un organismo de prestaciones sociales como es el Inserso.

Nuestros esfuerzos deben de ir encaminados a integrarnos plenamente en los organismos sanitarios. Gestiones ya se están haciendo y en el ánimo de la Junta Directiva está hacer un estudio serio de lo que costaría al Insalud incluir la podología en la Atención Primaria.

En mi opinión, a pesar de su situación económica, podría hacer frente a estos gastos si lo comparamos a otras especialidades instaurados tradicionalmente, que son, socialmente menos rentables.

Bueno sería comenzar a sensibilizar a colectivos sociales, usuarios, asociaciones, sindicatos, partidos políticos, y como no, a nuestros clientes en las consultas, aunque esto sería motivo de otro artículo.

CUESTIONARIO

A enviar por los Podólogos que prestan su asistencia en el Inserso.
(Enviar urgente a la Asociación Española de Podólogos).

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ PROVINCIA _____

Presta sus servicios en la fórmula
- Contratado ☐
- Prestación de Servicios: ☐ Desde año 19
- Con seguros sociales: si ☐ no ☐

En el hogar ☐ Residencia ☐ de Pensionistas de _____

de la localidad de _____

Cantidad que percibe actualmente [ ] ¿Abona el pensionista? [ ]

Sin actualizar desde _____

— ¿Consideras aceptable la cantidad de 500 ptas. por asistencia? SI ☐ NO ☐

¿Cantidad que propones? _____

— ¿Eres partidario de iniciar una campaña ante la opinión pública contra estas medidas de privatización? SI ☐ NO ☐

— ¿Eres partidario de llegar, si fuera preciso, a plantear un paro de nuestra actividad?. SI ☐ NO ☐

— ¿Acudirias a una Asamblea a celebrar en Madrid un sábado para debatir este tema y decidir?. SI ☐ NO ☐

— ¿Las medidas a tomar? _____

— Explica tu opinión; _____

DOSSIER INSERSO

CRONOLOGIA DE LOS HECHOS MAS IMPORTANTES

Año 1972 — El Inserso incluye al Podólogo dentro del Personal Laboral para la atención de los Pensionistas en los Hogares y Residencias. La relación es por contrato laboral con Seguridad Social incluida. El pago es por horas de dedicación.
El pensionista aporta la cantidad simbólica de 20 ptas.

Año 1975 — La contratación de nuevos Podólogos se realiza según la fórmula de Prestación de Servicios, sin que exista contrato laboral ni afiliación a la Seguridad Social. El pago se efectúa por una cantidad que oscila entre 100 y 200ptas. cada visita podológica.
El pensionista sigue aportando la cantidad de 20 ptas. (Documento nº 1)
Se da posibilidad de que los Podólogos contratados por el sistema anterior puedan acogerse, si lo desean, a la nueva fórmula.

Año 1981 — La Agrupación de Podólogos de España realiza un primer fichero de Podólogos que prestan sus servicios en el Inserso.

Año 1982 — La Asociación Española de Podólogos inicia gestiones para la adecuación de honorarios. Se acuerda que la cantidad a abonar por cada asistencia sea el 50% de las tarifas mínimas provinciales. El texto de la circular (Documento nº 2) no recoge este acuerdo con claridad, poniendo como cantidad máxima el 50% de la tarifa provincial. Se dan diferencias sustanciales por el mismo acto podológico aún en las mismas provincias.

Año 1983 — Se firma el primer Convenio Colectivo del Personal Laboral del Inserso. El Podólogo está clasificado en el nivel 3. (Documento nº 3)
Este convenio no afecta al Podólogo contratado en prestación de servicios.
La aportación del pensionista se incrementa entre las 50 y 100 ptas. El resto, hasta completar diferentes cantidades que se abonan al Podólogo, lo que paga el Inserso.
La Asociación Española se entrevista el 29 de Diciembre de 1983 con la Directora del Inserso, haciéndo-le entrega de nuestras reivindicaciones. (Documento nº 4)

Año 1984 — Como complemento del anterior escrito y a petición de la Dirección del Inserso, se hace entrega del baremo de méritos para contratación de Podólogos por el Inserso. Incluye una relación de material y mobiliario básico para las consultas de Podología. (Documento nº 5)
Se solicita se envíe la tarifa mínima colegial.
Tras muchos intentos infructuosos de continuar la negociación, se nos hace saber verbalmente que el Inserso no tiene por qué negociar nada con la Asociación, y que lo está haciendo a través del Consejo General de A.T.S.
Ante esta paralización, la Asociación recaba la Autorización expresa (Documento nº 6) de los Podólogos que están en el Inserso, recibiendo un número importante. (Documento nº 7)

Año 1985 — En Enero de este año, se nos vuelve a recibir tras hacernos saber que el posible aumento de la tarifa por la asistencia podológica, va a hacer recaer el costo en el propio pensionista, por la difícil situación económica del Inserso. Se hace entrega del escrito de contestación por nuestra parte a sus planteamientos. (Documento nº 8). Ante la insistente solicitud por nuestra parte de que se envíe la circular estableciendo los acuerdos adoptados, se nos entrega un escrito de las opiniones de las Direcciones Provinciales del Inserso. (Documento nº 9).

Ultimo Capítulo:

El último episodio de la situación con el Inserso, es que se está haciendo pagar la cantidad total al pensionista y que si se quiere elevar la cuantía del pago, las acciones se tendrán que realizar con la Dirección provincial correspondiente.

NOTA:

Los documentos referenciados son enviados a los podólogos que nos consta por sus contestaciones, asisten a instituciones del Inserso. Si algún otro está interesado en recibirlos deberá solicitarlos particularmente.

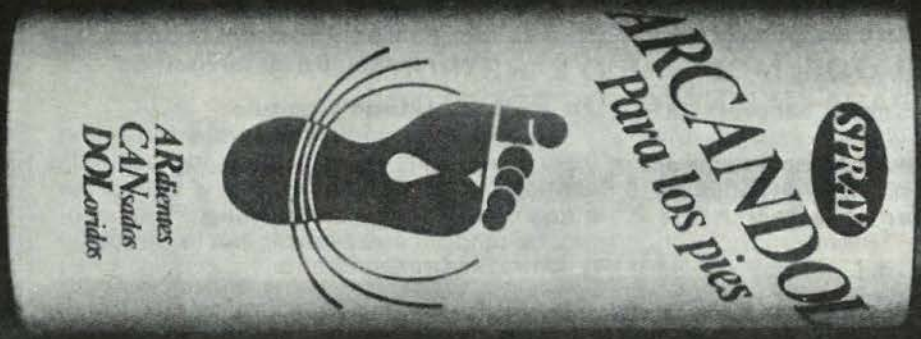
EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Peusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®



El relajante de los pies.

Productos Peusek Avda. Infanta Carlota, 19-21 * Telf. (93) 239 83 34 * Barcelona

GERIATRIA PODOLOGICA

Miguel Angel Eguiluz López
Pamplona

El podólogo como especialista de la podología del pié, aplica su ciencia en pro del bienestar de las personas abarcando todas las edades y etapas del individuo desde que nace hasta su ancianidad.

He querido enfocar este pequeño trabajo hacia esta última fase de la vida tan especial y delicada como lo es la 3ª edad. Su contenido no encierra ningún matiz didáctico, ni pretendo que se obtenga ninguna conclusión científica.

No obstante el resultado sería satisfactorio si logro crear una concienciación clara respecto a la podología geriatrica y en definitiva el resaltar la importancia que tiene el podólogo en el amplio campo de la geriatria. Importancia esta, no solo por la terapia directa que aplicamos en el pié del anciano, sino también por los resultados obtenidos en otras enfermedades y procesos patológicos, que sin ser de índole podológica, han evolucionado favorablemente gracias a la intervención del podólogo.

Es fácil comprender el significado del tema, si se piensa en el progresivo aumento de la población anciana. De modo particular en los países más desarrollados ya que se ha alargado la duración máxima de la vida y un mayor número de personas pueden alcanzar edades más avanzadas.

Este fenómeno es debido sobre todo, a la disminución tanto de la morbilidad infantil, como de la debida a otras graves enfermedades que se presentan en el curso de la vida.

Así tenemos que los avances de la terapeútica, de la cirujía,la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de los medios diagnósticos, las mejores condiciones de vida tanto desde el punto higiénico como alimentario, incluso el mejor nivel cultural de la población, han sido factores decisivos en el fenómeno de la prolongación existencial.

No obstante es obvio que el anciano sigue siendo el más vulnerable en cuanto a incidencia de enfermedades se refiere y el alto riesgo de que estas a su vez conlleven invalideces graves e irreparables.

De todo esto se deduce la necesidad de un verdadero plan de salud en torno al anciano en el que se incluye a biólogos, sociólogos, psicólogos y por supuesto el **equipo médico geriátrico.**

El término geriatría fue introducido al vocabulario médico a principios del siglo, tratando de significar toda actividad médica enfocada a la 3ª edad (del griego: geros = anciano hiatros = médico).

Es una especialización que se ocupa del estudio de la prevención y tratamiento de las enfermedades que aparecen en la edad senil, para permitir una vida lo más sana y normal posible.

Para que estas enfermedades puedan ser tanto prevenidas como tratadas, el equipo médico geriátrico tiene que ser completo y competente. Equipo que debiera estar formado principalmente: médico geriatra, asistencia social, gerapeuta ocupacional, rehabilitador o fisioterapeuta y podólogo.

Por supuesto que de ninguna manera se puede prevenir un proceso biológico inexorable, pero si lograr que esta última etapa de la vida, sea más confortable, más llevadera y más feliz para el anciano.

En un escrito de un trabajo de Gerocultura de medicina preventiva de la tercera edad, un geriatra se formula esta pregunta: ¿qué es para nosotros, los

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

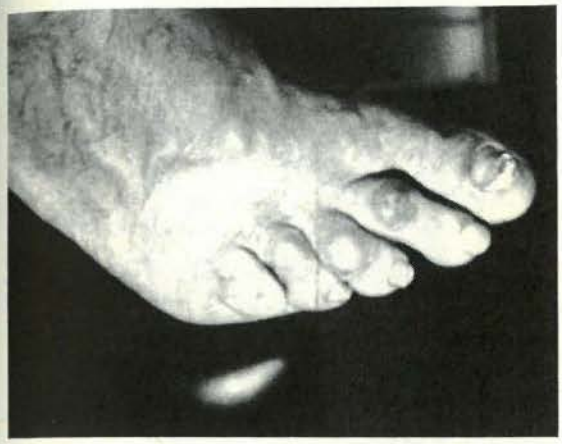
Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

geriatras, **un anciano valido? "Es toda persona mayor de 65 años, que no necesita ayuda para los actos elementales de su vida, como son: vestirse, asearse, comer y PASEAR"**. Sencilla y llana contestación que encierra un significado podológico importante, apuntando el hábito del paseo cotidiano como un acto elemental. Este acto de la marcha es en muchos casos **complemento fundamental** en la terapia de ciertas enfermedades a la vez que estimula la circulación, músculos y articulaciones.



La salida de líquido de la pierna y del pié será adecuada si no hay retención. Esta salida depende de: el volumen de líquido disponible para su eliminación (flujo sanguíneo capilar y flujo hístico), **de los sistemas de expulsión (ej.: contracción muscular)** y de la resistencia al flujo de los sistemas venoso y linfático (sección transversal que se relaciona con el grado de obstrucción vascular y el funcionamiento de la circulación colateral.

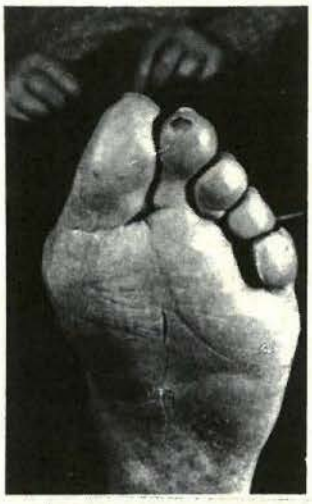
En definitiva los trastornos de salida del flujo sanguíneo pueden ser por insuficiencia venosa, por insuficiencia linfática, o por ambas.

En cuanto a los trastornos circulatorios debidos a anomalias estructurales, son estados patológicos arteriales, capilares venosos o linfáticos, debido a defectos en el tamaño, número, forma o conexiones en los vasos.

Precisamente uno de los efectos más **serios del envejecimiento sobre el pié es la disminución de la irrigación sanguínea.** Cada sector del organismo depende para su subsistencia, desarrollo y funcionamiento, del aporte sanguíneo suficiente por parte del árbol arterial y su consiguiente desagüe por el sistema venoso. De ahí los problemas que presenta el pié siendo la parte más alejada del corazón. La suma de efectos arterio-venosos, las alteraciones lógicas de la calidad de la piel, la frecuencia de edemas de etiología múltiple, la inactividad, la obesidad, los hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, cafeinismo), etc... contribuyen a empeorar la situación.

Por otra parte es muy frecuente la presencia de varices en el anciano, sobre todo en el sexo femenino por razones gineco-obstetricas. Los factores hereditarios, profesionales (ortostatismo), deformaciones del pié, etc... tienen una influencia innegable en los transtornos del sistema venoso. Sin embargo nodifieren en su forma y etiología de las de los jóvenes, aunque son más graves y mutilantes dada la cronicidad del proceso y su relación con los transtornos arteriales.

Lógicamente esto no es posible si el paciente no presenta un balance podológico que le aporte unas condiciones mínimas de funcionalidad sin las cuales no le es posible realizar una deambulación prolongada.



De todo el sistema músculo-esquelético, el pié es la zona en que se pone más de manifiesto los estragos del tiempo por las sobrecargas estáticas debidas al soporte del peso del cuerpo y al uso

del calzado que en muchos casos es inadecuado.

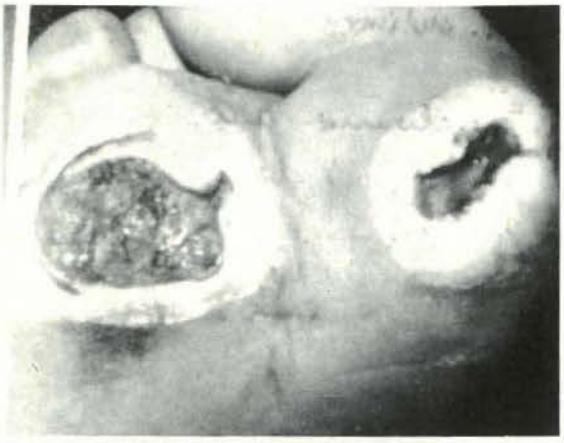
Las deformidades que datan de largo tiempo, sean congénitas o adquiridas son a menudo al comienzo adaptables y asintomáticas, pero progresivamente se vuelven fijas y ríjidas, provocando al final hiperqueratosis, helomas, exostosis dolorosas y alteraciones degenerativas.

Voy a comentar muy escuetamente algunas de las patologías geriatrico podológicas, que con mayor frecuencia observamos en nuestras consultas. No he dado prioridad a ninguna ya que todas tienen su trascendencia, por lo que el orden de exposición carece de importancia.

No quiero pasar por alto el recordar que en todos nuestros pacientes es imprescindible realizar una anamnesis completa: datos de afiliación historia clínica (antecedentes podológicos personales, podo-familiares extra podológicos importantes) y exploración física. Conjunto de datos que nos sean fundamentales cara a un diagnóstico y tratamiento correctos.

TRANSTORNOS CIRCULATORIOS

Los trastornos circulatorios pueden ser hemodinámicos (afectando a los siste-

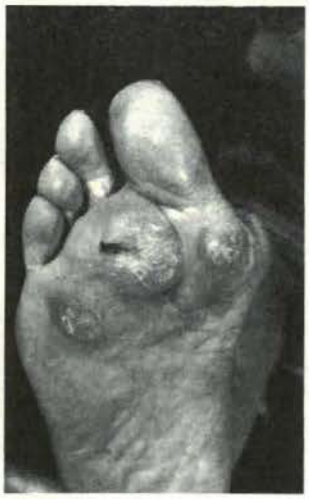


mas de flujo o de salida) o de naturaleza estructural.

A medida que el flujo sanguíneo atraviesa las arterias hasta llegar a la extremidad inferior, se va produciendo una pérdida de presión también puede ser patológica, como en el caso de una fístula arteriovenosa proximal o de una estenosis arterial.

Entre los síntomas y signos a tener en cuenta, pondremos especial atención en:

EL DOLOR: en que nos encontramos con diferentes características de dolor experimentado por estos pacientes. Características que varían según la intensidad, la extensión, la duración, etc... Así



tenemos el dolor isquémico, el neurítivo, el inflamatorio, las parestesias, etc...

COLOR: nos refleja el flujo sanguíneo a través de la piel, como en la cianósis y en la palidez...

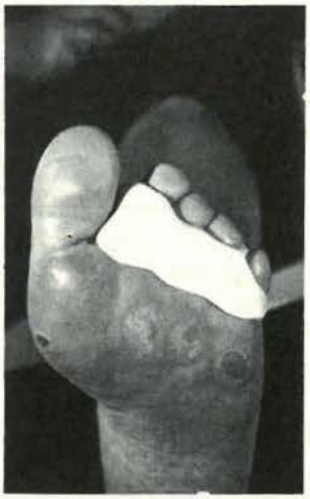
TEMPERATURA: que también nos puede reflejar el flujo sanguíneo. A mayor flujo, mayor temperatura, dependiendo por supuesto del grado de vasodilatación en la piel y tejido subcutáneo y el estado funcional de las anastomosis arterio-venosas.

HUMEDAD: por ejemplo una ahidrosis se puede dar en procesos arteriovasculares crónicos, ej.: la diabetes.

DIABETES SENIL: En cuanto a la diabetes senil, hay que tener en cuenta que el diabético es particularmente sensible a la infección y más en una persona de edad avanzada que tiene aún más disminuidas sus defensas.

La esclerosis arteriolar existe en los diabéticos, incluso cuando la arteria

pedia dorsal y la tibial posterior son palpables. En estos enfermos una ligera infección o grieta cutánea debe considerarse motivo de alarma. No es raro que en un diabético una hiperqueratosis plantar anormalmente dolorosa, recubra una hiperqueratosis plantar recubra una úlcera necrótica profunda subyacente.



Es fundamental el tener siempre presente que la diabetes es la arteriopatia oclusiva más importante de origen orgánico que afecta directamente al pié.

El aspecto más importante del control podológico del diabético, es el precoz reconocimiento o tratamiento, de las lesiones unqueales y cutáneas.

Dada la importancia de la diabetes y los transtornos circulatorios que tienen con respecto al pié, será de gran ayuda para el paciente, el que se le informe, e incluso se le proporcione por escrito, una serie de normas y consejos, que le evitarán complicaciones graves e irreparables:

— Lavado diario de piés con agua tibia y jabón neutro.

— Secado de la piel, sin frotarla, con la toalla suave y limpia, teniendo especial cuidado en el secado de los espacios interdigitales.

— Durante el invierno es conveniente el uso de calcetines de lana, zapatillas acolchadas. Y en el verano calcetines de algodón.

— Así mismo, el cambio diario de calcetines es muy conveniente.

— Evitar el uso de ligas circulares constrictivas.

— Evitar las temperaturas extremas, como pediluvios muy calientes, botellas de agua, mantas eléctricas,... y en general cualquier otra forma de calor concentrado.

— Uso de calzados adecuados, evitando los estrechos y cortos, procurando que sean flexibles, de piel suave y de materiales nobles.

— Corte adecuado de uñas. No aplicarse callicidas ni irritantes en la piel, ni quitarse así mismo los helomas y las durezas.

— No caminar descalzo.

— Y ante cualquier alteración o molestia, acudir inmediatamente a nuestras consultas.

METATARSALGIAS

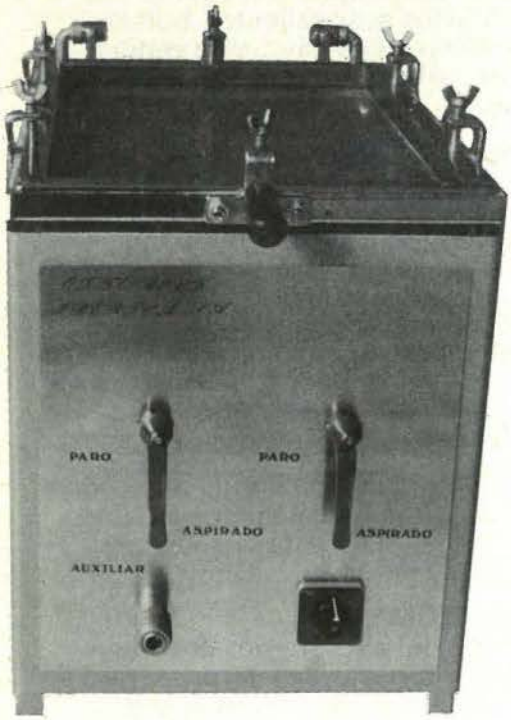
En el pié del anciano nos encontramos con unas cabezas metatarsianas que han sido sometidas a través del tiempo a fuertes presiones. Si estas presiones han sido repartidas inadecuadamente, aparecen transtornos que darán lugar en la mayoría de los casos a las metatarsalgias.

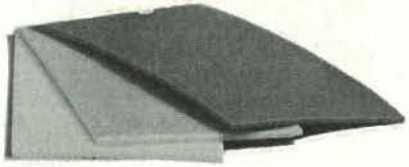
Es muy considerable la frecuencia y la diversidad de las metatarsalgias, siendo en la mujer (casi un 90%) en quien con mayor frecuencia aparecen, debido a antecedentes de uso de calzados inadecuados.

Estos calzados con el tiempo, van deteriorando la funcionalidad de la estructura metatarsiana: el tacón alto recarga en el antepié el máximo de carga y las puntas estrechas provocan digitopatias como el h.v. (Hallus valgus) lo que aumenta la presión a nivel de las cabezas metatarsianas correspondientes.

En cuanto a la etiologia de las metatarsalgias en el pié del anciano podemos incluir un gran número de ellas, pero principalmente: las que responden a un origen biomecánico: cuando ha habido

Sistema de vacío para el moldeo de termoplásticos.





El plástico a temperatura de moldeo es adaptado al molde de escayola por medio de una placa de goma al aplicar la succión.

El **Vacuum-Press,** permite, a través de la toma auxiliar, aplicar una serie de accesorios (disponibles) para el moldeado por vacío de férulas, ortesis de columna, plantillas, etc.

Las dimensiones de la placa base son de 33 cm. x 47 x 38 cm.

Conexión a la red, bifásico a 220 V.

Potencia del motor 3/4 CV.

Otto Bock
IBERICA S.A.

Pl. del Pastor, s/n.
TRES CANTOS (MADRID)
Tfs.: 845 5211/531

una sobrecarga en todo el antepié (como ocurre en el pié cavo). O cuando las sobrecargas son irregulares como en los trastornos del primer radio y en las digitopatias.

Y las metatarsalgias que responden a otro origen como son las enfermedades ya sean de origen sistemico o local: trastornos vasculares, enfermedades articulares, artritis reumatoidea, alteraciones metabólicas (diabetes), etc...

Por otra parte no puedo pasar por alto el hecho de que se manifieste atrofia de la almohadilla plantar en el pié del anciano.

El tejido subcutáneo del pié es normalmente escaso excepto en la cara plantar por esa almohadilla grasosa que presenta. Esta almohadilla actúa como un amortiguador elástico contra el continuo machaqueo de las cabezas metatarsianas contra el suelo. En los ancianos esta amortiguación se encuentra normalmente atrofiada, por lo que aparecen hiperqueratosis dolorosas y las cabezas metatarsales se hacen palpables superficialmente.

Concretamente en la artritis reumatoidea se encuentra una importante atrofia de la almohadilla, con rigidez en el antepié, digitopatias y helomas dolorosos. La metatarsalgia es más incapacitante que las digitopatias y en muchos casos van unidas.

El tratamiento lo enfocaremos a descargar la zona de la metatarsalgia y donde se encuentre mayor atrofia de la almohadilla plantar, procurando una alineación metatarsal lo más funcional posible. Para esto confeccionaremos unas plantillas o unas palmillas según lo requiera el caso, pero usando materiales blandos, evitando el posible efecto traumatizante de un material duro, que nos podría agravar el cuadro de la metatarsalgia senil.

DIGITOPATIAS

En lo referente a las alteraciones digitales en el pié senil nos encontramos en primer lugar con el Hallus Valgus, dada su frecuencia y los trastornos que ocasiona.

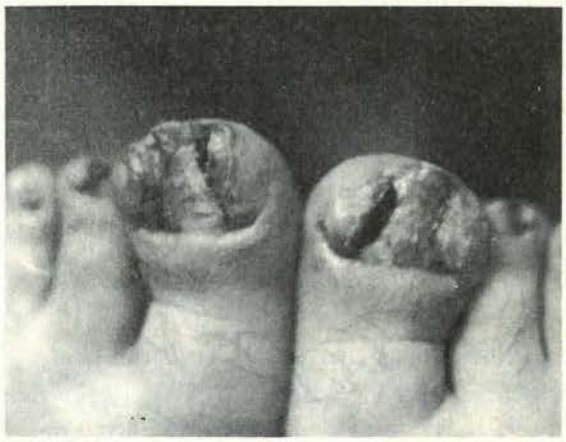
En cuanto a desviaciones en sentido longitudinal, tenemos la garra proximal, la garra distal y la garra total, con sus respectivos helomas y erosiones en los puntos conflictivos con el calzado.

Y por último las desviaciones laterales que dan lugar a acabalgamientos, a infraductus, etc...

El tratamiento depende del grado de la deformidad y es precisamente en el pié del anciano donde las deformaciones están más fijadas incluso con anquilosis articular en muchos casos.

También depende el tratamiento de la extensión de la deformidad, en relación con los trastornos de la biomecánica del pié. Hay algunas alteraciones digitales que no afectan a las funciones fisiológicas del pié, en cambio otras, como los supraductus e infraductus, pueden alterar la función del pié y dar lugar incluso a trastornos posturales distantes de la deformidad local.

Una vez realizada la quiropodia, como principio del tratamiento se verá la posibilidad de una alineación digital en que los dedos sean colocados en un plano que permita una máxima función, dentro de las limitaciones propias de la



deformidad y de la capacidad de la parte afectada en ejercer la función sin dolor. Las siliconas es el material más adecuado para este tipo de correcciones.

Si no es posible esta modificación digital, el tratamiento será específico de las zonas y puntos conflictivos, para ali-

viar y mejorar los helomas, exóstosis dolorosas, etc... que puedan hablar. Valiéndonos para ello de protecciones, descargas, almohadillados, juaneteras, etc... Y por supuesto el uso del calzado adecuado a cada caso.

ONICOPATIAS

Las personas de edad avanzada tienen dificultades para cortarse ellos mismos las uñas. La disminución de la agudeza visual, la imposibilidad de inclinarse o incluso por el mismo estado de las uñas demasiado gruesas o muy duras determinan a posteriori el que sea tan frecuente y numerosa la patología ungueal.

Sobre todo observamos problemas de: onicocriptosis (con infección secundaria o sin ella), hipertrofias ungueales (por una infección fúngica crónica, por ejemplo) onicogrifosis y todas las onicodistrofias en general.

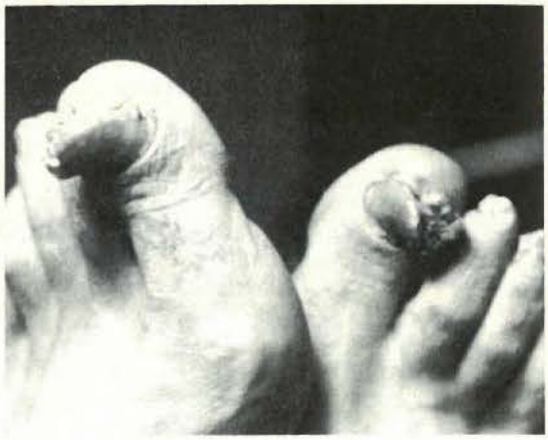
En todos los casos extremaremos las precauciones en el tratamiento por las posibles complicaciones que nos pueda acarrear la coexistencia de enfermedades y procesos de origen sistemico.

COMENTARIO FINAL

El proceso gradual de involución, convierte al anciano en un ser dependiente, de ahí la importancia de prevenir su incapacidad y de rehabilitarlo físicamente en la medida de lo posible.

La evolución y la experiencia de la clínica geriatrica, ha demostrado que "el factor más importante dentro de los planes de esta rehabilitación, es la MARCHA".

El anciano presenta las mismas podopatias que las personas jóvenes. Las diferencias en los problemas del pié, se encuentran en las enfermedades crónicas que padece.



Las afecciones dolorosas del pié, tienen carácter más limitante en el anciano que en el joven. De ahí la necesidad de una asistencia permanente.

Ante las molestias y trastornos podológicos el anciano adopta la actitud de evitar caminar, con la consiguiente inmovilidad que es tan perjudicial para él.

Estas consideraciones me hacen reafirmar que dentro del esquema general de asistencia al anciano, tiene un lugar privilegiado la Podología.

Espero que estos apuntes geriatricos podológicos hayan servido en cierto modo para que la experiencia y labor que entre todos nosotros podamos aportar, sea alagüeña y esperanzadora para la 3ª edad. Si conseguimos que los ancianos puedan caminar es suficiente. Al anciano **no le hace falta ir deprisa ni correr**. Para el anciano correr es peligroso, pero caminar es saludable.


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

SE CELEBRO CON GRAN BRILLANTEZ EL XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA DE BARCELONA

Con una asistencia cercana al millar de Podólogos, se celebró con una organización perfecta el Congreso Internacional de Barcelona.

La atención a las ponencias fué inusitada y la disciplina de horarios, y entradas y salidas de la sala de conferencias perfecta.

El nivel de conferencias muy diverso, como es natural dada la variedad y enseñanza del campo profesional del podólogo internacional.

Pero vayamos pensando que la podología europea no está dormida y se constatan detalles y signos de la altura investigadora que nos hacen ver las carencias y defectos de la nuestra.

Procuraremos en posteriores revistas hacer un muestreo de las ponencias que se presentaron.

En cuanto a la asistencia de autoridades a los actos protocolarios, se echó en falta la representación del Gobierno Central, que era obligado estuviera dado el ámbito del Congreso.

Nos dejó sin embargo muy buen sabor de boca el discurso del Vicerrector de la Universidad de Barcelona por su apoyo moral, y nos consta que incluso práctico, de las reivindicaciones académicas que mantenemos desde hace tanto tiempo.

En suma, un éxito de asistencia y organización que merece la felicitación más efusiva.

CONTESTACION DEL MINISTRO SOBRE LA SITUACION DEL DECRETO

El Director del Gabinete Técnico del Ministro de Educación y Ciencia

Madrid, 9 de Mayo de 1.985

Sr.D.
Sergio Bonamusa
Asociación Española de Podólogos
Gran Vía 33,7º
28013 MADRID

Estimado Sr.:

Contesto en nombre del Sr. Ministro a su carta de 25 de marzo, interesándose por el estado de tramitación del proyecto de Real Decreto sobre incorporación a la Universidad de los estudios de Podología.

El proyecto, ya informado por la Secretaría General Técnica de este Ministerio, ha sido devuelto a la Dirección General de Enseñanza Universitaria a fín de cumplimentar determinadas observaciones de carácter procedimental, subsanadas las cuales se recabarán los preceptivos informes pendientes y será elevado a Consejo de Ministros.

A este respecto le hago saber, que aprovechando dicho trámite, la citada Dirección General ha recogido en el texto del proyecto, las observaciones de esa Asociación que la legalidad vigente permite.

Por otra parte, le supongo informado, en líneas generales, de lo que antecede como consecuencia de la reciente entrevista que mantuvo con el Sr.Director General de Enseñanza Universitaria, el cual aprovecharía la ocasión para ponerle al corriente de todo ello, al tiempo que escuchaba las sugerencias y aspiraciones de esa Asociación sobre el asunto, en cuya justa solución este Departamento está sinceramente interesado.

Sin otro particular reciba un cordial saludo,

Reyes Mate

Reyes Mate

EL EXAMEN BIOMECANICO Y ANALISIS DE LA MARCHA

J. F. SMEKENS-BRUSELAS

El Secretario de la Asociación Española de Podólogos, Juan José Araolaza hace entrega de la estatuilla representativa del Congreso Internacional, al ponente Monsieur Jean F. SMEKENS en presencia del Presidente de la Asociación Italiana de Podólogos Giulio Zanneti.

La biomecánica del miembro inferior ha sido objeto de numerosos estudios e investigaciones de estos últimos años. Varias obras de referencia han sido publicadas sobre todo en los Estados Unidos.

En la práctica todos estos trabajos han permitido elaborar una técnica de exámen podológico permitiendo entender la estructura y la función de los diferentes segmentos del pié y su relación una con respecto a otra, así como su influencia sobre la rodilla, la pierna, la cadera y la columna vertebral.

La biomecánica podológica nos da la base para determinar la neutralidad, el equilibrio y la normalidad de la estructura del cuerpo y de su movimiento.

Este acercamiento científico del control del movimiento y de la posición del pié va a reemplazar los antiguos acercamientos empíricos.

Este examen biomecánico es un nuevo sistema de detección de los problemas a nivel del pié y de la pierna, permitiendo una aplicación terapeútica muy precisa, bien Ortósica, bien quirúrgica con un excelente pronóstico en cuanto a los resultados.

El hecho de andar en suelos artificiales llanos, con o sin zapatos requiere una estructura del pié en el cual el plano del antepié y el plano del talón sean paralelos entre ellos y paralelo al suelo.

Toda estructura que no tenga este para-

lelismo habrá que compensar bien a nivel de la articulación mediotarsiana, bien a nivel de la articulación sub-astragalina. Esto constituye la causa esencial de las deformaciones en piés planos valgos y en piés cavos. Los trabajos de Root, Orien y Weed, D.P.M. americanos, han sido determinantes en esta materia. Para poder conocer con precisión la etiología de los problemas al nivel de los piés y del miembro inferior debemos conocer la movilidad y la función de ciertas articulaciones claves.

Verificamos sucesivamente:

1º.— La flexión dorsal y plantar del primer radio.

2º.— La pronación y la supinación de la articulación sub-astragalina.

3º.— El varo y el valgo de la articulación metatarsiana.

4º.— La flexión dorsal y plantar del tobillo.

5º.— La torsión maleolar del tobillo.

6º.— La rotación interna y externa de la cadera.

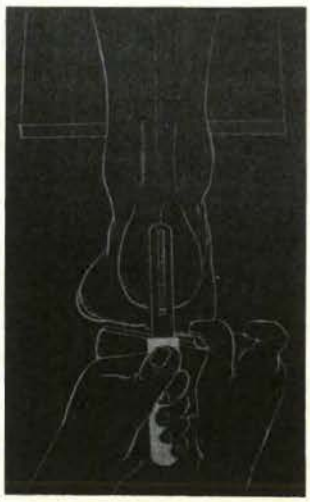
Examinar es un arte y como todo arte, requiere una comprensión de ciertos principios de base y un estudio práctico de su técnica.

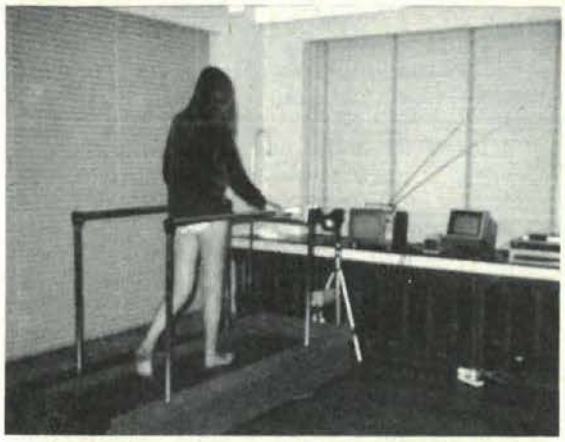
Veamos la técnica de estas medidas y su significación clínica.

I.— La articulación del primer radio:

Este primer radio se compone de la primera cuña y del primer metatarsiano.

Es normal que la cabeza del primer metatarsiano posea una movilidad de 5 mm. en flexión dorsal y de 5 mm. en flexión plantar. Para medir esta flexión, hay que tomar la cabeza metatarsiana entre el pulgar y el indice en una mano y las cabezas metatarsianas 2 a 5 entre el pulgar y el índice de la otra mano, después volver a empujar dorsal-





mente y plantarmente y comparar los niveles. Cuando medimos más de 5 mm. de flexión dorsal, permite una pronación más importante en propulsión. Pero en propulsión, como se ve aquí la posición del pié debe ser en supinación, para que pueda ser una palanca rígida que levante el peso del cuerpo sin deformar el antepié. Por el contrario, la pronación significa que el pié es un adaptador móvil y ligero. Si en propulsión, el pié está en pronación, o sea, adaptador móvil y ligero, levantará el peso del cuerpo, pero provocando deformaciones articulares que pueden alcanzar destrucciones de esta importancia.

Cuando nosotros medimos más de 5 mm. de flexión plantar, será la causa de una supinación exagerada en propulsión. Esta será la causa de una inestabilidad a nivel del tobillo, que provocará esguinces crónicos.

II.— La articulación sub-astragalina

Con el paciente en decúbito prono, trazar una línea bisectriz sobre el talón y el tercio inferior de la pierna con la sub-astragalina en posición neutra. Medir con la ayuda de un goniómetro el número de grados en supinación y en pronación.

La movilidad total de esta articulación es normalmente de 30º, 2/3 de supinación y 1/3 de pronación ó 20º de supinación y 10º de pronación.

La posición neutra separa la supinación y la pronación y está en el caso de una sub-astragalina normal de 0º.

Las sub-astragalinas normales son raras, sobre todo cuando hay patologías. La relación entre la supinación y la pronación pueden variar y dar a un pié una posición estática normal con un desequilibrio funcional, esencialmente en el mecanismo de amortiguación natural y el organismo en su búsqueda de compensación, creará dolores a nivel de la rodilla y de la espalda.

III.— La articulación metatarsiana

Esta medida revela la posición del antepié en relación al plano plantar del talón. Con

el paciente, siempre en decúbito prono, colocar la sub-astragalina en posición neutra y poner la mediotarsiana en pronación total. Medir el plano del antepié en relación con la parte posterior del pié.

Como ya lo hemos dicho, para poder moverse sobre el suelo artificial, sin compensación, el plano plantar del antepié y del talón deben estar paralelos.

Cuando el antepié presenta una inversión en relación al talón, es decir que el primer radio está más alto que el quinto, tenemos un antepié varo. La posición en eversión será por supuesto, un antepié valgo.

En el antepié varo, con el fin de poder poner el primer radio sobre el suelo al andar, la articulación sub-astragalina deberá compensar con una eversión, dando al conjunto del pié un aspecto de pié plano.

En el antepié valgo, cuando la cabeza del 5º metatarsiano está en el suelo, tehdremos una compensación en inversión a nivel de la sub-astragalina dando al pié el aspecto de pié cavo. Si queremos designar estas afecciones del pié, no tanto por su aspecto, sino por su causa, llamaremos al pié plano, un antepié varo compensado y el pié cavo un antepié valgo compensado.

Conocemos todos los efectos nefastos de estos dos tipos de afecciones, que me parece superfluo citarlos.

IV.— La flexión dorsal y plantar del tobillo

Con el paciente en decúbito prono tomar la articulación en flexión dorsal con la ayuda del paciente, guardando la sub-astragalina en posición neutra. Medir el ángulo que el peroné forma con el borde plantar externo del pié. Durante la marcha normal debemos disponer de un mínimo de 10º de flexión dorsal al nivel del tobillo.

Cuando tenemos un talón que se levanta demasiado pronto, porque tenemos un triceps sural demasiado corto, disminuimos el tiempo de función del talón y prolongamos el tiempo de carga del antepié. Esta es una de las causas primordiales de las metatarsalgias. Estas no son debidas, en la mayoría de los casos, a una sobrecarga del antepié, sino a una función demasiado prolongada en el tiempo del antepié y nunca a un hundimiento de este arco transversal anterior, que además no existe.

Pero esta falta de flexión dorsal es responsable de la afección inutilizante del pié, es decir, el pié equino compensado o lo que llamamos hasta ahora el pié plano valgo.

Cuando el acortamiento del triceps sural es de origen congénito, desde los primeros pasos de la infancia la sub-astragalina, se pone en pronación para paliar la falta de flexión dorsal a nivel del tobillo. Cuando ya no hay posibilidad de pronación se compensará alrededor del mediotarsiano, por medio de una pronación al objeto de permitir se ganen algunos grados de flexión dorsal, la destrucción del arco longitudinal puede llegar hasta el pié convexo y veremos como las rodillas se ponen en recurvatum para intentar compensar esta ausencia de flexión dorsal.

V.— La torsión maleolar

Con el paciente en decúbito supino, coloque la pierna con la parte posterior de los cóndilos femorales a distancia iguales de la superficie de la mesa. Ponga el tobillo en flexión dorsal a 90º, mida la relación maleolo interno, maleolo externo.

En la marcha nuestros piés forman un ángulo de 30, este es debido a la torsión de los maleolos que debe ser de 15º por pié. Cuando este ángulo es inferior a 15º, la sub-astragalina compensa con una pronación; cuando este ángulo es superior a 15º, la sub-astragalina sufrirá una pronación por sobrecarga.

El mismo fenómeno se producirá cuando exista una rotación interna o externa a nivel de la cadera. Una cadera normal posee 35º de rotación transversal externa.

Cuando la torsión maleolar o la rotación de la cadera presenta una anomalía unilateral, la repercusión se hará más importante a nivel de la antepulsión o de la retropulsión de la pelvis con todas las consecuencias que esto pueda acarrear a nivel de la región lumbar y raquidea.

En estática, medimos, con el paciente de pié en la base y el ángulo de marcha, la relación del calcáneo con el suelo, con la subposición relajada, después con la sub-astragalina en posición neutra. Verificamos igualmente la posición de la tibia en valgo o en varo, así como el flexum o el recurvatum de las rodillas.

Este examen biomecánico será completado por un análisis de la marcha o un análisis de la carrera si se trata de un atleta. Al contacto del talón, buscaremos 4 y 5º de pro-

nación de la sub-astragalina, prueba de la absorción de los golpes.

En fase de apoyo evaluaremos la pronación total de la sub-astragalina. Si es excesiva, es decir más de 8º, puede ser responsable de una tendinitis aquiliana por una angulación del tendón y provocar una tenosinovitis o una aponeuritis o una tendinitis al nivel del tunel tarsiano.

Por la eversión de más de 10º del calcáneo, puede resultar una periostitis de las cavidades anteriores y posteriores profundas de la pierna.

Cuando el muslo por una posición o una torsión externa del fémur no puede seguir una rotación interna de la pierna causada por una pronación exagerada de la sub-astragalia y del mediotarso, se produce una torsión a nivel de la rodilla aumentando el ángulo del tendón rotuliano, provocando una superposición de los tendones de los músculos de la pata de ganso, y obligando a la rótula a desviar creando tendinitis y condromalacias.

Esta superposición puede incluso provocar una bursitis bajo la banda ilio-tibial inferior de la fascia lata e igualmente a nivel de la banda superior a su paso sobre la cresta iliaca.

¿Qué tratamiento podemos poner para frenar estas pronaciones excesivas?. Una plantilla que llamamos Ortesis funcional.

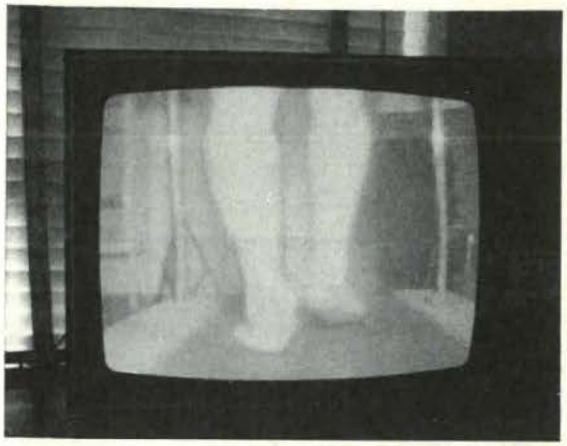
Esta Ortesis tiene como primera particularidad de no sostener **jamas** la bóveda plantar, sea en material rígido o en material blando. En segundo lugar, debe permitir crear la amortiguación al contacto del talón de 4 ó 5º de pronación en la sub-astragalina. Este movimiento es posible gracias al plano inclinado del "posting" de la ortesis.

En tercer lugar debe propiciar la resupinación en propulsión dando estabilidad al primer radio. Esto se realiza por una acción de estimulación del peróneo lateral largo.

He aquí una sub-astragalina en pronación, hay una hipermovilidad del primer radio vean el pequeño vector dorsal. Sin embargo la supinación de la sub-astragalina, por su acción estimuladora sobre el primer radio (veamos la importancia del vector plantar) da una estabilidad y mantiene la cabeza del primer metatarsiano en el suelo. En algunos casos ponemos la sub-astragalina hasta 5º en inversión, lo que tiene por efecto aumentar la estimulación de peróneo lateral largo y crear una flexión plantar en el primer radio más estable aún.

La Ortesis será recortada en su parte mediana de forma que permita al primer radio realizar su flexión plantar.

La electrodinamografía nos ha permitido poner en evidencia esta posibilidad de corrección. Con ayuda de siete reglas graduadas de apretura colocadas en la cara



plantar y de un ordenador, medimos la función del pié en el zapato.

Así conseguimos curvas de fuerza que permiten comparar, además la función del primer radio con y sin ortesis.

He aquí e caso de una paciente de 13 años, con un antepié vano compensado o que llaman Vds. un pié valgo. Pueden observar que sobre las curvas de fuerza del bajo donde hemos estimulado el peróneo lateral largo por una Ortesis funcional la fuerza del primer radio es más importante que sobre la fuerza de la curva del alto. Las curvas del bajo prueban que el efecto buscado esta conseguido. El primer radio está de nuevo estable.

Este informe no nos ha permitido entrar en ciertos detalles del examen del pié y del análisis de la marcha, pero decimos en conclusión que tiene el mismo valor para un tratamiento podológico que sea quirúrgico u ostótico, así como el análisis de sangre y orina para tratamientos de medicina interna.

BIBLIOGRAFIA

— **Biomechanical Examination of the Foot Vol. I** (1971) Root, M. L.; Orien, W.P.; Weed, J. H. (Clinical Biomechanics Corporation Publishing, Los Angeles.

— **Neutral Position - Negative Casting Techniques** (1971) Root, M. L.; Orien, W. P.; Weed, J. H. (Clinical Biomechanics Corporation Publishing - Los Angeles).

— **Normal and Abnormal function of the Foot**, Vol. II (1977) Root, M. L.; Orien, W. P.; Weed, J. H. (Clinical Biomechanics Corporation Publishing - Los Angeles)

— **A Compendium of Podiatric Biomechanics** (1971) Sgarlato, T. E. (California College of Podiatric Medecine - San Francisco)

— **Podiatric Sports Medecine**, (1975) Subotnick, T. Z. (Futura - Los Angeles)

— **Orthosis Function** (1981), Weed, J. H. Biomechanics Course IV (California College of Podiatric Medicine - San Francisco)

CURRICULUM VITAE

J. F. SMEKENS

EDUCATION

1963:
Certificate of Professional qualification delivered by the National Ministery of Education and Culture.
1965:
Certificate of Pedagogie to teach Podology delivered by the "Ecole Normale Provinciale d'Enseignement Technique" in Brussels.

PROFESSIONAL LICENSES

1972 - 74:
Postgradueted courses in Orthonyx, Orthodigital Therapy, Local Analgesia and Nail Surgery in London.
1975 - 78:
Courses in Biomechanics at the Podiatry Association LTD in the U.K.
1978 - 81:
Seminaries and stages in "Biomechanics" in America
— Pennsylvania College of Podiatric Medecine in Phyladelphia
— California College of Podiatric Medecine in San Francisco

PROFESSIONAL APPOINTMENTS

Chargé de cours at the "Association Belge des Podologues"
(Biomechanics)

French translation of Merton L. ROOT, D.P.M. - William P. ORIEN, D.P.M. - John H. WEED, D.P.M. work:
Volume I: BIOMECHANICAL EXAMINATION OF THE FOOT
Volume II: CLINICAL BIOMECHANICS - NORMAL AND ABNORMAL FUNCTIONS OF THE FOOT

PROFESSIONAL MEMBERSHIP

Member of the "Association Belge des Podologues" - Belgium
"Podiatry Association LTD" - U.K.
"Société Scientifique Belge de Médecine Orthopédique pluridisciplinaire" - Belgium

NOTA NECROLOGICA

En Badajoz, donde residía, falleció el compañero Rafael Pando Salguero. A sus familiares y amigos nuestro más sentido pésame.

NOTA DE LA REDACCION

En el Acta de Junta Directiva publicada en la anterior Revista se citaban problemas con la administración de la Asociación. Para evitar falsas interpretaciones, deseamos puntualizar que dichos problemas eran imputables a la labor del anterior administrativo, (empleado). Esperemos que con el actual se normalice la situación.

Todo el curso de asociados y recibos se efectuaban por medio de una entidad y a través del ordenador. Dicha entidad ha perdido datos y mezclado información por lo que ha ocasionado un gran perjuicio de organización.

Rogamos disculpen todos los problemas que ha originado en cuanto a la recepción de la revista y confección de recibos.

Estamos a la espera de poder contar con un listado sin errores para poder publicar el anuario correspondiente al actual.

No hay que dar pie a los hongos

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

Bayer

ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACION EN OCTUBRE

Al no haberse celebrado Asamblea de la Asociación Española de Podólogos durante la celebración del Congreso Internacional de Barcelona, por acuerdo de Junta Directiva se celebrará **en Madrid el día 5 de Octubre.**

Para que el desplazamiento sea más provechoso, la Asociación Madrileña se ha responsabilizado de organizar un curso de Patología Vascular para Podólogos en el que intervendrán prestigiosos especialistas del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (Dr. J. A. Jimenez Cossio) de la Ciudad Sanitaria "La Paz".

Este curso se desarrollará durante la mañana, y a la tarde se celebrará la Asamblea de la Asociación Española.

El programa incluye comida de trabajo y cena de hermandad.

El precio, comprendiendo café y pastas a media mañana, la comida de trabajo y la cena es el siguiente:

Podólogos asociados	5.000 ptas.
Estudiantes asociados	4.000 ptas.
Podólogos no asociados	10.000 ptas.
Estudiante no asociado	6.000 ptas.

Para inscribirte has de enviar un talón por el importe que resulte según que vengas solo, acompañado, etc. con una nota con tus datos para remitirte por correo las invitaciones y poder confeccionarte el Diploma.

PROGRAMA

II CURSO DE PATOLOGIA VASCULAR PARA PODOLOGOS

TEMA: DIAGNOSTICO VASCULAR EN PODOLOGIA

SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
(DR. J. A. JIMENEZ COSSIO)
CIUDAD SANITARIA "LA PAZ" —MADRID—

ASOCIACION MADRILEÑA DE PODOLOGOS

LUGAR DE CELEBRACION:
AULA MAGNA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD AUTONOMA
C/ ARZOBISPO MORCILLO S/N
(detrás de "La Paz")

MADRID, 5 DE OCTUBRE DE 1985

8,45.— Entrega de documentación.

9,15.— Apertura del curso por el Ilustrísimo Sr. Decano de la Facultad de Medicina Dr. D. Andrés Cerdán Vallejo.

9,30.— Conceptos anatomofisiológicos del sistema vascular.
Dr. Pedro Magallón.

9,45.— Métodos diagnósticos incruentos en patologia vascular (ultrasonidos-doppler, pletismografía, etc.).
Dr. G. España.

10,15.— Métodos diagnósticos cruentos en patología vascular (Arteriografía, flebografía, linfografía).
Dr. A. Hernández.

10,30.— Cuidados del pié en la arteriopatía crónica.
Dr. L. Saez.

11,00.— Coloquio.

11,15.— Café.

11,45.— Trastornos venosos y linfáticos de interés podológico.
Dr. F. Minguela.

12,15.— Pié diabético.
Dr. V. Hermoso.

12,30.— Patología vascular en la consulta de podología.
Antonio Cros Palencia —podólogo—

12,45.— Trastornos neurológicos con repercusión en el pié.
Dr. P. Barreiro.

13,15.— Los edemas en las extremidades inferiores.
Dr. J. A. Jiménez Cossio.

13,45.— Coloquio, resumen y conclusiones.

14,00.— Conferencia magistral.
Dr. A. Viladot Perice.

14,30.— Comida de trabajo en la Facultad.

16,00.— Asamblea de la Asociación Española de Podólogos.

21,00.— Cena-lunch en el Castillo de Manzanares el Real (sin confirmar).

Los diplomas a los asistentes se entregarán en el último acto.

INFORMACION E INSCRIPCIONES:
ASOCIACION MADRILEÑA DE PODOLOGOS
GRAN VIA, 33 - 7º nº 2
TELF. 231 50 44
28013 MADRID

CARTAS A LA REDACCION

CON REFLEXION, PERO SIN MIEDO

Carta abierta a Antonio O. Asensio.

Querido compañero: En el num. 96 de la Revista Española de Podología correspondiente a los meses de Noviembre y Diciembre, publicas un artículo con referencia al Congreso de Cádiz, en el que mezclas, si me permites, muchas cosas, y que me gustaría puntualizarte con el debido respeto.

En general, hay una palabra machacona en el contexto de tu artículo: MIEDO.

Considero al miedo mal consejero, y mi propuesta sería, la *reflexión, formación, confianza* y *decisión.*

Sintetizando y clasificando tus "miedos", entiendo que te refieres a tres cuestiones diferentes.

La primera muestra tu miedo a la publicación del Decreto a cualquier precio y lo que suponga de pérdida de funciones.

Como componente de la Junta Directiva he de apenarme que tengas ese concepto del esfuerzo que estamos realizando. De conseguir el Decreto a cualquier precio, nada de nada.

De examinar la redacción con lupa, de pedir informe a técnicos, e intentar modificarlo asegurando lo bueno del anterior y mejorar el futuro del podólogo, todo.

En la revista núm. 97 tienes la redacción de las modificaciones que apoyamos. No nos apoyamos en ideas ambiguas y que entran en el terreno de lo opinable cuando creemos que si sale con este articulado, el Decreto es bueno. Otra cuestión es que consigamos lo que deseamos y esto entra dentro de nuestro poder como grupo de *presión* y de nuestra capacidad de persuación. Y esto no lo podemos inventar: Hay lo que hay.

Hubiera sido más honesto por tu parte indicaras en qué parte de la redacción del proyecto de Decreto sustentas tu miedo y así explicaras tus razones. Si no es así induces a pensar que es un problema particular de tu personalidad.

Otro tema de tu artículo se refiere a la Organización de los Congresos.

En una cuestión de tu escrito estoy de acuerdo contigo.

La base fundamental de los Congresos son las *Ponencias.*

Un compañero que se decide a presentar una ponencia, si lo suponemos responsable de su tarea, ha de invertir dinero, tiempo y esfuerzo en su preparación. La organización del Congreso que le ha admitido en su programa, no le va a eximir sin embargo del pago de su inscripción ni de ningún otro costo. Eso si, le va a entregar un recuerdo en forma de placa u otro objeto, en el que a veces no consta ni su nombre ni el motivo por el que se le da, y otras veces puede que se le considere como *organizador* del Congreso según consta en la placa. De todo hay.

Contrasta esta política con la que normalmente se realiza en la celebración de Jornadas o cursos que organizan las diversas asociaciones regionales en las que el ponente acude en la mayoría de los casos con los gastos pagados, en justa compensación a su esfuerzo.

Mayor contraste aún en el resultado económico de los acontecimientos que estamos comparando, cuando a pesar del lógico menor número de asistentes, de las discretas cuotas de inscripción y del menor ingreso por la exposición comercial, todas ellas confiesan superavit, y es de resaltar que desde el Congreso de Castellón incluido, todos declaran déficit y algunos importante.

Soy de la opinión por lo tanto, que al ponente hay que exigirle seriedad y rigor en su trabajo, pero también hay que compensarle eco-

nómicamente por su esfuerzo eximiéndole por lo menos de la cuota de inscripción.

En cuanto a tu opinión contraria a traer profesionales de otras latitudes, te diré que no me parece mal si está justificada la valía de lo que se trae. Es realmente importante la comunicación de la podología internacional, y si la persona que traemos conlleva una aportación que nos es necesaria para nuestra formación, supongo que es mejor desplazarle a esa persona que acudir un grupo a su nación de origen.

Si me preguntan en concreto por mi opinión sobre la asistencia de Albert Brown al Congreso de Cádiz, te diré que encuentro justificado el gasto porque esta persona forma parte fundamental en el desarrollo de la cirugía de la mínima incisión de E.E.U.U. y nosotros estamos aún en los albores.

Cuando la Agrupación organizó el viaje a E.E.U.U. en el año 75 los que acudimos pudimos comprobar la realización de esta cirugía que junto a la técnica del fenol fueron unas aportaciones fundamentales para los podólogos españoles, pero en aquel momento, nadie pensaba incorporar esta cirugía sobre hueso, y ha sido necesario que hombres determinados estuvieran en contacto constante con ellos, y realizar más de un viaje, para que alentados por ellos vieramos la posibilidad de realizar estas técnicas y ahora todos listos.

Dices haber observado falta de asepsia en las intervenciones, y la verdad es que yo no estuve presente, pero por un lado las películas que ví, y por otro el conocimiento del lugar en que se realizó (Clínica) y por otro la asistencia de personas de formación hospitalaria, me inclinan a pensar que tu apreciación puede ser exagerada.

Y entrando ya en el tema de la cirugía mínima, das a entender que estás de acuerdo en las técnicas en las que se trata de reducir el volumen de la parte ósea que plantea el conflicto, y me alegra que pienses así, porque los que vamos describiendo y animando a los compañeros para que incorporen estas técnicas, nos encontramos frecuentemente con actitudes contrarias u hostiles por considerar nos entrometemos en campos profesionales ajenos.

Y efectivamente puede ser discutible con la reglamentación en la mano, la licencia a realizar estas técnicas no contempladas en el Decreto del año 62; pero la formación, avance y desarrollo de una profesión no es algo estático sino dinámico, y cuanto más, mejor para la profesión y nuestros pacientes.

Estas técnicas son perfectamente asumibles en el contexto general de nuestra profesión, no las emplean otros profesionales de la medicina y tienen ventajas ostensibles sobre otras técnicas de cirugía abierta, y son de indudable óptimo resultado.

La postura legalista que critica estas actuaciones porque no están explicitamente indicadas en nuestro ordenamiento legal, no deja de ser una postura cómoda y retrógada ya que amenaza con toda clase de desventuras a los insensatos que se atreven con ella, pero que no dudará en incorporar, y con todo engreimiento, cuando la ley ampara reglamentariamente como quehacer propio del podólogo. Pero estas personas son sobradamente conocidas y no es casualidad su postura en este caso.

No todos los podólogos tienen obligación de realizar esta técnica, y no son menos podólogos por ello. Es perfectamente respetable su postura, siempre que también respeten la de los que lo hacemos.

Lo importante es hacerlo bien cuando se hace, prepararnos para ello y no ser chapuza. Hay que dar toda la importancia que tiene y realizar con las exigencias necesarias a toda intervención en la que no cabe error ni descuido.

Por lo mismo es necesario actuar en un medio en el que el radioagnóstico, instrumental apropiado, asepsia y conocimiento anatómico sea imprescindible.

La formación debería de incluir su asistencia, ayudantía y ser titular de la intervención con profesional experimentado a su lado; sería el método más apropiado para evitar errores.

Parece por último que muestras opinión disconforme con la técnica del Hallux-Valgus, tenotomía y osteotomía de la falange, y no pienso discutirte tu opinión, ya que mi visión de la cirugía mínima va por otro lado, pero puedo asegurarte que a un familiar mío, le ha sido aplicada esta técnica por la gran angulación de su desviación, y la vigilancia constante que he tenido y los resultados a casi un año de su intervención dan un resultado francamente bueno.

Andar como un pato, es natural que lo hagan en su postoperatorio, pero puedo asegurarte de la benignidad del proceso y su resultado positivo.

Con saludos fraternales.

J. J. ARAOLAZA

TABURETE DENTAL

ANCAR

ROBUSTO - AGIL
ERGONOMICO

Asiento de goma espuma revestido en skai de primera calidad.

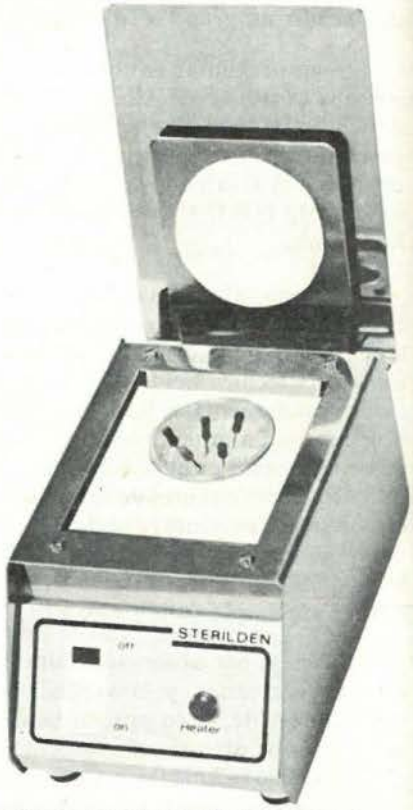
Regulación confínua altura asiento.

Comando manual.

Movimientos subida y bajada compensados y amortiguado mediante resorte a gas totalmente silencioso.

Brazo respaldo regulable vertical y lateralmente. Anillo base "chorreado" en cromo duro. Cinco ruedas deslizables en cualquier superficie (Moqueta, parket, mosaico). Partes metálicas cromadas.

Altura máxima 67 cms.
Altura mínima 47 cms.



ESTERILIZADOR

STERILDEN

POR BOLITAS DE CRISTAL

- Cómodo
- Estético
- Fabricado totalmente en acero inoxidable
- Ideal para esterilizar todo tipo de pequeño instrumental en un tiempo mínimo (máximo 15")

COMESA

Aragón, 239, pral.
Teléf. 215 78 56
BARCELONA

REFLEXIONES SOBRE LA TECNICA PODIATRICA AMERICANA

En la revista de Podología número 96, el compañero Antonio Asensio hace un comentario sobre la CIRUGIA DE INCISION MINIMA que quiero hacer unas puntualizaciones.

Sobre lo de invitar al Dr. Brown a dos congresos Nacionales, Alicante y Cádiz creo que es una acción muy acertada para la colectividad de podólogos, en primer lugar los Podólogos que escriben, dan ponencias sobre la Cirugía de Incisión mínima, pongo dos ejemplos: AYCART, dijo en Cádiz que llevaba una casuística de 250 casos, Evaristo Rodríguez Valverde tiene unos 400 casos operados, estos dos prestigiosos Podólogos se han gastado el dinero y han estudiado mucho, viajes a EE.UU., nosotros en Cádiz tuvimos la ocasión sin ir a America de conocer la TECNICA PODIATRICA AMERICANA, que insisto es una TECNICA AMERICANA. Lo de hacerlo ya es cuestión muy personal, el DPM (DOCTOR EN PODIATRIA MEDICINA) estuvo en Francia, en este país no PUEDEN HACER SANGRE, en la simple extirpación de un heloma, LOS PODOLOGOS ESPAÑOLES ESTAMOS FACULTADOS A LA CIRUGIA MENOR.

Ahora bien, para la CIRUGIA AMBULATORIA AMERICANA, en América llevan 20 años y siguen organizando Seminarios sobre esta cirugía, en el año 1985 en las Facultades de Podiatria organizan cursos para posgraduados, aquí en España los profesores de Cirugía podológica no lo hacen en las Escuelas. ¿Porqué no se hace? ¿Falta de preparación? y los que están bien preparados como no se los pone de profesores.

En los estudios de Podiatria en EE.UU. la Asignatura de Cirugía Podiatrica estudian y práctican la cirugía, aquí en España tiene mucho mérito que Podólogos que han estudiado, viajado y gastado, nos den lecciones sobre esta técnica podiatrica.

Para Practicar esta Cirugía, lo primero que hace falta es: ANATOMIA tanto disección de cadáveres como videos, libros, etc. seguimos con la ANESTESIA, básica para todo tipo de intervenciones. ASEPSIA. INSTRUMENTACION ADECUADA no sirve la Española. HAY QUE TENER TODOS LOS INSTRUMENTOS AMERICANOS, LIMAS DE POLOKOF, etc. las fresas no sirven las españolas, europeas.

Y como final conocer todas las técnicas americanas, ¿CUANDO SE HACE UNA OSTEOTOMIA PARCIAL? ¿CUANDO SE HACE UNA TENOTOMIA DE LOS EXTENSORES Y DE LOS FLEXORES? ¿CUANDO SE HACE UNA OSTEOTOMIA METATARSAL? ¿En que lugar, etc.?.

Mi opinión a los Podólogos españoles, que primero antes de hacer estas técnicas, es estar muy bien preparados tanto anatómicamente como el dominio de las técnicas, empezar por un heloma interdigital, dorsal, después de mucho dominio de estos. HALLUX VALGUS. OSTEOTOMIA METATARSALES, etc.

LUIS PASCUA SAN MIGUEL

PODOLOGIA Y DEPORTE

M. González Sanjuan
J. Aycart Testa

El pié es el territorio de investigacion para los estudiosos de esta rama de la Ciencia, siéndolo también, por extensión, del miembro inferior, su biomecánica y patología.

Dada la relación pié-actividad deportiva, esta exige siempre una respuesta estato-dinámica de los miembros inferiores (con excepción en el deporte del discapacitado), estableciéndose una relación tanto con el medio como con el calzado, es primordial la influencia del terreno donde se desarrolla la actividad deportiva, al igual que el calzado utilizado, considerado como elemento de protección o de adaptación del utillaje deportivo (cuchillas de patinaje, fijaciones del esquí, etc.).

La acción deportiva es siempre objeto de atención especial en investigación biomédica. La práctica habitual del deporte, no de competición, por individuos de todas las edades permite establecer unos parámetros biológicos que pueden ser tomados como valores de referencia, ya que la actividad física subraya el deseo de Salud psico-física y mejora de las condiciones de vida.

El análisis del deportista de alta competición permite establecer un incremento sobre aquellos umbrales, ampliándose el campo de investigación, en temas tan diversos como pueden ser: las variaciones de las fuerzas gravitatorias en el deporte aéreo, la aclimatación en el montañismo, la descompresión en el deporte subacuático, el análisis del electroencefalograma en el tirador, y en general los mecanismos homeostáticos que mantienen las constantes internas.

El pié es considerado como base o pilar de la bipedestación, siendo ésta signo fundamental de la dominización, más aún, en el proceso de la evolución se observa sucesivamente: la situación del orificio occipital, la aparición de curvaturas raquídeas, la proporción de la pelvis, y la estructura ósea del pié en íntima relación con el aumento de masa encefálica y la característica distribución de las áreas cerebrales.

No es pués aventurada la expresión "el pié hizó al hombre", y si físicamente hemos relacionado pié y deporte, se evidencia entre ellos otra dimensión al tener presente que "la acción deportiva es un modo de acción humana, exclusivo de la entidad biológica de su protagonista" (1).

Queremos dejar constancia de la atención que desde el punto de vista podológico se presta al pié con la reseña de las ponencias presentadas en Barcelona en nuestro Congreso Internacional:

— El electrodiagrama. Mr. A. P. Barcroft (Londres).
— El fútbol y su influencia en el desarrollo del pié. B. Vázquez Maldonado. (Barcelona).
— El pié y los atletas. J. Black. (Glasgow).

Significando estas ponencias el doce por ciento de contenido del Congreso. Es de destacar la categoría profesional y documentación de los ponentes, así como la complejidad de la instrumentación utilizada en las investigaciones. Del interés despertado en los asistentes quedó constancia por su participación en las mesas redondas celebradas.

---

(1) La acción deportiva. Dr. A. Múñoz. (Publicación del Ministerio de Cultura).

Nutraplus

Primera loción dermatológica emoliente y humectante con 10 % de UREA

FORMULA:

Cada 100 ml. contienen:

Urea	10.000 g
Monoestearato ácido de glicerol	1.125 g
Palmitato de isopropilo	0,750 g
Acido estearico	0,750 g
Propilparaben U.S.P.	0,100 g
Metilparaben U.S.P.	0,200 g
Polimero de Carboxivinilo	0,062 g
Agua purificada U.S.P., c.s.p.	100 ml

DOSIS Y FORMA DE EMPLEO:

Aplicar uniformemente **NUTRAPLUS** sobre la superficie de la piel reseca 2 o 3 veces al día. En caso necesario puede aumentarse el número de aplicaciones. La aplicación frecuente de **NUTRAPLUS** ayuda a mantener la piel suave y tersa.

PRESENTACION

Frasco de plástico conteniendo 215 ml.

Para una mejor hidratación de la piel seca

Presentado en España por:

ALCON-IBERHIS, S. A.

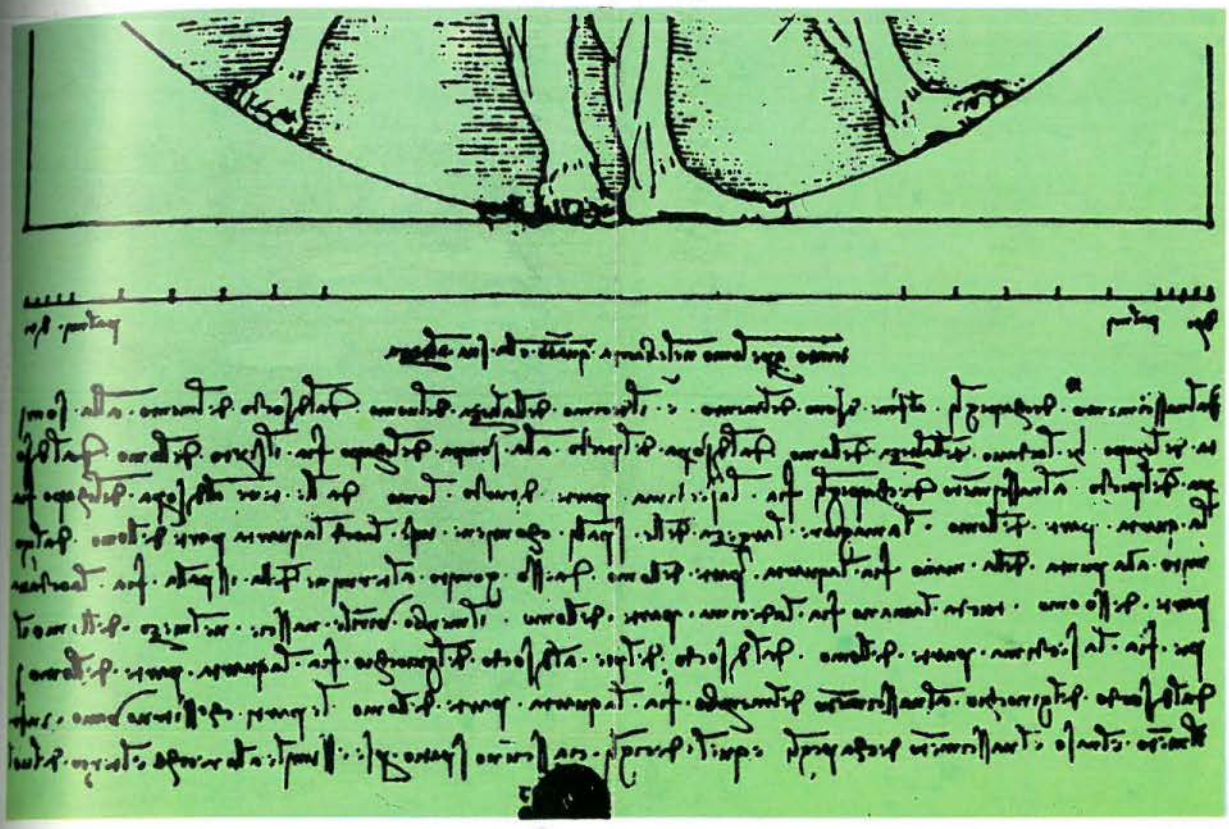
Aragoneses, 7 - Alcobendas (MADRID)

Telef. 652 70 00-88.99

Alcon

division dermatologica

FORT WORTH-TEXAS



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.E.P.
nº 99

MAYO-JUNIO
1985

Ref. 498

SILIKON

Silicona para ortosis podológicas.

Normas de manejo

Mezclar la pasta con el catalizador, presionando fuertemente en la palma de la mano, de 30 a 60 segundos hasta que la pasta absorba totalmente el catalizador. Posteriormente hacer una bola para eliminar las arrugas. La ortósis resultante ha de ser lisa y brillante.

La cantidad de catalizador influye en la rapidez de la vulcanización. A más gotas de catalizador, antes vulcaniza la mezcla. Si el resultado es rugoso, es que la mezcla no está bien hecha.

El SILIKON se presenta en un bote de 500 grs. y 2 catalizadores líquidos. En la actualidad es la Silicona más utilizada por todos los Podólogos de Europa e Hispanoamérica. En caso de no conocer nuestro producto, solicite una muestra gratuita y verá porqué el SILIKON pertenece a una nueva generación de las Siliconas utilizadas en Podología.

Lopez de Hoyos,142,5º. 28002 - Madrid - Telf.4131570

LUGA

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
Gran Vía, 33 - 7º
Teléfono 231 50 44
28013-MADRID

Director:
Sergio Bonamusa Mont
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime:
Reproducciones Bárcena
Mercedes Arteaga, 32
28019-MADRID

Empresa de Publicidad:
Garsi, S. L.
Londres, 17
28028-MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
Nº de SVR-215

SUMARIO

Ante el cambio de responsable de la revista, rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

OTRA VEZ EL CONSEJO. Y VAN....

No porque se nos haya olvidado ninguna de las veces en que el podólogo ha sido objeto del engaño, burla, desconsideración y desprecio del Consejo, sino por las veces que lo han intentado.

Es lamentable el perjuicio que históricamente ha realizado el Consejo contra la realidad y el futuro del Podólogo.

Y para ello no ha reparado en la utilización de los medios más burdos.

Nos es fiel nuestra memoria al recordar las luchas del tiempo de Ruidavest y colaboradores contra la figura de Escachs, la de Enrique Rodríguez y su desgraciado recurso contra nuestro Decreto, y nada digamos del actual con el que somos asombrados espectadores de sus idas y venidas.

Desde reuniones de reconcialiación y unidad en la acción con el sano objetivo de llevarnos al huerto (el suyo), acciones legales contra las organizaciones podológicas, informes negativos al Ministerio sobre proyecto de estudios universitarios de Podología, (con la misma visión negativa y de chapuza de siempre), nuevo intento de llevarnos a su huerto con teatrales Asambleas de Asesores de Podología en las que confiesa su cambio de actitud respecto a nuestra integración como especialidad de Enfermería, hasta la paralización de las reuniones con los representantes de los sectores interesados porque no iban con su idea.

En esa Europa comunitaria a la que nos hemos de adaptar, no están integradas la Podología y Enfermería en ningún caso.

Pero el nivel académico y profesional, el campo de actuación del Podólogo es muy diverso, y la generalidad va en nuestra contra porque a excepción de los Ingleses y Belgas, en las demás naciones el nivel del ejercicio de la profesión no nos va a ayudar nada sino todo lo contrario a la hora de reglamentar la nuestra en el sentido comparativo.

Esta es una de las muchas razones importantes para que aunemos esfuerzos y presionemos en el Ministerio para que la aprobación de nuestro Decreto se realice este año.

Todos los sectores implicados en la Podología son conscientes de la gravedad del momento, e incluso el CEIP que ha mantenido una postura no coincidente hasta el momento, es ahora de la misma opinión y presiona al Consejo en el mismo sentido.

De una forma o de otra, la Podología tomará un camino propio e independiente de la Enfermería y siendo esto así ¿Será posible que el Consejo no preste su apoyo para que la situación futura de la Podología sea la mejor posible?

¿Prefieren acabar de recorrer el camino común jugando el papel de villanos y enemigos históricos de la Podología?

La respuesta no la tenemos nosotros.

TRATAMIENTO POR ESTIMULACION FISICA PLANTAR EN LA INFANCIA

Por: Andrés Rueda Sánchez
Barcelona

Agradezco la presencia de todos Vds. presentes en este acto, que una vez más nos reune para comentar experiencias y profundizar sobre temas profesionales, que a buen seguro, y tras su análisis nos han de servir para pulir nuestros conocimientos o adquirir nuevas orientaciones terapeúticas de forma que entre todos podamos colaborar en el mantenimiento de la salud de los piés de nuestros pacientes, elevando el confort general de bienestar físico, en el que sin duda los piés tienen un protagonismo por derecho propio, y que tenemos que ser los podólogos quienes desde nuestra profesión y campo profesional nos hagamos merecedores de la confianza y responsabilidad que la sociedad en general nos deposita cada día más y a la que no podemos ni debemos defraudar.

El objeto de mi presencia aquí es exponer a Vds. el análisis y la experiencia de un tipo de tratamiento basado en el desencadenamiento de la actividad muscular que orientada de la forma conveniente, y que previamente ha sido estudiada, provoque una respuesta que sea aprovechada para la reeducación postural del pié.

Dentro de lo que es el sistema músculo-esquelético, los músculos, en lo que respecta al pié, son considerados como el tercer elemento responsable para el mantenimiento de la posición anatómica correcta, encontrándose actividad de sostén en ellos sólo cuando la carga recae fuera del triángulo de sustentación y en los primeros instantes de producirse el desequilibrio.

Sabido es también, que dada la característica de elasticidad del músculo, está sujeto a modificaciones en cuanto a su longitud, según sean sometidos a trabajos en acortamiento o elongaciones de formas continuadas o sistemáticas (Borelli y Weber-Fick).

De todo lo anteriormente expuesto se desprende que cuando encontramos alteraciones de la normalidad en el pié, estas producen modificaciones de los pares de fuerzas que sobre él actuan.

Por lo tanto, siempre que sea posible, los tratamientos de tipo ortopédico deberían de ir siempre acompañados de su correspondiente complemento rehabilitador.

Expuestas estas consideraciones previas, paso a exponer el eje del tema que nos ocupa. Se basa en la provocación a nivel de la planta del pié el desencadenamiento del reflejo natural denominado reflejo flexor.

BASE FISIOLOGICA

Veamos de forma esquemática cual es la base fisiológica para el desencadenamiento del reflejo flexor.

Se desencadena por la estimulación de las terminaciones dolorosas por medio de un estímulo como pueda ser un pinchazo, calor intenso, frío o cualquier otro agente doloroso, aunque también se desencadena por las sensaciones de presión profunda. Es por esta etiología que numerosos tratadistas también le denominan "reflejo de huída" ó "reflejo nociceptivo".

El mecanismo es mediante la ascensión al cerebro a través de las raíces posteriores de la médula espinal por medio de la vía sensitiva de la señal estimuladora; el cerebro, tras identificar y clasificar esta señal, reconoce la percepción y

emite una respuesta que a través de las astas anteriores conecta con las neuronas motoras hacia los músculos de la zona agredida, respondiendo por medio de una contracción flexora con más o menos intensidad según sea la naturaleza del estímulo, alejando la zona del organismo agredida de la fuente emisora.

Para que esta respuesta sea posible, paralelamente el cerebro emite una señal de inhibición de los músculos antagonistas de estos flexores, mediante el denominado circuito de inhibición recíproca.

En íntima relación con la intensidad de la agresión estimuladora hay dos factores vitales a tener en cuenta que son el signo local y la posición final.

El principio del signo local hace referencia a que la posición final de separación en la respuesta flexora depende totalmente del punto de la piel que se ha estimulado, de manera que si se estimula otro, alejado tan sólo unos centímetros, la posición de retracción también será diferente.

El segundo factor es el denominado principio de la posición final, según el cual, después del estímulo, la posición final de la extremidad será la misma con independencia de la posición en que esta se encuentre cuando reciba el estímulo.

APLICACION EN PODOLOGIA DEL REFLEJO FLEXOR

Observaciones: para una eficacia terapeútica es necesario tener en cuenta algunos conceptos:

I) Provocar una respuesta motora moderada: una agresión en el estímulo excesivamente exagerada, también provocará una respuesta igualmente exagerada y difícil de controlar, por lo tanto, la estimulación será del tipo de "tacto ligero" o como máximo de presión profunda, según los individuos. Ha de ser suficiente como para despertar la huída.

II) Observación estricta del principio del signo local: para que la respuesta consiga una reeducación hacia una posición de normalidad, es imprescindible situar el estímulo en el punto exacto donde la respuesta flexora se provoque con los músculos que previamente hemos detectado en elongación y que actuen sobre los segmentos oseos adecuados.

III) Provocar trabajos musculares en carrera interna: para que exista una traducción en acortamiento con tendencia a la reestructuración de los pares de fuerzas.

IV) Selección del caso: basándose en a) el equilibrio y maduración psicomotriz: es importante que el sujeto paciente, en su valoración global nos muestre unos mínimos valores de coordinación en los movimientos y dominio de movimientos complejos. b) tipo de alteración: deben padecer alteraciones de las denominadas funciones, o sea, que sean corregibles mediante la contracción muscular. Deben rechazarse las deformaciones ortopédicas u osteo-articulares fijas.

Tipos de alteraciones susceptibles de este tratamiento.— Dentro del conjunto de las reseñadas anteriormente, hay algunas que se muestran especialmente agradecidas, como son:

a) piés valgos

b) piés insuficienes aplanados

c) varos e insuficiencias del grupo peroneos.

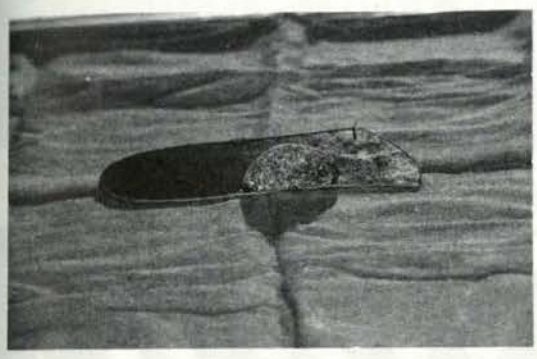
De las mencionadas son los piés valgos la indicación por excelencia, la respuesta se efectúa básicamente con un músculo potente como es el tibial posterior, además de que por la propia morfología del pié no hay problemas para la situación del elemento activador.

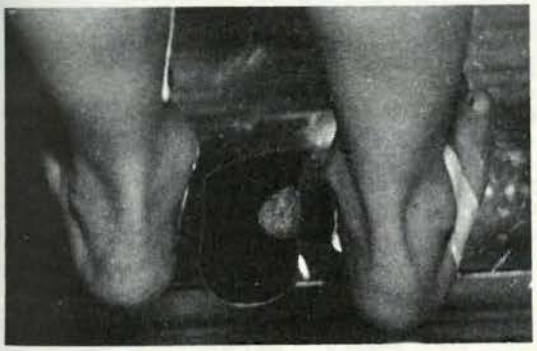
También vale la pena el comentar especialmente la respuesta positiva en las insuficiencias del grupo peroneos, concretamente en lo que a la recuperación tras padecer distensiones o esguinces en ligamentos lateral externo del tobillo que han precisado de inmovilizaciones.

Edad adecuada.— Siempre dependiente del estado de maduración psicomotriz, pero como norma general a partir de los ocho años y hasta los trece o catorce es el segmento ideal, no existiendo obstáculos para aconsejarse antes o despues en función de los criterios del profesional.

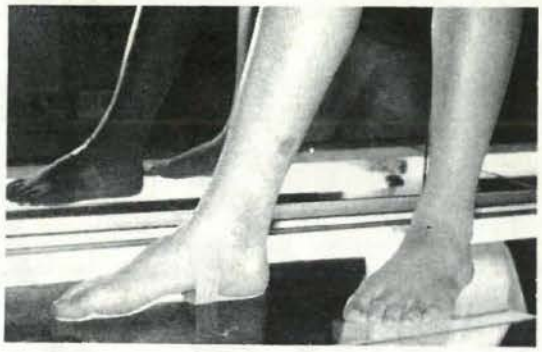
Como dato curioso quiero hacer mención especial de la excelente respuesta obtenida con las niñas de alrededor de los once años.

Materiales empleados.— La construcción de esta plantilla es mediante elementos, una base plana y el elemento activador. La base puede ser de cuero, sarpa o similares. El elemento activador son hemiesferas de cornylón, latex, corcho, etc... y su zona de contacto con el pié debe ser de alrededor de un centimetro cuadrado.





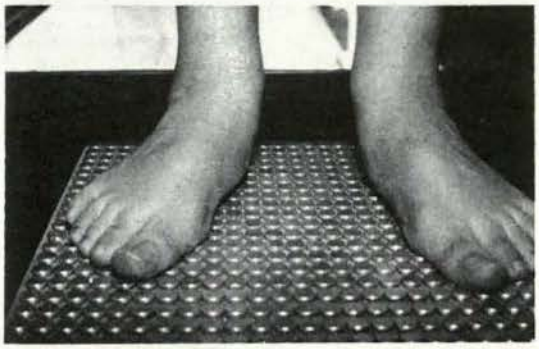
La altura de la hemiesfera debe ser hasta el contacto con la piel en posición de pié corregido.



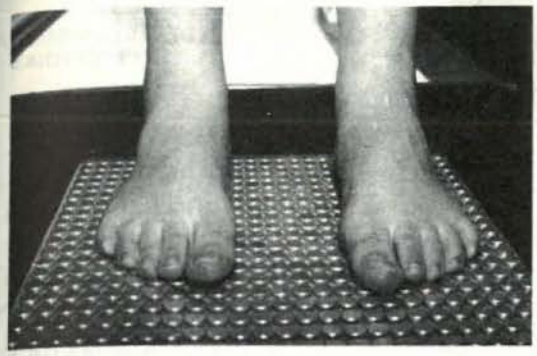
Tipo de calzado.— Puede utilizarse cualquier modelo que permita una movilidad suficiente del pié en su interior, siendo indiferente sus características de calidad. Personalmente me gusta de aconsejar calzado deportivo tipo "bamba", con lo que encuentro mejor disponibilidad por parte de los niños a soportar anímicamente mejor la posible molestia en los primeros días de uso del tratamiento.

Localización del signo local.— Es de vital importancia para no producir y atrogenía en el tratamiento. Siempre en la planta del pié.

a) valguismos: la ubicación idónea será en el borde del arco longitudinal interno, ligeramente retrasado de la tuberosidad del escafoides, en la zona que correspondería a la interlinea astrágalo-escafoidea.



b) insuficiencias/aplanamientos: en la zona plantar que coincide con la proyección vertical de la art. escafoides-2a. cuña.



c) varismos: se les provoca el reflejo actuando a nivel de la cara plantar del cuboides. Esta misma localización es la utilizada para las insuficiencias postraumáticas del grupo peroneos.

Método de aplicación.— Lo divido en tres fases o etapas:

a) aprendizaje

b) inicio de la marcha

c) normalización

El aprendizaje es simplemente enseñarle, sin ningún tipo de estímulo, el movimiento que posteriormente quiero conseguir mediante la autocorrección por la contracción muscular. Para ello, y en bipedestación, le invito a que contraiga los músculos de la zona hasta conseguir una posición anatómico-funcional correcta, manteniendo la posición de ocho a diez segundos. Es importante corregir las exageraciones de manera inmediata para evitar posteriormente desviaciones viciosas no convenientes.

A los niños que se muestran receptivos y equilibrados les sujeto la hemiesfera con esparadrapo y les ordeno caminar, podremos observar como aún y sin decirles nada, en cada apoyo unipodal realizan una autocorrección refleja y automática del pié.

Estos entrenamientos dinámicos con la hemiesfera sujeta con una cinta de esparadrapo les aconsejo que la realicen durante quince minutos diarios entre dos o tres semanas. Posteriormente pasan al uso normalizado de la plantilla dos o tres horas diarias, no existiendo inconvenientes para utilizarlas todo el día si es que se prescribe como único tratamiento.

Conclusiones.— Es importante que ante aquellos casos en los que el factor muscular esté afectado, no caigamos en el error de omitirlo en nuesro tratamiento, pues sin ningún tipo de duda este se alargará innecesariamente.

I) La prescripción de tratamientos por vía refleja debiera ser indicado siempre como:

a) tratamiento único en casos leves

b) tratamiento paralelo al uso de plantillas o soportes plantares ante deformaciones funcionales más graves.

II) Es un método para la rehabilitación del pié que no precisa de una dedicación especial de tiempo, pues se realiza de forma automática en cada paso.

III) Despierta en el niño la conciencia del control de su propio cuerpo, con lo que se refuerzan otras vías de reflejos automáticos, como son la noción del porte y la postura.

IV) Es de mínimo coste y máxima fiabilidad terapeútica.

Simplemente me basta el agradecerles su paciente escucha y con la humilde pretensión de que sólo a uno le haya parecido interesante ya me siento satisfecho.

Muchas gracias.

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

REGIMEN ESPECIAL DE AUTONOMOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Afortunadamente son cada vez más los compañeros que se dedican exclusivamente a la Podología.

Esto trae consigo que no puedan disponer de la cobertura de la Seguridad Social con sus prestaciones sanitarias y de jubilación.

Para poder acceder al régimen especial de Autónomos como profesional podólogo o como A.T.S., es necesario que el colectivo profesional solicite su inclusión al Gobierno.

Muchos de estos compañeros, al no poder hacerlo como Podólogo, ya que no les aceptan sacar una licencia fiscal de visitador comercial, de profesor particular, de taller de finisaje, etc., etc.

Ante la presentación de este problema a la Junta Directiva por parte de estos compañeros hemos pedido informe a la asesoría jurídica y lo publicamos para general conocimiento.

Javier Sánchez Domínguez
(Abogado)

ASUNTO: AFILIACION AL REGIMEN ESPECIAL DE AUTONOMOS

En primer lugar, y para las personas que indebidamente han estado cotizando al Régimen Especial de Autónomos, procede presentar la instancia que se acompaña, e interesar la devolución de las cuotas ingresadas hasta cinco años atrás, pasada esta fecha no procede devolución alguna.

Respecto a la posibilidad de que los Podólogos puedan afiliarse al Régimen Especial de Autónomos, hay que tener en cuenta el Real Decreto 2.504/80 de 24 de Octubre, que dice:

> La inclusión obligatoria en el régimen especial de aquellos trabajadores de esta naturaleza que para el ejercicio de su actividad profesional necesiten como requisito previo integrarse en un colegio o asociación profesional, se llevará a cabo **a solicitud de los órganos superiores de representación de dichas entidades** y mediante Orden Ministerial".

Por tanto, será la Asociación Española de Podólogos, como representante máximo de los podólogos, quien solicitará la inclusión del colectivo en un nuevo grupo dentro del Régimen Especial de Autónomos.

Tras hacer numerosas indagaciones sobre el modo en que se va a solicitar y tramitar la inclusión, y ante qué organismo se debe de presentar, hemos observado que en la actualidad hay un grave problema de competencias funcionariales debido a la restructuración de todo el organigrama de la Seguridad Social. Por ello, y tras evacuar consultas en la tesorería general de la Seguridad Social —Sr. Laso—, negociado de Autónomos —Jefe del Departamento D. Carlos Blanco—, y Servicio de Ordenación del Distrito Nacional de la Seguridad Social, Jefe del Servicio Norman López-Manzanares, hemos llegado a la conclusión de que debe presentarse un escrito solicitándose la afiliación del nuevo colectivo de podólogos, ante el Ministe-

rio de Trabajo, Secretaría General de la Seguridad Social.

El escrito solicitando la inclusión en el citado Régimen deberá de ir acompañado de un acta de la Asamblea General de los Podólogos en las que se acuerde llevar a cabo tal solicitud.

En cuanto al tiempo en que tardaría en producirse la Orden Ministerial por la que se aprueba la inclusión de los podólogos en el Régimen Especial de Autónomos, parece ser que no sería muy largo, pero hay que tener en cuenta que dada la inminencia de la reforma de la Seguridad Social, esto podría llevar aparejado un retraso hasta ver cómo encuadraban y regían los sistemas de afiliación.

En relación con las ventajas que lleva aparejada la inclusión en el Régimen, aparte de las sabidas en cuanto a prestaciones, hay que resaltar la de la reducción en los períodos de carencia, de tal modo que una persona que tuviese en la actualidad 60 años, podría jubilarse a los 65 sin necesidad de obtener los 10 años normales de carencia para la obtención de la pensión. La razón de esta reducción, se debe a principios de igualdad y de desagravio comparativos con otros sectores ya incluidos. Esta reducción en los períodos de carencia sería aplicable a todas las prestaciones que exigen un transcurso del tiempo para ser beneficiario de los derechos.

Estimamos que sin embargo, hay que meditar la cuestión de la obligatoriedad de la cotización, ya que el ingreso en su día en el Régimen Especial de autónomos, traerá como consecuencia la obligatoriedad de cotización de **todos** los podólogos que ejerzan actividades privadas. De este modo, si un podólogo estuviese trabajando en un centro de la Seguridad Social por las mañanas, y tuviese una consulta privada por las tardes, se vería en la obligación de cotizar al Régimen General de la Seguridad Social por su actividad laboral de la mañana, y **además** al Régimen Especial de autónomos por el ejercicio de su profesión por las tardes.

Por ello, habrá de ser tenida muy en cuenta esta situación, dado que lo que a unos podólogos puede beneficiar, a otros les perjudica, y, reiteramos, que la inclusión en el Régimen es para todos los podólogos, aunque no ejerzan o no estén interesados en practicar su actividad profesional libremente.

Si apesar de esta dificultad, se decide aprobar en asamblea la intención de solicitar la inclusión en el Régimen, habrá que redactar el acta y presentarla con el escrito a la mayor brevedad posible, con el fin de evitar nuevas dificultades que puedan derivarse de la reforma legislativa de pronta aparición.

JORNADAS Y CURSOS

II Congreso Andaluz de Podología

Jaén, Mayo de 1985

Querido compañero/a:

Nos ponemos en contacto contigo para comunicarte la proximidad del II CONGRESO ANDALUZ DE PODOLOGIA a celebrar en Jaén.

Es la primera vez que en Jaén va a tener lugar un Congreso de Podología, por lo que nuestra acogedora tierra; esta Ciudad del Santo Reino, envuelta entre olivares, está deseosa de que lleguen estas fechas, para brindarte bajo el eslogan "LA PODOLOGIA PASO A PASO", unos inolvidables días podológicos.

Hemos escogido el lema "LA PODOLOGIA PASO A PASO", porque algunos compañeros pensamos que últimamente se ha emprendido una veloz carrera, en los pasos de nuestra especialidad, olvidándonos a veces de la base de nuestra carrera. Por ello queremos hacer un minucioso recorrido de nuestras especializaciones, empezando por la quiropodía, hasta llegar a las técnicas más avanzadas de la cirugía del pié, cómo pueda ser la mínima incisión, pasando, por una podología clínica; laserterapia; magnetoterapia, etc. Pero sin olvidar nunca, que no podemos fracasar, que cuando emprendamos un camino, hemos de saber caminar por el mismo.

Esperamos poder ofrecerte un Congreso que puedas recordar siempre.

¡Tienes una cita en Jaén!

Un fuerte abrazo

EL COMITE ORGANIZADOR

XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
ZARAGOZA, 1986

Circular núm. 2

Queridos amigos y compañeros:

Nuevamente nos ponemos en contacto con vosotros, después de la aprobación del proyecto de Congreso por la Junta Directiva de la Asociación Española de Podólogos en su reunión de 15-6-85, para informar de la temática de este Congreso Nacional.

Hemos querido hacer un Congreso un poco distinto en el que se recojan los últimos avances científicos de nuestra profesión, las comunicaciones de experiencias personales y casos clínicos y el estudio socio-profesional de la Podología. En este orden, el Congreso estará formado por dos ponencias y dos cursos monográficos previos al mismo:

CURSO MONOGRAFICO I: "Métodos y sistemas diagnósticos y terapeúticos en Podología": Exploración, Biomecánica, Radiología, Terapeútica física, Farmacología, Quiropodología, Cirugía podológica, etc...

CURSO MONOGRAFICO II: "Ortopodología y Ortesiología": Materiales y confección de moldes, plantillas, ortesis y prótesis.

PONENCIA I: LA PROFESION DE PODOLOGO: Formación científica del Podólogo; Planes de estudio; Formación post-graduada; La investigación en Podología; Marco profesional de Podólogo; Formación humana del Podólogo; Deontología profesional e Intrusismo.

PONENCIA II: EL PODOLOGO EN LA SOCIEDAD: Necesidad social del Podólogo; El Podólogo en la Salud Pública Estatal, en los Planes de Salud de las diferentes Autonomías, en el Mercado Común Europeo, en las Organizaciones Internacionales de Salud (OMS).

COMUNICACIONES A LOS CURSOS MONOGRAFICOS: Se admitirán comunicaciones extensas (lo que se podría llamar una "conferencia"), pero se valorará de una manera muy especial la pequeña comunicación de uno o varios casos clínicos concretos. Tendrán una especial consideración los trabajos realizados en equipo, sobre todo si son auspiciados por una entidad Podológica de cualquier tipo (Escuela de Podólogos, Asociación Española, Asociaciones Autonómicas).

La Comisión científica será, en cualquier caso, quien determine los trabajos o comunicaciones que deban ser presentados en los Cursos, sin embargo se valorará muy especialmente la experiencia personal y el caso clínico; por ello estimulamos a todos los compañeros a que presenten ese caso difícil y la forma en que lograron solucionarlo.

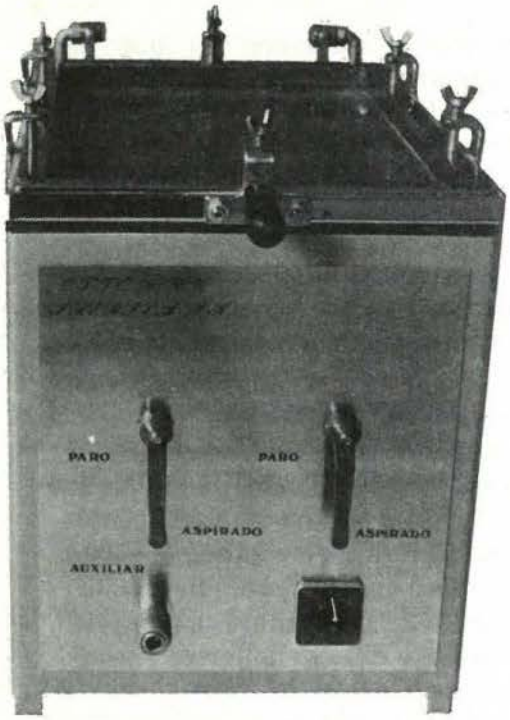
COMUNICACIONES A LAS PONENCIAS:

Las consideraciones hechas para los Cursos monográficos son válidas para las comunicaciones a las Ponencias, si bien hemos de recalcar la necesidad de ser extremadamente breves a fín de que quepan el mayor número de comunicaciones posibles. La extensión máxima de cada comunicación a cada Ponencia será de 10 minutos; a este tiempo se sumará un tiempo prudencial de réplica y contraréplica en el subsiguiente debate.

Como podeis ver, caben todo tipo de comunicaciones de nuestro extenso campo profesional; por ello, os animamos a que prepareis y envieis vuestros trabajos rápidamente a la siguiente dirección:

JOSE VALERO SALAS
Avda. Aragón, 51-3º Dcha.
ALCAÑIZ (Teruel)
Tfno.: (974) 83 2673

Sistema de vacío para el moldeo de termoplásticos.



El plástico a temperatura de moldeo es adaptado al molde de escayola por medio de una placa de goma al aplicar la succión.

El **Vacuum-Press,** permite, a través de la toma auxiliar, aplicar una serie de accesorios (disponibles) para el moldeado por vacío de férulas, ortesis de columna, plantillas, etc.

Las dimensiones de la placa base son de 33 cm. x 47 x 38 cm.

Conexión a la red, bifásico a 220 V.

Potencia del motor 3/4 CV.

Otto Bock
IBERICA S.A.

Pl. del Pastor, s/n
TRES CANTOS (MADRID)
Tfs.: 845 5211/531

XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
ZARAGOZA, 1986

Los trabajos se enviarán por triplicado ejemplar y acompañados de la autorización siguiente:

D. ..... PODOLOGO,

domiciliado en .....,

Ciudad ..... Provincia ..... Tfno. .....

presenta la siguiente Comunicación al XVIII Congreso Nacional de Podología "..... ....." (Título)

☐ Curso Monográfico I.

☐ Ponencia I.

☐ Curso Monográfico II.

☐ Ponencia II.

(Marcar con una X lo que corresponda)

Medios técnicos que precisará:

☐ Video VHS.

☐ Video Beta.

☐ Video 2.000.

☐ Super 8.

☐ Película 8.

☐ Diapositivas.

☐ Transparencias.

☐ Otros: (Indicar) .....

Duración estimada de la intervención ..... minutos.

El abajo firmante autoriza a la Asociación Española de Podólogos y/o al Comité Organizador del XVIII Congreso Nacional de Podología a la publicación de su trabajo o comunicación, renunciándo a cualquier tipo de compensación económica por este concepto.

Firmado .....

En una próxima circular pasaremos a informar ya del programa provisional de este Congreso que esperamos (y para ello estamos trabajando) sea inolvidable para todos los que vengan a pasar unos días a estas tierras aragonesas.

Un fuerte abrazo del

COMITE ORGANIZADOR

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA DE PODOLOGIA

— **SKIN DISEASES OF THE FOOT (DERMATOLOGIA DEL PIE)** de RICHARD GIBBS, editorial WARREN GREEN INC.— ST. LOUIS, MISSOURI, USA.— Año 1980.

Este libro de DERMATOLOGIA DEL PIE, en la segunda edición inglesa, de GIBBS profesor de Dermatología de la Universidad de NEW YORK es de gran interes para los Podólogos, nos presenta un exhaustivo programa de las enfermedades de los piés y sus tratamientos. Un capítulo interesantísimo son los tumores en el pié: Epitelioma basal, enfermedad de Bowns, fibromas, tumor glómico, neurofibroma, melanomas, pseudo tumores, keratosis seborreica.

Presenta varias fotografías en color para diagnóstico diferencial.

Este libro es de texto en las Facultades de Podiatría en América.

— **RADIOLOGY OF THE FOOT autor WEISSMAN, DP.** M., 1983, editorial WILLIAM WILKINS, BALTIMORE.— USA.—

Radiología del pié de WEISSMAN profesor de Podiatría de la Facultad de Filadelfia es un resumen de los cursos de Radiología del pié impartidos en esta Facultad de Podiatría.

El libro consta de los siguientes capítulos: Técnicas de rayos X., Pié normal. Biomecánica radiológica. Radiología en Podo-Pediatría. Deformidades metatarsales. Osteocondritis. Infecciones del pié Neurotrófico. Reumatología del pie. Traumatismos del pié. Tumores.

Un capítulo nuevo en Podología es ULTRASONOGRAFIA DEL PIE y la TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA.

Esperemos que este interesante libro escrito por unos podólogos y para los podólogos lo tengamos traduccido al castellano.

— **ATLAS DE DERMATOLOGIA** de **GERNOT RASSNER.— EDICIONES DOYMA.—**

Este libro los LABORATORIOS ISDIN HA OBSEQUIADO A LOS MEDICOS Y ALGUNOS PODOLOGOS.

— La casa FOOTMAN, Grove MI11, 475-479 LONDON ROAD.— MITCHAM CR44YP. ENGLAND, los podólogos que fueron al Congreso Internacional de Podología en Barcelona, verian el stand. Tiene una sección de Biblioteca y Videoteca en inglés para los Quiropodistas.

— **PRACTICAL ORTHOTICS FOR CHIROPODISTS.— PRACTICA DE ORTOTICOS PARA QUIROPODISTAS** de COATES, profesor de la Escuela de Quiropodia de Chelsea.— Londres. Precio 10,80 libras. 1983.
El libro consta: Principios de ortóticos, materiales adhesivos usados en Podología. ORTOSIS.— Correcciones ortodigitales con silicona. Evaluación. Padding, descargas metatarsales.

Construcción de plantillas. Ortopodología del pié valgus.

Medidas de las descargas del antepié, técnicas.

Modificaciones en el calzado. Termoplásticos. Técnicas. Técnicas con latex. Ortosis digitales. Moldes de escayola, técnicas. Ortosis para Valgus. Máquinas para la confección de plantillas correctivas, paliativas. Pulidoras.


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

— **FOOT AND ANKLE ANATOMY.— ATLAS DE ANATOMIA DEL PIE Y TOBILLO,** en color, precio 12 libras, 1984, de los pocos libros de Anatomía del pié que hay en el mercado de libros, ha sido uno en América sobre ANATOMIA DEL PIE, en español la Editorial Doyma tiene un atlas de Anatomía de disección pero es general.

Este libro de atlas de Anatomía del pié y tobillo está recomendado en los College de Podiatría de Norteamerica, indispensable para todo podólogo que se inicia o práctica la Cirugía podológica.

— **A COLOUR ATLAS OF COMMON OPERATIONS ON THE FOOT.—** 1984. **ATLAS EN COLOR DE CIRUGIA DEL PIE,** precio 12 libras. El libro de cirugía del pié consta: Preparación para la operación. Artrodesis en el HALLUX RIGIDUS. Artrodesis del dedo en martillo.— Osteotomia metatarsal, segundo meta. Osteotomia del Hallux valgus.— Quinto dedo varo. Neuroma plantar. Avulsión de la uña. Estas técnicas de Cirugía del pié están hechas desde la óptica de un cirujano ortopédico de la Universidad de Edimburgo.

La misma editorial tiene un libro en color sobre **ARTRODESIS DEL TOBILLO.**

— **DIAGNOSIS OF THE NAIL.— DIAGNOSTICO DE LAS UÑAS.** 1984. Precio 14 libras. Este interesantísimo libro sobre ONICOLOGIA, con fotografías en color de las 50 enfermedades de las uñas es de gran interés clínico, un diagnóstico diferencial entre una uña psoriásica y micótica, entre un melanoma y el hematoma subungueal es de gran importancia para un tratamiento correcto.

— **MONOGRAPHIES DE PODOLOGIE,** bajo la dirección de CLAUSTRE Y DE SIMON, en francés, EDITORIAL MASSON.

— **MONOGRAFIA DE PODOLOGIA NUMERO 1.—** PIED NORMAL ET METHODES DE EXPLORATION DU PIED, PIE NORMAL Y METODOS DE EXPLORACION DEL PIE, año 1981, 138 figuras. Estas cinco monografías de PODOLOGIA en francés son cursos monográficos celebrados en Francia por Cirujanos ortopédicos, Reumatólogos, Médicos rehabilitadores, anatomistas, cirujanos vasculares y alguna colaboración de un podólogo francés, esperemos que pronto sean traduccidas al castellano, ya que últimamente el libro de Radiología del pié, la Marcha han sido puesto en venta por la Editorial española.

— **MONOGRAFIA DE PODOLOGIA NUMERO 2.—** TROUBLES CONGENITAUX ET STATIQUES DU PIED ORTHESES PLANTAIRES.— ALTERACIONES CONGENITAS Y ESTATICAS DEL PIE, ORTOSIS PLANTARES. Año 1982.

— **MONOGRAFIA NUMERO 3.—** LE PIED EN PRACTIQUE RHUMATOLOGIQUE. PATHOLOGIE ARTICULAIRE.— EL PIE EN LA PRACTICA REUMATOLOGICA.— PATOLOGIA ARTICULAR.— Año 1983.

— **MONOGRAFIAS DE PODOLOGIA NUMERO 4.—** PIED NEUROLOGIQUE TROPHIQUE ET VASCULAIRE.— PIE NEUROLOGICO, TROFICO Y VASCULAR.— Año 1984.

— **MONOGRAFIAS DE PODOLOGIA NUMERO 5.—** LE PIED EN PRACTIQUE SPORTIVE. EL PIE EN LA PRACTICA DEPORTIVA. Año 1984.

Esta colección de puesta al día de distintas disciplinas de la PODOLOGIA MODERNA debe de formar parte de la BIBLIOTECA DEL PODOLOGO.

Luis Pascua San Miguel
Podólogo-León

CARTAS A LA REDACCION

Queridos compañeros:

Me dirijo a vosotros con el fin de que publiquéis el siguiente texto en el próximo número de nuestra revista, para que llegue a todos los podólogos interesados:

"Soy un compañero de Barcelona, que trabaja como podólogo en un Club de Fútbol y es por esto que mi relación profesional se centra principalmente en deportistas, la mayoría profesionales, del fútbol, basket, baloncesto, tenis, etc...

Siendo como es la podología deportiva una desconocida en España, me carteo con podólogos de la CEE y de Canadá. En uno de mis contactos con el profesor Smeken, de Bruselas, este me propuso contactar con podólogos españoles interesados en la podología deportiva a fin de crear un grupo de podólogos deportivos europeos a la manera de los EE.UU., para intercambiar datos, opiniones, etc.

Los interesados pueden ponerse en contacto conmigo en la siguiente dirección:

Bernat Vázquez
Servicio Médico
F.C. Barcelona
c/. Arístides Maillol, s/n
08028-BARCELONA

LAS METATARSALGIAS COMO FALLO DE LA BIOMECANICA EN EL ANTEPIE

Ponencia del Congreso Internacional de Podología

Por el Dr. Enrique-José RASO RODRIGUEZ

Ex-Profesor de Teoría Médica (1973-1983)
de la Escuela Oficial de Podología. Facultad de Medicina.
Universidad de Barcelona.

El pié, parte esencial para nuestra vida de relación, pilar fundamental de aparato locomotor, estrictamente vinculado a la persona individualidad psicosomática, está científicamente conformado, para que cumpla siempre con su función y ésta, sea cualquiera su modalidad de acción ha de traducirse, también siempre, en determinadas situaciones, de correcto apoyo.

Definiendo la biomecánica, como la parte de la biología que estudia las fuerzas mecánicas que actúan sobre los seres vivos, tanto estando éstos en reposo (bioestática) como durante sus movimientos y/o mientras se realizan los cambios de posición de organismos o parte de los mismos en desarrollo (biocinética) y a la par, considerando al pié, en su conjunto, como una característica específica que imprime calidad diferencial a la especie humana, resulta y es evidente que el tipo normobiomecánico de pié, debe formarse, desarrollarse y evolucionar, armónicamente, para adaptarse a cualquier condicionamiento ambiental y con respecto al factor tiempo-histórico-clínico-vital.

Desde las iniciales teorías de LAMARCH, MORTON y HAECKEL y las primeras observaciones de LEBOUCQ y LAZARUS, en 1886, siguieron los razonados trabajos de BARDEEN (1905), RICHTER (1913), BOHM (1929), ORTS LLORCA (1944), OLIVER (1962) y HAGE (1973), llegándose a la conclusión que el pié, para la postura bípeda, el reposo y la marcha, es una estructura, biomecánica única, inigualable y típicamente humana.

Hoy se puede afirmar que la biomecánica podológica, de procedencia y distribución de fuerzas será normo-anatómico-estructural y normo-fisiológico-funcional cuando:

1º) No existan malformaciones, vicios de conformación, ni detención del potencial embrionario hasta que se haya realizado su completo desarrollo.

2º) Cuando no existan situaciones, denominadas de paro o de Stop-clínico-lesional, de tipo neuro-músculo-ligamentoso, sea cual fuere su etiología y que conlleve repercusión podálica.

3º) Cuando el mapa cromosómico, del individuo sea normal. Y

4º) Cuando tras un proceso ontogenético normal, no exista ningún tipo de patología, tanto podálica, como extrapodálica, sobre entendiéndose de esta última, con polarización iterativa de ubicuación primaria o secundaria del pié.

Por todo ello y siendo el pié, soporte esencial para la postura bipodal, base del mecanismo compensatorio y antigravitatorio, a la vez que pieza fundamental en el complejo mecanismo biocinético o de la marcha, tiene como carácter inherente y propio el que sus muy diversos elementos constitutivos de tipo arquitectónico y la biomecánica de los mismos, vayan indisolublemente unidos, lo que condiciona y permite que se desarrolle al máximo su capacidad funcional.

No se debe olvidar que el pié, biomecánicamente empieza en la articulación

tibio-peroneo-asragalina (tobillo), que su mecanismo cibernético (PAPARELA) es de compensación antigravitatoria, que el conjunto de las bóvedas podálicas, formadas por infinidad de arcos, permiten el binomio compresión-distensión (DE DONKER y KOWALSKY), que gracias a los cambios de sus estructuras y elasticidad, nos permite una real y práctica adaptación al terreno, en las circunstancias más diversas (KAPANJI) que el trabajo que realiza lo efectúa siempre con el mínimo de economía energética (KULMAN), que los puntos de apoyo podálicos, se truecan en una acción creadora e impulsora de la marcha (GAMBLE) y finalmente que el crecimiento post-natal se conforma con la adaptación funcional.

En situación de biomecánica estática, el cuerpo se halla en posición erecta normal, en reposo y el peso del mismo pasa a través del cinturón pélvico a cada una de las extremidades inferiores. Por cada fémur y tibia llega al pie el 50% del peso del cuerpo. El hueso que recibe este impacto ponderal es el astrágalo — "hueso inquieto, gracias al cual puede mantenerse quieto el pié"— que tiene por misión distribuirlo a los puntos de apoyo del retro y antepié. El correcto deslizamiento del astrágalo sobre el calcáneo es la mejor garantía, para una proporcional y equitativa distribución de fuerzas; de éstas un 75% aproximadamente van hacia la parte posterior (calcáneo) y un 25% también aproximadamente, hacia el antepié, distribuyéndose en dos columnas, una interna formada por el escafoides, I, II, III cuña, I y II metatarsianos y otra externa constituída por el calcáneo, cuboides, III, IV y V metatarsianos.

Los cinco metatarsianos como se expondrá deben formar con el plano del suelo un ángulo que decrece del primero al último (FICK). Su aumento evidenciará un pié cavo y su disminución un pié insuficiente e incluso plano.

Son axiomas podológicos que:

1º) el aumento de cualquier angulación de un metatarsiano, respecto del plano del suelo, conlleva biomecánicamente, sobrecarga metatarsal.

2º) que la trabeculación ósea del astrágalo refleja biomecánicamente, su disposición para la correcta distribución de la carga,

3º) que la movilidad de la articulación de LISFRANC se amplia de forma proporcional en relación a la longitud de cada metatarsiano que la integra (DE DONKER y KOWALSKY),

4º) que los arcos podálicos son mantenidos por los ligamentos y los músculos, son la reserva dinámica para sobre pesos (BASMAJIAN),

5º) que ningún metatarsiano puede desarrollar su función sin ayuda de su respectivo dedo (STOTT),

6º) que una mayor longitud, gran desarrollo y el paralelismo del primer dedo, respecto a los restantes, son típicos de la especie humana,

7º) que la movilidad del primer metatarsiano, con su rodete glenoideo y sesamoideos permite que su cabeza gire y no se deslice (movimiento de volante), por lo que se fija fuertemente al suelo (LAKE),

8º) anatómicamente a diferencia de los otros cuatro, el primer metatarsiano, con su diafisis casi cilíndrica y con el mismo perímetro que la epifisis, permite que su diafisis pueda soportar el momento flector máximo en la biomecánica dinámica de la deambulación,

9º) al formar los cinco metatarsianos un segmento de cono que se ensancha de atrás adelante formando un arco de concavidad posterior al contactar con el suelo, el trabajo realizado por el primer metatarsiano, duplica el del los cuatro restantes (LAKE), por ello valorando críticamente el arco interno en la distribución de fuerzas, resultará que el primer segmento digitometatarsiano cobra relevante primacia y que su deficiente trabajo es causa de alteraciones biomecánicas secundarias,

10º) Los diferentes regímenes de trabajo biomecánico podálico implican aceleraciones, impactos normales o súbitos y efectos de tracción-distensión elástica que condicionan polígonos vectoriales de fuerzas a tenor de la aparición de líneas o vías de transmisión de esfuerzos hacia sus respectivos puntos de apoyo, debiendo éstos siempre estar interrelacionándose para que en dependencia del momento funcional o de fase del proceso biomecánico, se otorgue a los que corresponde la primacia eventual para que "cada cual aguante su carga" (KELLIKIAN). En el pié se cumple siempre la condición necesaria para que un sólido se encuentre en equilibrio y ésto es: que el sistema de fuerzas que sobre él actuan, así como el momento resultante de las mismas, respecto a un punto sean nulos y que este punto sea cualquiera del espacio. Siempre a todo peso que recae sobre el triángulo de sustentación o de propulsión podálico, existe una reacción contraria a la dirección del peso, y el valor de cada una de estas reacciones, da un cálculo de equilibrio, denominado condición vectorial equilibrada, en todos y en cada uno de los múltiples supuestos, a cada acción de fuerza se produce un momento de signo contrario, que si bien puede desplazar los ejes de cualesquiera coordenadas, hacia cualquier parte de los triángulos, la variación funcional de los mismos hacen siempre nulo el momento de vuelco.

Así pues, teniendo en cuenta estos diez postulados, vamos a desarrollar previa definición del concepto, el porqué de la existencia práctica de las metatarsalgias que no son en la realidad otra cosa que un fallo más o menos funcional de la biomecánica metatarsal.

El vocablo metatarsalgia que, en terminología médica es sinónimo de dolor del metatarso, fue empleado por primera vez, por T.G. MORTON de Pensilvania (U.S.A), en 1875, al describir un síndrome clínico que, desde entonces lleva su nombre. Evidentemente, no se trata pues, en principio, de una entidad clínica nosológica única y bien definida, sino de un amplio síndrome, esto es: de un conjunto de signos y síntomas; objetivos los primeros, subjetivos los segundos que, cobran realidad en el pié por una parte y en la personalidad del paciente por otra.

No es infrecuente que, en un mismo pié, coexistan varias afecciones causales de metatarsalgias. Entre los diversos factores que provocan metatarsalgias y que después, analizaremos, el fallo del apoyo interno del pié (escafoides, 1a., 2a. y 3a. cuña y 1º y 2º metatarsiano): síndrome de insuficiencia del primer metatarsiano, es el más frecuente.

Las cabezas de los cinco metatarsianos, normalmente, deben soportar una serie de presiones fisiológicas, coordinadamente repartidas. En todos y cada uno de los casos, cuando, los metatarsianos no cumplen su misión, bien por el uso de un calzado antifisiológico, o por anomalías de tipo congénito y/o adquirido, las presiones no se reparten a tenor de las normas naturales, siendo el motivo de las instauraciones de diversos síndromes etiológicos o causales de las metatarsalgias.

El arco transverso anterior que, está formado por las cabezas de los cinco metatarsianos y que a modo de muelle, está sostenido por músculos y ligamentos (peroneo lateral largo, interóseos, etc.), tiene la responsable función, de mantener la concavidad anterior plantar, complementándolo, en su cometido, las cinco diáfisis metatarsianas, a manera de columnas. Aún y cuando, en bipedestación, el pié descansa en tres puntos de apoyo directos y esenciales (calcáneo, 1a. y 5a. cabezas metatarsianas), existen otros tres puntos de apoyo accesorios o menores, (cabezas del 2º, 3º y 4º metatarsianos). Entre este balanceo armónico: esencial y accesorio, es por donde equitativamente se transmiten las pre-

siones a la planta del pié, a través del almohadillado plantar.

Se conocen tres teorías, sobre el apoyo del pié:

1a.) Clásica o anatómica (1º y 5º metatarsiano y calcáneo).

2a.) Teoría del apoyo de los metatarsianos centrales (2º y 3º).

3a.) Teoría del apoyo total: de todos los metatarsianos.

El estado actual del problema está, en que, el pié es un amortiguador en permanente movimiento y el antepié, un conjunto arquitectónico relativamente fijo por su centro y con paletas estabilizadoras laterales, en la que no existe ninguna posición de absoluto reposo, ni en la forma estética del pié. Asimismo el apoyo anterior del pié, está íntimamente relacionado con las tres articulaciones de LISFRANC: interna (1a. cuña-1er. metatarsiano), media (2a. y 3a. cuña, con 2º y 3er. metatarsiano) y externa (cuboides y 4º y 5º metatarsiano).

Al deambular, la carga se aplica sobre el antepié y como consecuencia, los cinco metatarsianos divergen en forma de abanico y el arco transverso anterior se extiende y distiende. La cabeza del 5º metatarsiano se desplaza sobre la 4a. y después sobre la 3a.

Conclusión y corolario de todo lo anteriormente expuesto es que, cuando el pié se eleva sobre la punta, el arco anterior se distiende, conservándose sin embargo, siempre, una ligera concavidad plantar, a condición de que, la potencia muscular, sea lo suficientemente tónica y que la estabilidad de cada uno de los cinco metatarsianos, tanto individualmente como en su conjunto, sea eficaz. Una de las características de la contracción muscular es que, impide que los puntos extremos del pilar de apoyo (cabezas del 1º y 5º metatarsianos) diverjan excesivamente y otra que, aplica la cara plantar de los dedos al plano del suelo.

En la patogenia de las metatarsalgias deberán pues ser consideradas y tenidas en cuenta, las siguientes circunstancias:

1a.) Factores condicionales y/o desencadenantes de hiperlaxitud muscular y/o ligamentosa.

2a.) Hiperpresiones considerables tanto extrínsicamente (el sujeto que lleve habitualmente carga), como intrínsecas (obesidad).

3a.) Anomalías anatómicas y/o fisiológicas metatarsianas de causa congénita y/o adquirida.

4a.) Mala distribución de la carga (uso de calzado antifisiológico). Recordemos que, el calzado zapato de salón, con su punta estrecha, rechaza el quinto dedo, en varus y el primero en valgus, mientras que los dedos medios, se despliegan en garra.

Para que el módulo de presiones sea fisiológico, es necesario que, la cabeza del 1er. metatarsiano forme el apoyo anterior esencial y que la línea de unión entre las articulaciones metatarsofalángicas sea parabólica, inflexionándose en los sentidos de: dentro a fuera y de delante atrás.

Nosotros pues, encuadramos como metatarsalgias a los siguientes síndromes:

1.— SINDROME DE INSUFICIENCIA DEL PRIMER METATARSIANO.

2.— SINDROME DE INSUFICIENCIA DE UN METATARSIANO MEDIO.

3.— SINDROME DE HIPERPRESION DEL PRIMER METATARSIANO.

4.— SINDROME DE OBLICUIDAD DE LOS METATARSIANOS.

5.— SINDROME DEL PIE ANCESTRAL DE MORTON.

6.— SINDROME DEL PIE PLANO ANTERIOR O ANTEPIE PLANO.

7.— SINDROME DE LAS LUXACIONES PATOLOGICAS DE LOS DEDOS.

8.— SINDROME DE THOMAS MORTON.

En todos los casos y circunstancias en que, la cabeza del 1er. metatarsiano y la cara plantar del dedo primero no pue-

den asegurar el apoyo esencial anterior del pié, las presiones, se aplicarán los tres metatarsianos medios (2º, 3º y 4º) que, de puntos de apoyo accesorios se transformarán en esenciales, dando causa al síndrome de insuficiencia del primer eje o del primer metatarsiano. En este síndrome reconocemos numerosas causas etiológicas, siendo las más importantes las siguientes:

1a.) La brevedad osteogeométrica y de la primera cabeza metatarsiana.

2a.) El metatarsus varus.

3a.) La brevedad o acortamiento del primer metatarsiano (pié ancestral de DUDLEY MORTON llamado también metatarsiano atávico).

4a.) La debilidad muscular y/o ligamentosa del dedo primero (falta de adaptación para adherirse al suelo, en segundo doble apoyo).

5a.) Retrosituación o ausencia de los sesamoideos.

6a.) Brevedad quirúrgica de la 1a. cabeza metatarsiana (resección por intervención de hallux valgus).

7a.) Una forma aguda: Fractura de la marcha, por sobre carga o insuficiencia del antepié, en su primer eje radio.

El metatarsus varus, también se le denomina "orientación vara del 1er. metatarsiano o metatarsus aductus".

En las insuficiencias de un metatarsiano medio, la carga que debía soportar la cabeza retraída, se reparte sobre las vecinas apareciendo una callosidad plantar, en la zona de mayor sobrecarga.

Una forma aguda que, afecta los radios centrales, es la fractura espontánea, pié forzado, pié recluta, fracturada de la marcha o enfermedad de DEUTSCHLANDER (fractura del 2º metatarsiano, a veces del 3º y más rara del 4º). Acostumbra a ser unilateral.

No debe ser confundido con la enfermedad de KOHLER II o de FREINBERG-KOHLER (osteomalicia del 2º metatarsiano). Aquí la lesión asienta en la cabeza y en la enfermedad de DEUTCHSLANDER, en la diáfisis.

La brevedad congénita del 2º metatarsiano es excepcional, la del 3º bastante rara, siendo la del 4º la más frecuente. En el último caso, se observa una callosidad bajo la 3a. y 5a. cabezas metatarsianas.

La forma más evidente congénita, es el pié hendido o en pinza de cangrejo, en el que no existe la porción central del antepié.

La insuficiencia de los metatarsianos medios se observa también en los casos de pié cavo de origen neurológico y yatrogénicamente tras resecciones de las cabezas centrales mal condicionadas o efectuadas.

La hiperpresión de todo el apoyo anterior será también la causa de metatarsalgia. V. gr.: el pié equino por llevar tacón alto, la retracción del tendón de Aquiles, el pié cavo de origen neurológico (poliomielitis, enfermedad de FRIEDREICH) y en el pié cavo valgo "el pié que quiere aplanarse pero no puede" según LELIEVRE, debido a haber usado durante tiempo, calzado de tacón.

Según FICK, el ángulo que forman los ejes de los metatarsianos con el plano del suelo, es de 20º para el 1º, y de 15º, 10º, 8º y 5º para los siguientes. El aumento de este ángulo caracteriza el pié cavo y su disminución, en especial, del 1º metatarsiano, al pié plano.

Cuando la cabeza del 1er. metatarsiano, está visiblemente por delante de la 2a., sufre aquella una presión más acentuada que la normal, apareciendo en su cara plantar una callosidad y/o un higroma de los sesamoideos, dando lugar al síndrome de hiperpresión del 1er. metatarsiano. También aparece este mismo síndrome, cuando existe un aumento longitudinal de los dos primeros metatarsianos o hay, recíprocamente, brevedad longitudinal, de los tres últimos metatarsianos.

En el pié normotivo, los cinco meta-

A los hongos hay que pararles los pies

Canestén: el fungicida de los pies

PROPIEDADES

Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos.
Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas y gram-negativas.

INDICACIONES EN PODOLOGIA

Tinea pedis (pie de atleta), tinea unguiun (onicomicosis).

OTRAS INDICACIONES

Dermatomicosis de todo tipo: micosis interdigitales (tiña de la mano), micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), etc.

POSOLOGIA

2-3 aplicaciones al día.

CONTRAINDICACIONES

Sólo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES

Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS

La tolerancia al canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aún en el caso de una ingestión accidental.

	Composición	Presentación	P.V.P.
Canestén Crema	Clotrimazol 1%	Tubo 30 g.	385,–
Canestén Solución	Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml.	408,–

CANESTEN (clotrimazol) es un medicamento descubierto, investigado y desarrollado por Bayer.

tarsianos presentan una ligera oblicuidad hacia delante y abajo. Una oblicuidad de más de diez milímetros determina una hiperpresión anterior. Este síndrome puede resultar como consecuencia de un pié cavo, de la amputación de un dedo o de una simple garra. En el pié cavo, la oblicuidad de los metatarsianos es el hecho inicial. El desequilibrio muscular determina un desnivel de importancia variable y la aparición de callosidades plantares que, están en función del desnivel y de la morfología del arco transverso anterior.

En la garra de los dedos, la 1a. falange ejerce una hiperpresión sobre la cabeza metatarsiana correspondiente, por estar elevada al máximo. Paulatinamente, la garra se va fijando y la cápsula metatarsofalángica se retrae. Consecuencia de ello, hay una mayor oblicuidad metatarsiana y hundimiento del arco transverso anterior.

Todos estos síndromes que hemos analizado, se encuentran en un tanto por ciento muy elevado de casi todas las metatarsalgias, pero en la práctica podológica diaria, nos encontraremos con cuatro metatarsalgias que por su índole requieren una normativa conceptual. Nos ref frimos a: el pié ancestral, en antepié plano, las luxaciones patológicas de los dedos y el síndrome de THOMAS MORTON.

En el año 1927, DUDLEY MORTON, describió una disposición anatómica llamada también, pié atávico o metatarsus varus, primus brevis o pié de Neanderthal. El 1er. metatarsiano es más corto que el 2º y a la par está muy separado de él. Los dos sesamoideos están situados posteriormente (retrosituación). Este varus metatarsiano, condicionará la mayoría del hallux valgus. El 2º es más largo que el 1º; de apoyo accesorio, se transformará en punto de apoyo principal y en su consecuencia se hipertrofia y soporta una mayor sobrecarga. Como resultado de un paso en falso, puede sobrevenir una fractura de la marcha, del primer eje-radio. En los casos crónicos, el nervio plantar interno se encuentra traumatizado, existe hipermovilidad de las articulaciones posteriores del 2º metatarsiano e hiperlaxitud. A la presión se instaurará un dolor a nivel de la 2a. articulación metatarsocuneana. El cuarto espacio está ensanchado apareciendo consecuentemente una bursitis, una exóstosis (juanete de sastre) por desviación del dedo pequeño en varus. Esta lesión es similar, pero puesta simétricamente al hallux valgus.

El antepié plano o pié plano anterior, solo o asociado a pié cavo, es una afección también muy frecuente y es la resultante de la desaparición total o parcial de la concavidad plantar anterior. Sus causas pueden ser:

1a.) Hiperlaxitud constitucional y/o adquirida.

2a.) Transtornos endocrinos.

3a.) Menopausia.

4a.) Obesidad.

5a.) El síndrome de la insuficiencia del 1er. metatarsiano.

6a.) La amputación de un dedo.

7a) El uso continuado de zapatos de tacón alto (más frecuentemente en el sexo femenino) máxime si se dembula con carga.

8a). Yatrogénica: Por aplicación de un vendaje de yeso incorrecto, al no moldear, durante su fraguado, la concavidad plantar anterior.

La cabeza más extendida, es a menudo la 2a., pocas veces la tercera y excepcionalmente la 4a. Las partes más blandas del pié, están comprimidas y aparece una callosidad, como signo patognomónico que, con el tiempo aumenta considerablemente, tanto en extensión como en profundidad. No existe tejido celular subcutáneo y se instauran higromas profundamente. El dolor se aqueja bajo las cabezas metatarsianas y es de tipo urente, con sensación de quemazón y de gran intensidad.

Las luxaciones patológicas de los delos, fueron descritas ya por DUDATD y JEAN en 1922, por MONDOR en 1929, DE LUCCHI en 1950, LELIEVRE en 1940 trató de ellas, pero fueron ARANDES y VILADOT en 1954 quienes estudiaron esta temática con mayor conocimiento anatomofisiopatológico, llegando a la conclusión que, la luxación patológica de los dedos, es una lesión por sobrecarga que, tiene como causa principal la insuficiencia del 1º metatarsiano. En la biomecánica del paso, los dedos medios, tienen las cabezas delgadas y sin sesamoideos, por lo que la cabeza metatarsiana se desplaza hacia delante y el dedo se repliega; la 1a. falange tiende a luxarse, sobre la cabeza del metatarsiano, la cápsula se opone inicialmente a ello, pero como no es muy sólida la cara plantar, se distiende, luego cede y se produce finalmente la luxación. Otras veces, por artritis inflamatorias, complementadas con dislocaciones articulares, osteolisis de las cabezas metatarsianas, destrucción de la cápsula y ligamentos, se produce también la luxación. La causa etiológica más frecuente es la pliartritis crónica evolutiva.

Resulta pues, que las dos causas más frecuentes en la etiología de las luxaciones de los dedos son: el desequilibrio entre los tractores del pié y la poliartritis crónica evolutiva.

En la patología del espacio intermetatarsiano, debe ser incluída la metatarsalgia de MORTON. T.G. MORTON, en 1875, describió por primera vez, un síndrome clínico caracterizado por algias intensísimas en la región metatarsiana, a nivel de la planta y en la vecindad del 4º metatarsiano, ocasionalmente en el 3º y 2º, pero nunca en el 1º. Esta afectación es muy rara en la infancia y cuando se presenta se la relaciona con la presencia concominante de una osteocondritis de la cabeza del 2º ó 3º metatarsiano, denominada enfermedad de KOHLER II o de FREINBERG-KOHLER. Esta última enfermedad, descrita por dichos autores en 1914, es de predominio femenino, unilateral, padeciéndose entre los 10 a los 18 años y en cuya patogenia existen los siguientes factores:

a) mecánicos

b) engrosamiento de la diáfisis metafisaria

c) cortedad del tercer metatarsiano y

d) uso de calzado antifisiológico.

En el síndrome de MORTON, el proceso es más frecuente en el adulto, en proporción de 4 a 1 a favor del sexo femenino y va condicionado a alteraciones estructurales y consecutivas a: un pié plano, a un pié insuficiente o a un pié excavado.

DICKSON y D. MORTON, correlacionaron su patogenia con la frecuencia del primer segmento metatarsiano corto, un metatarsus varus primus y un metatarsiano hipermóvil. Por la anormalidad de estos condicionamientos, fracasa la función de apoyo y soporte del primer metatarsiano, provocando una insuficiencia del antepié. Ello produciría una irritación del nervio plantar, por microtraumatismos y una artritis traumática con derrame más o menos intenso tarsometatarsiano del 2º segmento. ROBERTS y ROYLE, refirieron que, en algunos casos podrían inflamarse también las bolsas serosas regionales. ROBERT JONES se inclina porque la presión directa sobre el nervio digital, entre la planta y el ligamento transverso del metatarso, sea la causa fundamental y lo trata extirpando la cabeza del 4º metatarsiano. T.G. MORTON, orienta la patogenia por la comprensión de las ramas del nervio plantar externo y como terapeútica preconizaba la extirpación de la 4a. articulación metatarsofalángica. BETTS, en 1940 considera que un neuroma dorsal, era la causa de la metatarsalgia. NISSEN, en 1946 dice, que la lesión primitiva es una arteritis. La 3a. arteria plantar digital alcanza oblicuamente el nervio; esta arteria se adhiere íntimamente al ligamento inter-

metatarsiano transverso y se encuentra comprimida por el 3er. tendón del flexor común, ocasionando una isquemia.

Anatómicamente el espacio entre el 3º y 4º dedos, está inervado por la rama procedente del nervio planar interno (nervio principal) que a veces recibe una pequeña rama anastomótica del nervio plantar externo (nervio secundario o accesorio), refuerzo a menudo ausente pero que cuando existe, puede tener el mismo calibre que la rama principal, con la que se une, por encima del ligamento transverso del metatarso. El nervio (rama principal y secundaria o accesoria), pasa por un conducto sin adherirse, formado por las vainas de los flexores comunes, bien protegido por la grasa lobulada de la planta del pié y en el suelo por el ligamento transverso. Una vez atravesado este último ligamento, el nervio se divide en una rama para el 3er. dédo y otra para el 4º dedo.

Anatomopatológicamente pues, se trata de un proceso de reacción fibroblástica perineural e intraneural en cuya etiopatogenia hallamos: a) neuritis, b) neuroma, c) angeítis, d) neuroangeitis y e) angioneuroma).

Clínicamente, deben valorarse por el podólogo una serie de síntomas subjetivos y de signos objetivos.

Síntomas clínicos (subjetivos)

1º) Dolor en la cabeza de los metatarsianos, sobre todo alrededor de la 4a. y a veces de la 3a.

2º) El dolor aumenta en relación con mayor carga y cede habitualmente con el reposo.

3º) El dolor puede aparecer, en forma de crisis de repetición.

4º) El dolor es de tipo neurálgico: en forma de calambres o urente (quemazón).

5º) Las algias, obligan a detenerse durante la marcha. El paciente se descalza, se amasa los dedos imprimiéndoles movimientos. Vuelve a calzarse y reanuda la marcha. (Lo descrito en este apartado no debe llevar a confundirlo con la marcha de la claudicación intermitente).

6º) Las algias se irradian hacia la superficie plantar del 4º y 3º dedos.

7º) Excepcionalmente, en algunos casos no existen propiamente metatarsalgias, siendo el dolor puramente digital y concretamente del 4º dedo.

8º) El dolor se exacerba caminando sobre terreno duro y más en las mujeres, cuando calzan zapatos de tacón alto.

9º) En los casos graves, persiste la metatarsalgia durante la noche, reposando en cama, produciendo insomnio.

Signos clínicos (objetivos);

1º) Desaparición de la convexidad dorsal del arco metatarsiano.

2º) Presencia de dedos retraídos, dorsalmente, como tipo martillo, con más o menos acentuación.

3º) La presión sobre la cabeza del 5º, 4º y 3º a veces sobre el 2º metatarsiano, es muy dolorosa. Nunca sobre el 1º.

4º) La compresión lateral metatarsiana, es asimismo dolorosa.

5º) La existencia de callosidades en las zonas de compresión.

6º) Coexistencia de pié plano, pié insuficiente, pié cavo y hallux valgus.

7º) A rayos X, se visualiza un ensanchamiento transversal del antepié. En la radiografía de perfil, la cabeza del 3º metatarsiano, está más baja que las demás, las primeras falanges están luxadas hacia arriba, casi verticales a excepción de las del dedo gordo (MINCHOTTE).

8º) Cuando previamente existían "viejas" callosidades, el paciente manifiesta y describe "un nuevo dolor" situado más distalmente de ellas.

9º) La tumefacción nerviosa, no suele palparse.

10º) Existencia de una zona de hipoestesia al pinchazo en el área dolorosa.

11º) Dolor provocado en la planta del pié, por precisión hacia arriba y atrás,

distalmente respecto a la 3a. y 4a. articulaciones metatarsofalángicas.

CONCLUSIONES

1º) Bajo la denominación de metatarsalgias, no se engloba a una entidad clínica única y bien definida, sino por el contrario, a una serie de síndromes, caracterizados, todos ellos, por producir dolor de los metatarsianos.

2º) La metatarsalgia, es la localización más frecuente del dolor del pié.

3º) La mayoría de las causas etiológicas, corresponden al grupo de las alteraciones biomecánicas y dos tercios de éstas, tienen como causa, el síndrome de la insuficiencia del primer metatarsiano.

4º) En las metatarsalgias, existe un evidente predominio femenino (85%), notándose la influencia nociva, por el uso de calzado de tacón alto, que produce una insuficiencia, por sobrecarga, como hecho real.

5º) Hallamos con mucha frecuencia, una correlación entre metatarsalgia y hallux valgus.

6º) En la clínica, las metatarsalgias se traducen por:

a) — dolor

b) — hiperqueratosis

c) — bursitis

d) — higroma

e) — alteraciones osteoarticulares, en forma de: fracturas, periostitis, luxaciones capsulares y modificaciones en el eje de la dirección de los tendones.

7º) Existe, normalmente, una alteración de la deambulación más o menos acentuada, en relación con la intensidad de la metatarsalgia.

8º) El desequilibrio biomecánico de las fuerzas entre los cinco metatarsianos, acarrea en todos los casos metatarsalgias.

9º) En la etiopatogenia de las metatarsalgias, sistematizamos como principales causas:

a) — las alteraciones producidas, por anormalidades mecánicas del antepié.

b) — entidades nosológicas, localizadas en la región anterior del pié, pero sin relación con el aparato anterior.

c) — las enfermedades generalizadas o de otra localización que, provocan dolor del antepié, tanto como un síndrome de éstas, como siendo síndrome inicial.

10º) No es infrecuente que, en un mismo pié, coexistan varias afecciones causales, de metatarsalgias.

BIBLIOGRAFIA

1.— ARANDES y VILADOT, con la colaboración de X. VILANOVA. Clínica y tratamiento de las enfermedades del pié. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1956.

2.— ALAJOUANINE, Th., LEFERVRE, J. y SCHERRER, J.: Essai d'etude physiopathogénique des crampes musculaires. Rev. Neurologique, 81, 8, 633, 1949.

3.— BASMAJIAN, J. V: y STECKO, G.: The role of muscles in arch support of the foot. J. of Bone and Joint Surg., 45-A, 1963.

4.— BERTRAND, P. J.: Etude du syndrome d'insuffisance d'appui du 1er. rayon du pied. These Paris, 1963.

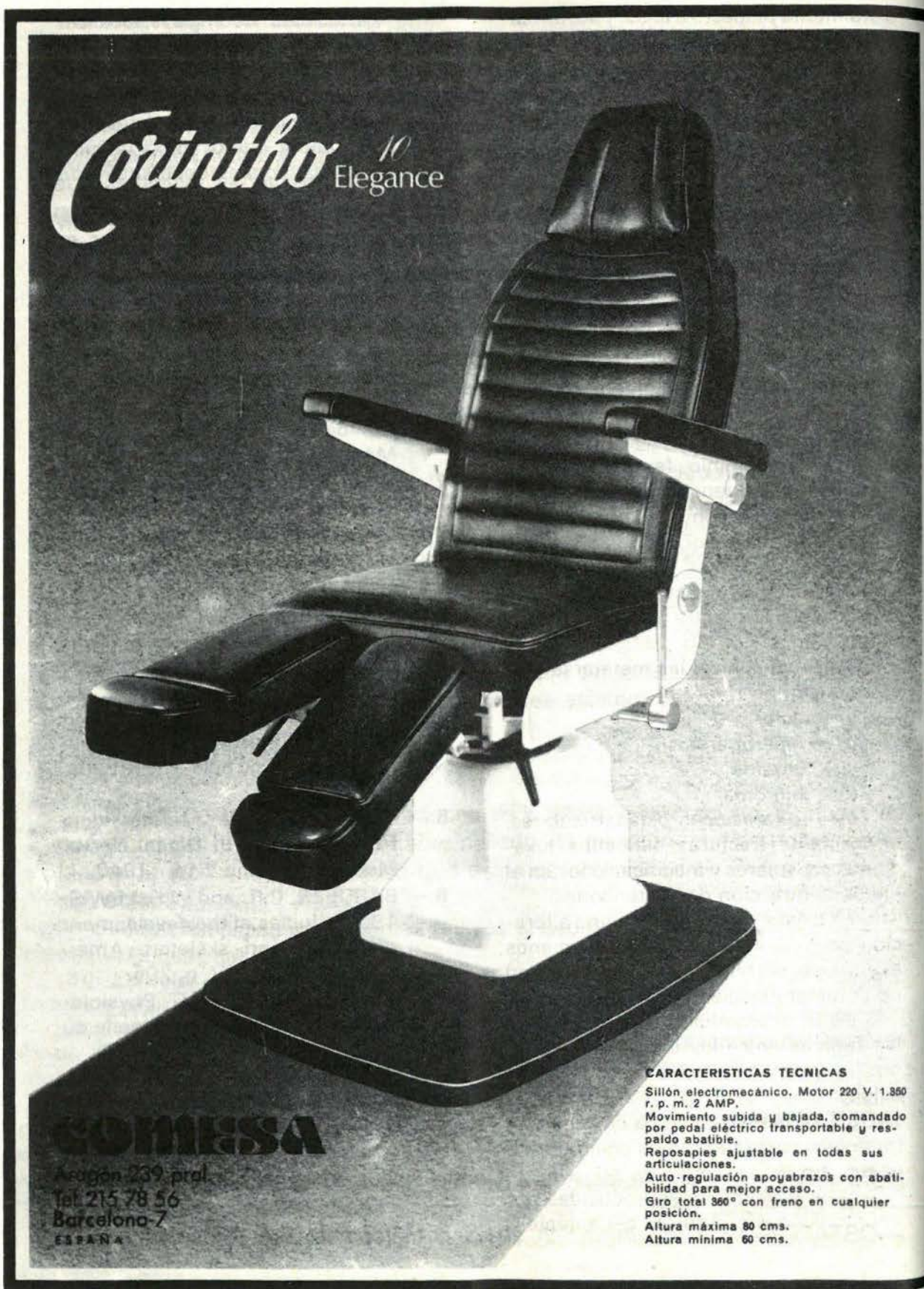
5.— BETTS, Morton's Metatarsalgia Neuritis of Fourth Digital Nerve. Med. J. Australia, 514 - 1940.

6.— BARDEEN, C.R. and W.H. LEWIS. 1905. Studies of the development of the human skeleton. Amer. Jour. Anat., vol. IV, p. 205.

7.— DUBOIS-DURAFOURG, Physiologie er rééducation fonctionelle du pied. Ed. Masson. Paris, 1972.

8.— FICK, L. 1853. Beitrag zur Mechanik des Gehens. Müller's Arch. F. Anat. usw., s. 49.

9.— GAMBLE-YALE, Clinical Foot Roetgenology. Robert Krieger Publishing Company Inc. Huntington. New York, 1973.


Corintho 10 Elegance
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA

10.— GIANNESTRAS, Foot disorders (Medical and Surgical Management). Ed. Lea & Febiger. Philadelphia, 1973.

11.— GREGORY, W.K. 1916. Studies on the evolution of the primates. Part II: Phylogeny of recent and extinet anthropoids with special reference to the origin of man. Bull. Amer. Mus. Nat. Hist., vol. XXXV, p. 258.

12.— HANBY-WALKER, Fundamentos y prácticas de Podología. Editorial Elicen-Jims. Barcelona, 1963.

13.— HOHMANN, Pié y pierna. Ed. Labor. Barcelona, 1949.

14.— KAPANDJI, Cuadernos de fisiología articular. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1970.

15.— LAVIGNE-NOVIEL, Nouvelles therapeutiques en podologia. Editorial Morgan. Paris, 1973.

16.— LELIEVRE, Patología del pié. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1970.

17.— LAZARUS, S.P. 1896, Zur Morphologie des Fuszskeletts. Morphol. Jahrb., Bd. XXIV, s. 1.

18.— LEBOUCQ, H. 1882. Le developpement du premier metatarsien et de son articulation tarsienne chez l'homme. Arch. de Biol., T. III, p. 335.

19.— MORTON, D. J. 1922. Evolution of the human foot: Part I. Amer. Jour. Phys. Anthropol., vol. V, p. 305.

— 1924a. Evolution of the human foot: Part II. Amer. Jour. Phys. Anthropol., vol. VII, p. 1.

— 1924b. Evolution of the longitudinal arch of the human foot. Jour. Bone and Joint Surg. vol. VI, p. 56.

20.— MORTON, D.: The human foot. Nueva York, Columbia University Press, 1935.—Human locomotion and Body form. The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1952.

21.— NISSEN, Metatarsalgie de Morton, J. of Bone and Joint Surg. 1948.

22.— PIULACHS, Lecciones de Patología Quirúrgica. Ed. Toray, 1970.

23.— PADOVANI: Physiologie du pied, pied plat valgus douloureux Traité de Chir. orth., tomo V, Masson, 1937.

24.— RINGERTZ-UNANDER, Maladie de Morton, et de clinique et anatomopathologie. Acta Orth. Scan, 1950.

25.— PIETROGRANDE, V.: Nouveaux concepts d'anatomie fonctionnelle du pied. Ann. de Podologie. 1966-1967, p. 204-207.

26.— ROOT, ORRIEN, WEED, HUGHES, Biomechanical examination of the foot. Vol. 1. Ed. Clinical Biomechanics Corporation, Publishers. Los Angeles, 1971.

27.— SCHULT, A. H. 1921. Fetuses of the guiana howling monkey. Zoologica, vol. III, p. 243.

— 1923. Fetal growth in man. Amer. Jour. Phys. Anthropol., vol. VII, p. 149.

— 125. Embryological evidences of the evolution of man. Jour. Wash. Acad. Sei., vol XV, p. 247.

— 1926. Fetal growth of man and other primates. Quart. Rev. Biol., vol. XXXIX, p. 74; and vol. XI, p. 152.

28.— VILADOT, Patología del antepié. Ed. Toray. Barcelona, 1974.

29.— WALLET, Maladies du pied. Ed. Maloine. Paris, 1961.

30.— WALLET, Maladies du pied. Ed. Maloine. Paris, 1961.

31.— WALLET, Maladies et affections douloreuses du pied. Ed. Maloine, Paris, 1942.

32.— WEINSTEIN, Principles Practice of Podiatry. Ed. Lea & Febiger. Philadelphia, 1958.

III CURSO DE:
ANATOMIA CLINICA DEL PIE

ORGANIZADO POR LA ASOCIACION MADRILEÑA DE PODOLOGOS EN COLABORACION CON LA CATEDRA II DE ANATOMIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

1-2-3 Noviembre, 1985

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

PROGRAMA

Viernes, día 1

9,30 a 10,30 — Articulación del tobillo. Biomecánica.

10,30 a 11,15 — Huesos y articulaciones del pie. Prof. J. V. Sanz Casado.

11,15 a 11,30 — Descanso.

11,30 a 14,00 — Osteología: Huesos del pié. Disección: Proyección film.

16,00 a 16,45 — Musculatura extrínseca del pié. Prof. Juan Jiménez Collado.

16,45 a 17,00 — Descanso

17,00 a 17,45 — Musculatura extrínseca del pié. Prof. Juan Sobrado Pérez.

17,45 a 18,00 — Descanso

18,00 a 20,00 — Disección: Regiones antero-externo y anterior de la pierna. (Por los Sres. Cursillistas).

Sábado, día 2

9,30 a 10,15 — Músculos cortos del pié. Prof. Juan Jiménez Collado.

10,15 a 10,30 — Descanso.

10,30 a 11,15 — Músculos cortos del pié. Prof. J. V. Sanz Casado.

11,15 a 11,30 — Descanso.

11,30 a 14,00 — Disección: Región posterior de la pierna. (Por los Sres. Cursillistas).

16,00 a 16,45 — Particularidades anatómicas de la piel en el pié. Prof. J. Díaz-Faes.

16,45 a 17,00 — Descanso.

17,00 a 17,45 — Fisiopatología de la uña. Prof. L. Asensio Priones.

17,45 a 18,00 — Descanso.

18,00 a 20,00 — Disección: Región Plantar. (Por los Sres. Cursillistas).

Domingo, día 3

9,30 a 11,30 — Síntesis de disección: Región plantar. Prof. J. Sobrado Pérez y Señores Cursillistas.

12,00 a 13,00 — Embriología del pié. Prof. V. Concejero.

13,15 a 14,15 — Lección de Clausura: Bases morfológicas de la anestesia en Podología. Prof. J. Jiménez Collado. Prof. P. Guillén García.

Entrega de Diplomas.

PONENTES

* Prof. J. Jiménez Collado. Catedrático de Anatomía Humana.
* Prof. J. Sobrado Pérez. Profesor Titular de Anatomía Humana.
* Prof. J. V. Sanz Casado. Profesor Titular de Anatomía Humana.
* Prof. J. F. Rodríguez Vázquez. Profesor Titular de Anatomía Humana.
* Prof. J. Díaz-Faes.
* Prof. L. Asensio Prianes.
* Prof. C. Alvarez Vázquez.
* Profa. D. Cabañas Armesilla.
* Prof. F. San Andrés Larrea.
* Prof. F. Holgado Sáez.
* Prof. P. Guillén García.
* Prof. V. Concejero López.

NORMAS

— Los Sres. Cursillistas deberán venir provistos de material e instrumental quirúrgico: Bisturí, tijeras punta aguda y roma, pinzas disección con y sin dientes, erina, así como bata y guantes.

— El número de plazas queda establecido en 50; las inscripciones se realizarán por riguroso orden de llegada a la Secretaría del curso, sita en la sede de la Asociación Madrileña de Podólogos: C/. Gran Vía, 33 - 7º, despacho nº 2 - 28013 Madrid.

— Conjuntamente con la inscripción, habrá de adjuntarse cheque nominal a c/c. número 60.00151664, de Cajamadrid, sucursal 1.158.

— La inscripción al curso es de 12.000 pesetas. A la finalización será entregado a los señores Cursillistas un Diploma de participación y asistencia.

— Aquellos señores solicitantes que hayan remitido su inscripción una vez cubierto el cupo de admisión, le será devuelto en un plazo máximo de 72 horas el talón bancario, notificándosele por escrito.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Don ....., Podólogo, con residencia en C/. ..... de .....

Código Postal ..... Teléfono ....., desea ser inscrito en el III CURSO DE ANATOMIA CLINICA DEL PIE, para lo cual adjunta talón por valor de ..... pesetas, a nombre de c/c. nº 60.00151664 de Cajamadrid, Agencia 1.158.

Firma,

PIE PIK®

PARA QUE NO DHUELAN

Boehringer Mannheim S.A.

DIVISION O.T.C.

Copérnico, 61-63 - 08006 Barcelona - Tel.: (93) 201 44 11

Nutraplus

Primera loción dermatológica emoliente y humectante con 10 % de UREA

FORMULA:

Cada 100 ml. contienen:

Urea	10.000 g
Monoestearato acido de glicerol	1.125 g
Palmitato de isopropilo	0,750 g
Acido estearico	0,750 g
Propilparaben U.S.P.	0,100 g
Metilparaben U.S.P.	0,200 g
Polimero de Carboxivinilo	0,062 g
Agua purificada U.S.P., c.s.p.	100 ml

DOSIS Y FORMA DE EMPLEO:

Aplicar uniformemente NUTRAPLUS sobre la superficie de la piel reseca 2 ó 3 veces al día. En caso necesario puede aumentarse el número aplicaciones. La aplicación frecuente de NUTRAPLUS ayuda a mantener la piel suave y tersa.

PRESENTACION

Frasco de plástico conteniendo 215 ml.

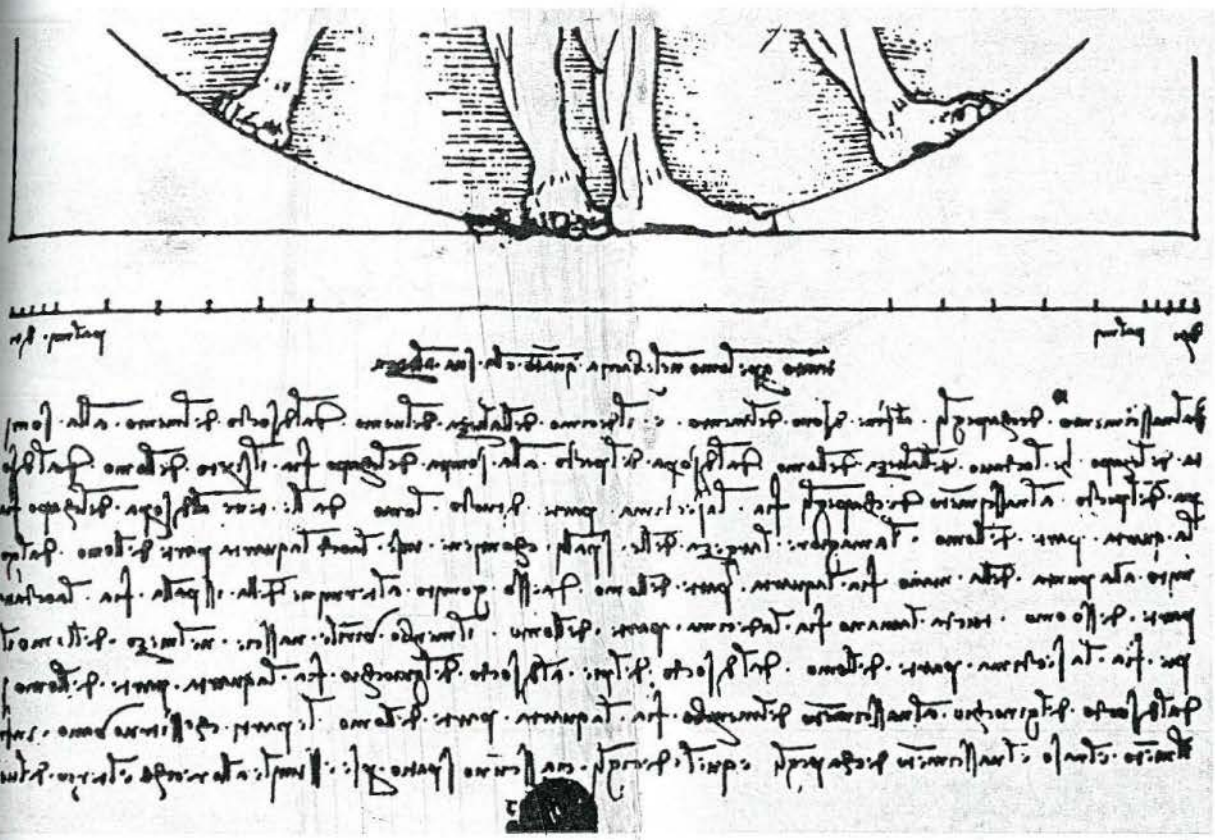
Para una mejor hidratación de la piel seca

Presentado en España por:

ALCON-IBERHIS, S. A.

Antonio Machado, 7 - Alcobendas (MADRID)
Telef. 652 70 00 - 653 49 00

Alcon
division dermatologica
FORT WORTH-TEXAS



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

A.E.P.
EXTRAORDINARIO nº 100

JULIO-AGOSTO
1985

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

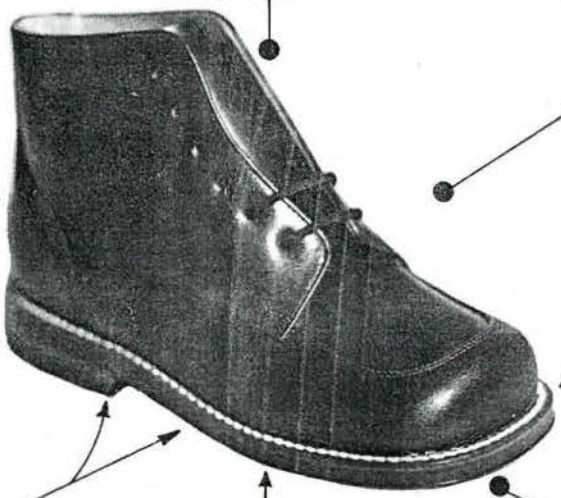
EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).



TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la su que logra simultáneame gran FLEXIBILIDAD a ni del antepié y extraord naria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
Gran Vía, 33 - 7º
Teléfono 231 50 44
28013-MADRID

Director:
Sergio Bonamusa Mont
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime:
Reproducciones Bárcena
Mercedes Arteaga, 32
28019-MADRID

Empresa de Publicidad:
Garsi, S. L.
Londres, 17
28028-MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
Nº de SVR-215

SUMARIO

Ante el cambio de responsable de la revista, rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

Supone motivo de alegría y satisfacción para todos los Podólogos amantes de su profesión, el recibo de este número 100 de la Revista Española de Podología.

Ello quiere decir que la Podología Española no ha nacido hoy y que tiene tras de si una auténtica historia de ilusión y fé en el ejercicio de una profesión gratificante en todos sentidos. Tambien demuestra una voluntad inequívoca de unión para una tarea común de progreso, que ha animado a un grupo de hombres, a caminar conjuntamente pese a todas las vicisitudes de su recorrido.

Nuestro desarrollo profesional ha sido enorme y basta recordar en qué consistía la labor del primitivo cirujano-callista, el instrumental y equipo de que disponía, la reserva y ocultismo de su técnica a cualquiera que pretendiera adentrarse en su conocimiento, y la existencia de los "10 magníficos" que eran los únicos que podían vivir íntegramente de su ejercicio.

Hoy el panorama es muy diferente y vivimos una profesión que es envidiada por muchos por su proyección técnica, social y económica. Hay un campo profesional ámplio desde una perspectiva quiropódica, ortopédica y quirúrgica, que es desarrollada por muchos compañeros en unas instalaciones de confort e incluso lujo, que no desmerecen en absoluto de la de otros profesionales de la medicina. La formación cultural y profesional ha sufrido una transformación muy positiva y son muchos ya los compañeros, y sobre todo jóvenes, que viven exclusivamente de la profesión.

Esta realidad necesita el soporte de unas Escuelas en consonancia, y el ansiado Real Decreto creemos ha de ser el instrumento adecuado que posibilite una formación más acorde con el actual ejercicio profesional.

Esta valoración positiva no nos impide ver las dificultades y problemas que nos aquejan pero lo asumimos como una exigencia de la dinámica de una profesión viva y en evolución.

Los años de lucha y el camino recorrido constituyen una garantía racional que ha de servir para la ordenación de las estructuras organizativas que convengan a la situación actual.

Sirva este número de la Revista Española de Podología, de homenaje y gratitud a todos los compañeros que de una forma u otra han contribuido a su historia.

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

La Revista Española de Podología tiene un antecedente en la Revista Nacional de Podología que ve la luz un Enero de 1961.

Esta revista está editada por la Delegación Nacional de Podología del Consejo Nacional de Practicantes y A.T.S. bajo la dirección de Leonardo Escachs Clariana. Como primer Redactar Jefe, Enrique Blanco Bargalló, que además de eminente podólogo era periodista. Anteriormente fué también Redactor Jefe de la revista "Podología" editado por el Colegio de Practicantes de Barcelona.

Esta primera época se alarga hasta el año 1967 publicándose 24 números, muchos de ellos de muy difícil localización siendo director también de la misma Manuel Garea Duque.

El año 1967 se legaliza la Agrupación de Podólogos de España y en Diciembre del mismo año se autoriza y registra la Revista Española de Podología como órgano oficial de la Agrupación.

El primer número de la nueva revista corresponde a Enero-Febrero de 1968 bajo la dirección de Leonardo Escachs y siendo redactor Francisco Mañé Domingo.

En la historia de la Revista Española de Podología destacan de manera especial por su labor y dedicación, tres insignes compañeros podólogos:

Leonardo Escachs Clariana Director hasta su fallecimiento en Febrero de 1981.

Francisco Mañé Domingo Redactor durante 6 años.

Martín Rueda Sánchez Redactor durante 8 años.

En sus personas agradecemos y admiramos el esfuerzo y la dedicación de muchos compañeros que han trabajado para que la antorcha siga viva.

Francisco Mañé Domingo, primer Redactor Jefe de la Revista Española de Podología. Editó 36 números durante el período de 1968-1974.

Leonardo Escachs Clariana, director e impulsor excepcional de la Revista de Podología en las dos épocas de dicha revista, hasta su muerte en 1981.

Martín Rueda Sánchez, continuador de Francisco Mañé Domingo. Editó 48 números en el período comprendido entre 1974 a 1981.

RESPONSABLES CRONOLOGICOS DE LA "REVISTA"

Nº REVISTA	DIRECTOR	REDACTOR JEFE	REVISTA Nº	FECHA	AÑOS
1	Leonardo Escachs	Enrique Blanco Bargalló		Ene.-Mar. 1961	
11	Manuel Garea	Emilio Samperio		Jul.-Sept. 1963	
13	Manuel Garea	E. Enrique González		Ene.-Mar. 1964	
23	Leonardo Escachs	Pablo Vilató Ruíz		Jul.-Sept. 1967	
24	(Ultima)				
NUEVA REVISTA					
1	Leonardo Escachs	Fco. Mañé Domingo	36	Ene.-Feb. 1968	6
37	Leonardo Escachs	Martín Rueda		Ene.-Feb. 1974	
79	Zacarías de Andrés	Martín Rueda		Ene.-Feb. 1981	8
83	E. González	Martín Rueda	48	Sept. Oct. 1981	
85	E. González	Manuel Meneses	5	Ene.-Feb. 1982	
90	Sergio Bonamusa	Isaías del Moral	1	Diciembre 1983	
91	Sergio Bonamusa	Alvaro Ruíz Marabot	6	Ene.-Feb. 1984	
97	Sergio Bonamusa	Comisión Permanente Secretaría General		Ene.-Feb. 1985	

Primer Nº

REVISTA NACIONAL DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA DELEGACIÓN NACIONAL DE PODOLOGIA
DEL
CONSEJO NACIONAL DE PRACTICANTES EN MEDICINA Y CIRUGIA Y A.T.S.

Depósito legal - B. 2609 - 1961

SUMARIO:

Director: D. Leonardo Escachs Clariana.
Subdirector: D. Juan Pérez Lázaro.
Redactor Jefe: D. Enrique Blanco Bargalló.
Cuadro de Redacción: D. Manuel Garea - D. Valentín Zambrano - D. J. Iglesias - D. Pablo Vilató.
Relaciones Internacionales: D. Francisco Mañé - D. Miguel Aymamí.
Corresponsales: D. José Antonio Calvo - D. Juan Vidán - D. Isaías del Moral - D. Jesús Urbina - D. José Luis Inchaurrondo - D. Francisco Alvarez.
Administrador: D. Leopoldo Cabanes Profitós.
Jefe de Publicidad: D. Enrique Salas García.

Dirección: Cuesta Sto. Domingo, 6 - MADRID.
Redacción y Administración: Bruch, 144 - BARCELONA.

Suscripción anual: **60 pesetas**

Primer Nº

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

Redacción y Administración:
Bruch, 144, pral. - Barcelona-9
Director:
Leonardo Escachs Clariana
Sub-director:
Pablo Vilató Ruiz
Redactor Jefe:
Francisco Mañé Domingo

Impreso en Magnograf, I. G. - Encarnación, 106 - Barcelona-12
Depósito Legal: B. - 13484 - 1968

SUMARIO

COMISIONES

AGRUPACION DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

Presidente Nacional	D. LEONARDO ESCACHS CLARIANA	Barcelona
Vice-Presidente 1.º	D. JUAN PEREZ LAZARO	Madrid
Vice-Presidente 2.º	D. ISAIAS DEL MORAL CEJALVO	Valencia
Secretario General	D. JOSE A. CALVO GARCIA	Zaragoza
Vice-Secretario	D. FRANCISCO MAÑE DOMINGO	Barcelona
Tesorero	D. LEOPOLDO CABANES PROFITOS	Barcelona
Contador	D. LUIS AYCART VIUESA	Madrid
Vocal 1.º	D. JOSE FERRE ANGLADA	Barcelona
Vocal	D. JUAN VIDAN TORRES	S. Compostela
Vocal	D. JOSE SANTOTORIBIO	Sevilla
Vocal	D. LUIS INCHAURRONDO	Irún
Vocal	D. JOSE M.ª BAEZ BASAURI	Bilbao

DELEGADOS DE ZONA

D. José M.ª Báez Basauri. Mayor, 27, 5.º. Las Arenas. BILBAO.
D. José Luis Inchaurrondo. Paseo de Colón, 65. IRUN.
D. Juan Vidán Torres. Preguntoiro, 19. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
D. Antonio Báez Prieto. Alcalá, 313. MADRID.
D. José Antonio Calvo García. Coso, 77, 5.º. ZARAGOZA.
D. José Ferré Anglada. Vía Augusta, 128. BARCELONA - 6.
D. Isaías del Moral Cejalvo. Moratín, 8. VALENCIA - 2.
D. Francisco Bernedo. Príncipe, 12. GRANADA.
D. José Santotoribio. Hernando de Colón, 33. SEVILLA.

DELEGADOS PROVINCIALES

SANTANDER: D. José Manuel Balbas.
PALENCIA: D. Damián Porro Villarroel.
VALLADOLID: D. Alfonso Domínguez Milán.
BURGOS: D. Elías Hernando Tamayo.
ALAVA: Sin Delegado Provincial.
SAN SEBASTIAN: D.ª Pilar Gómez Elzaguirre.
BILBAO: D. Víctor Fano Ugartiza.
BILBAO: D. José M.ª Báez Basauri.
IRUN: D. José Luis Inchaurrondo.
LA CORUÑA: D. Francisco de la Cruz Agustí.
LUGO: D. Juan Mondelo López.
ORENSE: D. Eleardo Brale Rego.
PONTEVEDRA: Sin Delegado Provincial.
VIGO: D. Rodrigo Contreras.
LEON: Sin Delegado Provincial.
ZAMORA: D. Juan J. Miguel Barrios.
SANTIAGO DE COMPOSTELA: D. Juan Vidán Torres.
SALAMANCA: D. Antonio Bases Encinas.
BADAJOZ: D. José Villalaina de la Cruz.
CACERES: D. Timoteo Fernández Gil.
CIUDAD REAL: D. Luis Barba Vázquez.
TOLEDO: Sin Delegado Provincial.
CUENCA: D. Gerardo Bollo de la Peña.
MADRID: D. Zacarías García Andrés.
AVILA: Sin Delegado Provincial.
SEGOVIA: D. Francisco García Rodríguez.
GUADALAJARA: D. Miguel Cortés Pérez.
MADRID: D. Antonio Báez Prieto.
PAMPLONA: Sin Delegado Provincial.
LOGROÑO: D. Vicente Alvarez Pipaon.
SORIA: Sin Delegado Provincial.
HUESCA: D. Francisco Palacios.
TERUEL: D. Mariano Esteban Pueyo.
ZARAGOZA: D. José Antonio Calvo García.
BARCELONA: D. Evaristo Rodríguez.
LERIDA: D. Francisco Guardia Mauri.
TARRAGONA: Sin Delegado Provincial.
GERONA: D. José M.ª Bosch.
PALMA DE MALLORCA: D. Hipólito Vallejo.
BARCELONA: D. José Ferré Anglada.
CASTELLON: D. Nicolás Prats Moreno.
VALENCIA: D. Ramón Macías.
ALICANTE: D. José Olcina Morales.
ALBACETE: D. Luis Juan Navarro.
MURCIA: Sin Delegado Provincial.
VALENCIA: D. Isaías del Moral Cejalvo.
JAEN: D. Leandro Rodríguez Revuelta.
MALAGA: D. Fernando Ramírez Torres.
ALMERIA: D. Antonio Muñoz Martínez.
MELILLA: D. Fernando Bosch Polés.
GRANADA: D. Francisco Bernedo.
CORDOBA: D. José Bellido Romero.
CADIZ: D. Manuel Albalá Valle.
HUELVA: Sin Delegado Provincial.
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA: Sr. Moren.
SANTA CRUZ DE TENERIFE: Sr. Méndez.
SEVILLA: D. José Santotoribio.

EDITORIAL

Con este número inauguramos nuevo y definitivo nombre para nuestra Revista. También nuevo logrado, nueva organización y nuevas ansias de superación. Ella será nuestro Organo oficial y nuestro contacto continuo con todos los Podólogos españoles. Su publicación será bimensual.

Hemos tratado y creo conseguido que la Revista tenga la presentación y rango que se merece nuestra Profesión. A tal respecto desearíamos saber la opinión de los Podólogos de España, ya que siendo nuestra la Revista es lógico que tenga el beneplácito de todos.

Su proyección, allende fronteras, a todos los componentes de la Federación Internacional de Podología hace que nos obligue más cada vez al perfeccionamiento de la misma. Aparte de que en ella iran reflejadas todos nuestros trabajos, anhelos, alegrías y sinsabores, procuraremos también que tenga una sección de estudio que, a la larga, en un momento determinado, pueda servirnos de consulta ante un determinado caso que se presente en nuestros Consultorios. Sin que ello se deba interpretar como que sentamos cátedra sobre un determinado tema, ya que esta sección será el reflejo de nuestra experiencia profesional conseguida a través de años de ejercicio.

Aunque figure un Director, un Sub-Director, un Jefe de Redacción, etc., sus páginas están a disposición de todos los Profesionales de España. Unamos nuestra preparación, nuestra hombría de bien y nuestros lazos de amistad en un bien común: LA PODOLOGIA. Y que queden reflejadas en estas páginas de nuestro Organo Oficial, de la manera más clara, sincera y noble ya que en ellas hacemos historia de nuestros trabajos y los divulgamos ante propios y extraños.

El nombre de esta publicación, ya no hará falta cambiarlo más ya que lo tenemos patentado como veréis reflejado en las páginas interiores, con todo detalle.

Nuestra Agrupación cuenta, en la actualidad, con un número aproximado de 700 Socios. Ello, junto con la magnífica colaboración de las firmas comerciales que nos honran con la publicación de anuncios en la Revista, nos permite, justificadamente, el mirar el porvenir de la misma con esperanza de continuidad en la presentación y si cabe, de poder mejorarla al máximo.

Y al agradecer la confianza que nos otorgan las firmas comerciales antedichas, creo es nuestro deber el corresponder a esta gentileza, acordándonos de las mismas en el ejercicio de nuestra Profesión.

Cuando estemos un poco centrados en el sentido de la marcha de esta nueva publicación, es criterio de la Junta de Gobierno de la Agrupación el establecer un premio anual al mejor trabajo científico publicado en la Revista. En el momento oportuno se comunicará por medio de estas mismas páginas la organización y bases para optar a dicho premio.

Nuestra Revista será un fiel reflejo de nuestras actividades. Ello implica la obligatoriedad de comunicar a la Redacción de la misma, todos cuantos actos culturales, científicos o de divulgación se realicen con un interés podológico, en toda la geografía patria y con el fin de darle toda la divulgación necesaria entre todos los Agrupados.

Si tenemos reglamentada nuestra Profesión (Decreto 727/1962 de 29-3-62. - B. O. del E. n.º 89 de 13-4-62). Si tenemos reglamentadas nuestras Escuelas de Podología (O. M. de 22-11-1963. - B. O. del E. n.º 304 de 20-12-63). Si tenemos autorizada nuestra Agrupación de Podólogos de España (según expediente de fecha 19-12-66). Si tenemos patentado el nombre de la misma (19-12-66). Si tenemos autorizada nuestra Revista (Expediente 1.709, 12-2-1968), patentado su nombre (24-11-67) y, además, tenemos 700 Agrupados, creo que sólo nos resta seguir por el camino emprendido, ir ganando puntos poco a poco, colaborar todos como un solo hombre y así, seguro que con ello, tendremos asegurado nuestro porvenir personal y el de nuestra Profesión: LA PODOLOGIA.

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Perusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®

El relajante de los pies

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA "MEDIDOR DE LA PRESION DEL PIE"

MR. A. PAUL BARCROFT
(ENGLAND)

Esta comunicación describe un nuevo sistema de medición de fuerzas en un número discreto de puntos localizados bajo los pies.

Los traductores, específicamente diseñados para ello, son delgados y flexibles de forma que pueden adherirse directamente en la zona plantar del pie.

El sistema Electrodinagrama tm E.D.G., como se le denomina, recoge la información dinámica de las fuerzas utilizando un pequeño microprocesador portátil y posteriormente transfiere la información almacenada a un ordenador base para su procesamiento.

Los datos almacenados pueden ser recogidos con ó sin el uso de zapatos y en el entorno habitual donde camina el paciente.

Se utilizan un total de siete transductores para cada pie adheridos a posiciones anatómicas específicas.

El ordenador base, tras recibir la información recopilada por el microprocesador portátil, compara los valores recogidos en la prueba con los valores normales, suministrando la información que describe la significación clínica de los resultados.

INTRODUCCION

Siempre ha sido difícil el reconocer y cuantificar las fuerzas producidas bajo los piés durante la marcha. Se han realizado varios intentos de medir estas fuerzas, tales como la Placa Kissler y el Podobarágrafo. Estas fuerzas son elemento esencial para un mejor entendimiento de las patologías posturales relativas al pié y a la pierna, ayudando de un modo importante en el diagnóstico y tratamiento de tales afecciones.

Se han realizado varios estudios Kisiomáticos del modo de andar con objeto de estudiar y describir las relaciones angulares dinámicas entre los diversos segmentos corporales y los ejes articulares utilizando una gran variedad de sistemas de película o vídeo asistidos por ordenador.

Sin embargo, por debajo de la articulación del tobillo los segmentos anatómicos se comportan de tan sútil manera que su función no puede ser observada ó comprendida ni tan siquiera utilizando las técnicas visuales con apoyo computerizado, más sofisticadas.

EL ELECTRODIAGRAMA

El sistema de medida de fuerzas lo componen catorce transductores, siete por cada pié. Cada transductor se compone de dos partes, una desechable y otra no desechable.

Estos componentes se unirán en el lugar de la medición para conformar un transductor completo. Mientras seis de los siete transductores tienen una colocación específica, el transductor señalado con "X" puede colocarse en cualquier punto de interés para el investigador.

Es importante recalcar la correspondencia existente entre los transductores numerados y los marcados con letras en las figuras 2 y 3. Para comparar los resultados de la prueba con patrones normales establecidos, debe mantenerse esta inter-relación. El sistema de grabación

de fuerzas consiste en un microprocesador autoportante con una memoria de almacenamiento de datos que puede fácilmente ajustarse a la cintura. Los datos recogidos pueden almacenarse durante más de 24 horas.

En un momento determinado pueden ser transferidos a un segundo sistema de microprocesador para su análisis, interpretación e impresión de las conclusiones.

CURVA VECTOR FUERZA/TIEMPO

La figura 4A muestra un trazado característico de fuerzas en función del tiempo, en la postura estática, del pié de un paciente. Si "conectamos" (¿ó agrupamos?) las letras y números impresos individualmente, se forman curvas, tomando el ancho del papel como escala de fuerzas expresada en tanto por ciento del peso corporal y la longitud del papel como escala de tiempos en unidades de 20 milisegundos.

La figura 4A representa una gráfica quasinormal mientras que la figura 4B es un ejemplo de una patología específica del pié (Hallux Abducto Valgus —juanete —). Nótese las diferencias entre las formas y amplitudes de las curvas de las figuras 4A y 4B. Estas diferencias, del mismo modo, se utilizan para valorar cuales de las estructuras anatómicas actúan en el intervalo de tiempo apropiado y si estas soportan la carga adecuada.

CALCULOS CUANTITATIVOS

La fase estática y la fase de balanceo se miden calculándose los parámetros de la marcha y las fuerzas resultantes.

La información sobre la marcha incluye la fase de contacto como porcentaje del ciclo de marcha, la fase de postura media, la fase propulsiva y una nueva medida llamada postura de pico porcentual. Este parámetro es una expresión del instante en el que un detemrinado transductor soporta la carga máxima. Es muy útil en la estimación del instante en que el centro de gravedad del cuerpo pasa por tal localización. Los parámetros de fuerza incluyen la máxima fuerza leída por cada transductor durante la portura estática de la marcha, expresado como porcentaje entre el peso del cuerpo en Newtons y el impulso máximo, es decir la relación del incremento de la fuerza expresada en Newtons/seg. (Párrafo glorioso).

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Cada resultado cuantitativo de una prueba se compara con el rango normal de valores. Las conclusiones se derivan tanto del ordenador como del estado biomecánico del paciente.

Adicionalmente puede ser utilizada una base de datos más extensa para recabar consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento.

METODO DE UTILIZACION Y MATERIALES

Componente desechable:

Esta es la parte aplicable a la zona plantar del pié. Consiste en una delgada película provista por un lado de un adhesivo que se adhiere fácilmente a la piel normal. El lado opuesto también presenta un área impregnada de adhesivo que se fijará al componente permanente del transductor.

Este lado tiene la delgada capa activa del transductor. El área delgada se acoplará con el área correspondiente del transductor permanente cuando ambas se unan.

Componente permanente:

Esta parte tiene una forma rectangular y relativamente plana que se ajusta en sus dimensiones con el componente desechable. Extendiéndose desde este rectángulo se encuentra una delgada cinta de cable plano que conecta eléctricamente el transductor al circuito externo de adaptación de señal.

TRANSDUCTOR COMPLETO ENSAMBLADO

El equipo sensor básico lo componen siete transductores. La conexión final al equipo de recogida de la señal se realiza

mediante un cable intermedio. Como el transductor ensamblado es flexible y compresible es fácilmente acomodable a la medida de fuerzas con el calzado colocado. Debido a su flexibilidad es fácilmente aplicable a superficies curvas, el transductor permanente se adaptará igualmente a la superficie medida.

SISTEMA DE RECOGIDA DE DATOS

El conjunto de medida es un microprocesador alimentado por baterías. Contiene un conversor analógico/digital de 8 bits., un microprocesador C.MOS. y una capacidad de memoria de 8 K. bytes para almacenamiento de datos. La adquisición de datos se inicia pulsando el paciente un interruptor ó bien mediante activación remota a través de un emisor infrarrojo en manos del explorador.

Tras una pausa de 2 seg. los datos comienzan a recogerse. Se recogen 500 datos, por cada uno de los 14 canales, en un intervalo de tiempo de 5 seg.

ORDENADOR BASE

Para la recepción de los datos y su proceso, se utiliza un sistema basado en el microprocesador Z 80 A. Como memoria de masa para programas, datos y resultados se utiliza un disco flexible y la impresión la realiza una impresora de 40 columnas.

SUMARIO

Esta comunicación representa un nuevo estudio de las fuerzas producidas en el pie durante la marcha. La principal característica radica en la cuantificación de la fuerza en función del tiempo en puntos anatómicos de los piés. Esta información se convierte en una significativa y muy útil fuente de datos para el clínico.

El sistema ha sido diseñado como una unidad clínica portátil estando ya comercializado.

XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA ZARAGOZA, Del 30/IV al 04/V de 1986

Queridos amigos y compañeros:

Como ya informamos en la pasada Asamblea de la Asociación Española de Podólogos, os comunicamos que:

1.— PRESENTACION DE COMUNICACIONES: El plazo finaliza el 15 de Febrero de 1986. El motivo es que vamos a publicar todas las Ponencias en un Libro Monográfico que se entregará con la documentación del Congreso.

2.— COMUNICANTES: Todo aquel que presente comunicaciones o trabajos a los CURSOS MONOGRAFICOS estará dispensado del abono de la Cuota de Congresista (Actos científicos) y dispondrá de una cuenta de gastos de 15.000,- Ptas., que podrá utilizar en el pago de actos sociales, reserva de hotel, cuota de acompañantes, desplazamientos, etc...

El deseo de este Comité Organizador hubiese sido el abono completo de los gastos de los compañeros que, haciéndo un esfuerzo de tiempo y dinero, prepararan trabajos para el Congreso. Sin embargo, ello hubiera supuesto unos gastos excesivos, lo que hubiera provocado un aumento desmesurado en el precio de las Cartas de Congresista.

3.— PROGRAMA PRELIMINAR: Se está elaborando un Programa Preliminar de Actos Científicos y Sociales que deseamos esté en vuestro poder antes de fin de año. Igualmente remitiremos los boletines de inscripción y las reservas de Hotel, rogándoos los cumplimenteis rápidamente.

4.— SUGERENCIAS: Esperamos vuestras ideas y sugerencias para que este Congreso se desarrolle como vosotros deseais. Podeis enviarlas a; JOSE VALERO SALAS (Secretario General del XVIII Congreso Nacional de Podología). Apartado de correos, 128. ALCAÑIZ (TERUEL).

En espera de vuestras noticias, recibid un cordial saludo del

COMITE ORGANIZADOR


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

EQUIPAMIENTO EN PODOLOGIA

LA ILUMINACION

J. Aycart Testa
M. Glez. Sanjuan

Como en tantos otros aspectos de la instalación de una consulta de Podología la iluminación obliga a recopilar cuantas opciones puedan presentarse antes de tomar una decisión respecto a la solución de más interés.

Un portalámparas al extremo de un brazo provisto de una o dos articulaciones y adaptado a un soporte de pie o sobremesa es la posibilidad más difundida. Son, quizás, más numerosas las opciones derivadas de las características técnicas de las lámparas. Genéricamente se contemplan tres apartados, a saber:

— lámpara de incandescencia convencional
— lámpara de incandescencia halógena
— lámpara de fluorescencia.

El análisis de rendimiento y prestaciones en relación con los costos puede hacerse en base a los aspectos que pasamos a enumerar:

— complejidad del aplique o pantoscopio
— procedimiento de concentración de la luz
— tipo de lámpara
— consumo previsto
— necesidades y costo de mantenimiento.

Los sistemas de iluminación que por lo general se ofrecen al podólogo son: a) lámpara de pie, provista de ruedas, brazo articulado y parábola reflectora; b) soporte con instalación de lámpara fluorescente (incluye, en ocasiones, una lente de aumento); c) pantoscopio de uso dental con lámpara de incandescencia y lente Fressnell o parábola reflectora.

No entramos en una crítica de cada una de estas posibilidades ya que se deducirá en el curso de esta exposición.

Una nueva opción para la iluminación en el trabajo de quiropodia y cirugía podológica es la disposición múltiple de luminarias orientables o provistas de parábola direccional, ejemplo que se ilustra (fig. 1). Montando lámparas halógenas de bajo voltaje.

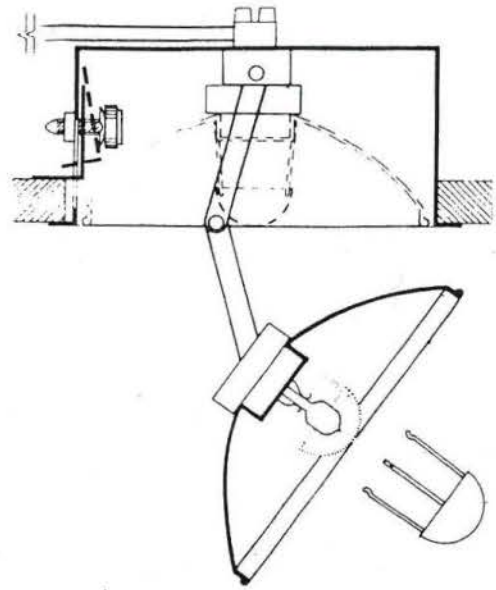


Figura 1

Las necesidades óptimas de iluminación son:

a) Intensidad lumínica adecuada, dentro de valores pueden ser muy variables e influenciados por fenómenos externos, tales como iluminación general de apoyo, indice de absorción de la luz de superficies próximas, estado de la visión del profesional.

b) Cubrir la superficie de trabajo, que estimamos de treinta y cinco a cincuenta centímetros de diámetro.
c) Debe evitarse que el desprendimiento de calor ocasione incomodidad, tanto para el podólogo como para su paciente.

La intensidad de luz que proporciona determinado tipo de lámpara (que un aparato de medida, el luxómetro, permite cuantificar en unidades lux) está en razón directa a la potencia en watios de esta, también a la concentración de los rayos de luz por la parábola reflectora, y, por supuesto, a la proximidad entre la lámpara y el objeto a iluminar o en su caso al instrumento de medida.

El calor desprendido por las lámparas será directamente proporcional a su potencia. Su incidencia en el campo de trabajo está en relación con la concentración del haz de luz, así como la posibilidad de disipación del mismo. En el caso de las lámparas fluorescentes no debe despreciarse la potencia calorífica consumida por la reactancia.

La solución tomada por nosotros para cubrir las necesidades de iluminación en Podología ha sido el empleo de apliques de techo (empotrables o de superficie), dotados con lámpara halógena de bajo voltaje. Como ya se ha mencionado puede tratarse de apliques con parábola direccional o que permitan el empleo de lámparas con parábola incorporada y que a su vez estas puedan ser orientadas.

La disposición de los apliques con respecto a la zona de trabajo (los pies del paciente) ha de ser tal que se eviten las sombras sobre las manos y el instrumental empleado por el podólogo, por esta razón el mínimo de puntos de iluminación será de dos, en el supuesto de que el sillón permita al paciente adoptar la posición de decúbito prono; de no ser asi se requiere un tercer punto para iluminar, cuando sea necesario, en el medio y retropie en su zona plantar.

Aspectos ventajosos del equipo halógeno direccional

1. Intensidad lumínica.— En las condiciones de trabajo que se expondrán seguidamente al hablar del campo a iluminar, bajo los dos apliques en funcionamiento pueden obtenerse 2.500 lux. A modo comparativo reseñamos el que la utilización de un pantoscopio con instalación de dos tubos fluorescentes de 8W, proporciona a 36 cm. una intensidad de 800 Lux.

2. Campo de iluminación.— Situado cada uno de los dos apliques precisos a 225 cm. del campo de trabajo proporcionan, con una abertura del haz de aproximadamente 12º, una superficie óptima de iluminación de 40 cm. de diámetro. Superficie que permite trabajar en ambos pies, y en cualquier posición que permita el tobillo, como puede apreciarse esta instalación hace innecesarias las movilizaciones a las que obliga una lámpara de uso dental, puesto que estas proporcionan una superficie de iluminación de 20 cm. de diámetro, teniendo presente la limitación de alejarla del campo de trabajo.

Otra característica ventajosa la proporciona el empleo de lámparas halógenas de parábola incorporada que permiten elegir el grado de apertura del haz, facilitando así la instalación al margen de la altura de techos del inmueble. También es interesante tener presente que la sustitución, por deterioro, de una de estas lámparas nos permite disponer de nueva parábola en perfecto estado, y que estas, por su especial tratamiento, tienen un índice de reflexión mejor que el 0,95, mejorando el de cualquier parabola que pueda incorporar un aplique.

3. Calor originado en la fuente de iluminación.— La potencia que es consumida en forma de calor es mayor en las lámparas halógenas si se compara con las fluorescentes, ahora bien, el calor disipado por convección lo será sobre el falso techo y zona alta de la sala, el calor irradiado disminuye progresivamente en la trayectoria que hemos estimado de 325 cm. La radiación infra-roja proyectada por la parábola afectará al podólogo, pero resulta menos ingrata que el calor procedente de una lámpara de pie situada necesariamente a corta distancia.

4. Costes.— De los datos reflejados en el cuadro comparativo (fig. 2) destacamos que el nivel de iluminancia sobre el campo es tres veces superior para la lámpara halógena, el consumo seis veces más elevado. Respecto al mantenimiento, suponiendo igual vida media para los dos tipos de lámparas, no llega a doblarse el coste en el caso de las halógenas, pero resultando esta diferencia en valor absoluto insignificante.

Una de las características de las lámparas halógenas es su capacidad de regeneración, por esta razón no ennegrece ni se deteriora progresivamente su filamento, dando un rendimiento lumínico constante para la vida media estimada por el fabricante. Teniendo en cuenta que las lámparas fluorescentes sufren un empobrecimiento en intensidad de luz con el paso del tiempo resulta que la economía de mantenimiento y consumo se va haciendo menor de lo que se deduce ante el cuadro comparatjvo que presentamos.

Sabido que la sensibilidad del órgano de la visión responde a incrementos logarítmicos, del análisis comparativo, resulta manifiesta la ventaja del empleo de las lámparas halógenas de bajo voltaje.

El proposito de que se vean mejoradas las condiciones de trabajo de nuestra clase profesional, o cuando menos ampliar las ofertas en materia de iluminación, es el único fin que nos ha movido a redactar estas líneas.

CUADRO PORCENTUAL PARA EL ANALISIS COMPARATIVO

Tipo de lámpara	HALOGENA	FLUORESCENTE
Potencia nominal en W	2 x 50 W	2 x 8 W
Potencia total en W	110 W	17,6 W
Distancia al campo	225 cm.	36 cm.
Intensidad en Lux	2.500	800
Intensidad %	312 %	100 %
Rendimiento Lux/W	50 %	100 %
Consumo	625 %	100 %
Costo de instalación	150 %	100 %
Costo de mantenimiento	176 %	100 %

Figura 2

REMISION DE TELEGRAMAS A LA SECRETARIA DE ESTADO DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACION

Ante la demora en la aprobación del Real Decreto sobre Estudios de Podología, con fecha de 11 de Julio, las Delegaciones provinciales enviaron un telegrama al Mº en nombre de cada asociado con el siguiente texto:

"Ruego aprobación urgente Real Decreto estudio de Podología".

Al mismo tiempo se ha tramitado solicitud de entrevista al Secretario de Estado de Universidades e Investigacion en nombre de los Directores de ambas Escuelas de Podología, del Vicepresidente de la F.I.P. y del Presidente de la Asociación Española de Podólogos.

Del Consejo General de A.T.S. y P.E. nunca más se supo en lo que a las reuniones prometidas en la Asamblea de Asesores provinciales de Podología.

FEDERACION INTERNACIONAL DE PODOLOGOS

ACTA DE LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA del 10 de Abril de 1985 — BARCELONA (España)

15 h 30
PUNTO Nº 1

INFORME DEL PRESIDENTE

Dada la hora tardía del comienzo de la sesión, el informe del Presidente EMONET es idéntico al que hizo por la mañana en la reunión del C.L.P.C.E., cuyo contenido será comunicado a cada Asocación a través del Acta de esta comisión.

No obstante, quiere subrayar que se siente muy satisfecho de mantener siempre relaciones estrechas, corteses y confraternales con los miembros de la Mesa de la F.I.P. y agradece a los Organizadores del Congreso Internacional su acogida en la ciudad de BARCELONA.

INFORME DEL SECRETARIO GENERAL

El Sr. MOREAU, Secretario General de la F.I.P., estipula las modificaciones de la última Acta de la Junta Extraordinaria que se celebró en PARIS en 1984.

— **1ª página.** Hay que leer... el Sr. GARCIA DE ANDRES elegido Vicepresidente de la F.I.P. en sustitución del Sr. GONZALEZ GOMEZ y no Sr. S. BONAMUSA MONT como está inscrito.

— **2ª página.** Decisiones 3/ la misma observación.

Después de estas observaciones, las Actas de las Juntas Generales Ordinaria y Extraordinaria de PARIS 1984 son aprobadas por unanimidad de los Miembros presentes.

Comunica la dimisión sin razón de la Asociación Sueca —SVERIGES FOTTERPEUTERS RIKSFORBUND— mediante una carta del 25/8/84 firmada por Mónica ALBERTUS, Presidenta.

Todos los Miembros presentes lamentan esa dimisión.

Una carta del 3 de Julio de 1984 de la Asociación Holandesa NVP (Nederlandse Vereniging Van Podotherapeuter) es leída a la Asamblea. Es firmada por I.O.M. Klitsie, Secretario General y nos transmite el deseo de afiliarse en el futuro a la F.I.P. cuando el número de miembros (actualmente 45) y los medios financieros se lo permitan. (Dirección de la NVP —Secretaría Postbus 3258 — 5203 DG's HERTOGENBOSCH-HOLLAND).

La Junta está de acuerdo en enviar esta Acta a la Asociación Holandesa y desea que entre en contacto con el Presidente para su futura inscripción en la F.I.P., en la que será bienvenida y deseada en 1986.

La Sra. CHARLIER hace observar sin embargo que su Asociación es adherente de la F.I.P. con solamente 53 Miembros.

Una letra certificada del 10 de Octubre del "Conseil de l'Union des Associations Romandes de Pédicures", dirigida al Secretario General de la F.I.P. y firmada por la Presidenta Sra. G. SAUTAUX, es leída a la Junta General.

Hace observar que en Suiza hay dos Asociaciones separadas una de otra y que no pueden tomar posición individualmente, por consiguiente, ni votar por la Suiza entera.

Además, la Presidenta señala que le extraña que la F.I.P. admita Asociaciones que no respetan las bases mínimas de la Podología moderna y de la F.I.P. (Comercialización, aprendizaje privado, etc...).

El Presidente EMONET, en respuesta a esa carta, toma la palabra y dice que la F.I.P. se fija una ética que incita al ejercicio de la Podología fuera del Comercio, como una profesión enteramente médica con una reglamentación deontológica que todvía no es admitida por todo el mundo pero que ya es aplicada por la mayoría.

Hace observar que en Francia, a pesar de una reglamentación de la que es responsable él mismo, hay quienes todavía hacen comercio. Por consiguiente, en una Federación como la F.I.P. que agrupa 11 Asociaciones por 9 países y 8.343 miembros es difícil lograr que todos apliquen el código deontológico deseado.

El futuro está en el sentido de las directivas y de la diversificación de las ideas nace todo fundamento. Piensa que nuestras convicciones serán compartidas un día por aquellos que todavía no se han incorporado a nuestra unión.

Por consiguiente, el Presidente prefiere que permanezcamos todos juntos para trazar el camino del Futuro ya que la fe —dice— levanta las montañas.

— Aplausos.

Dice también que ninguna Asociación representa a su país sino solamente al número de sus miembros. Eso naturalmente es todavía mas valedero para los países que poseen varias Asociaciones en el seno de la F.I.P.

El Sr. MOREAU, Secretario General, comunica que desde Julio de 1984 se ha cerrado la cuenta F.I.P. que estaba abierta en PARIS en el banco LE CREDIT LYONNAIS. Ahora, por consiguiente, toda la contabilidad F.I.P. está situada en SUIZA.

A continuación se pasa a la elección tutaria de dos Censores de Cuentas.

Son elegidos por unanimidad:

la Sra. ROOFTHOOFT (ABP)
el Sr. MONTESI (AIP)

— El Informe del C.L.P.C.E., cuya comisión se ha reunido por la mañana de este mismo día, será remitido a todas las Asociaciones.

— Informe de la EFTA: La Sra. SCHICHO (VOF), ponente de este Organismo ante la F.I.P. dice que no ha podido reunir por diversas razones las Asociaciones interesadas y que, por consiguiente, no puede hacer su informe este año.
La U.A.R.P. le pide que no se la olvide, como hasta el presente, y que, si se hace, desea recibir todas las correspondencias y ser advertida también de las entrevistas, etc...
El Sr. ZANETTI comunica la razón social de su Asociación que se llama actualmente ASSOCIAZIONE NAZIONALE ITALIANA PODOLOGI.

— **Próxima Junta General F.I.P. = 12/13 de Abril de 1986 en BRUSELAS**

— La A.B.P. comunica al Presidente Sr. EMONET la creación en BRUSELAS de una Escuela de Podología con 3 años de estudios, en conformidad con las directivas. La Junta General aprueba por unanimidad esa creación y pide a su Presidente que presione por carta oficial ante las Autoridades competentes para lograr la habilitación necesaria a la "Escuela de Podología y de Podoterapia" de Bruselas dirigida por el Sr. NIL en estrecha colaboración con la A.B.P. de la que la Sra. CHARLIER es Presidente.

— La A.I.P. por su Presidente Sr. MONTESI confirma la organización del próximo Congreso Internacional F.I.P. previsto en ROMA en la primavera de 1988.
Hará un primer proyecto en la próxima reunión de la Junta General en BRUSELAS en 1986.
El Sr. MOREAU pide a las Asociaciones interesadas que se manifiesten para la organización del Congreso Internacional de 1991 ya que, preparándolo mucho tiempo antes, su éxito es provechoso a la Podología Internacional.

ELECCION DE LOS MIEMBROS DE LA MESA

— 11 Asociaciones presentes o sea 11 votos.

Son elegidos en la primera votación:

PRESIDENTE : J.L. EMONET (FNP) 10 votos a favor
VICEPRESIDENTE : Z. GARCIA DE ANDRES (AEP) 9 votos a favor
SECRETAR. GENERAL : G.H. MOREAU (FNP) 10 votos a favor
TESORERO : S. ANFRAY (SPV) 10 votos a favor

Son elegidos en la segunda votación:

PRIMER CONSEJERO : H. GREWEY (ZFD) 7 votos a favor
SEGUNDO CONSEJERO: S. WESTERLUND (SJHL) 6 votos a favor

FIN DE LA SESION : 18 h 30

JUEVES, 11 de Abril de 1985 — 9 h 30

Están presentes todas las Asociaciones; solamente la FINLANDIA ausente, es representada por DINAMARCA.

El Presidente EMONET agradece a la Asociación Catalana el recibir a la F.I.P. en sus locales y recuerda con emoción a su predecesor y amigo Leonard ESCASH que fue responsable de estos lugares.

Agradece igualmente a la Asociación Catalana el que se encargue de los gastos de la sala y de la traducción de las dos reuniones de la Junta General de la F.I.P. y del C.L.P.C.E.

El Sr. MOREAU entrega a cada Asociación el cuadro de las "estructuras podológicas de los 9 países del Mercado Común". Este trabajoha sido llevado a cabo en francés por la A.B.P. y la traducción eventual corre a cargo de las Asociaciones.

El Sr. MOREAU transmitirá a cada Asociación el programa oficial francés de estudios de podología. Desea que se produzca así un intercambio entre cada Asociación.

INFORME DE LA TESORERIA DE LA F.I.P.

La Srta. S. ANFRAY remite a cada uno el balance financiero 1984 y para evitar gastos suplementarios no será añadido al Acta.

Todas las Asociaciones están al día en el pago de las cotizaciones 1984 salvo la A.E.P. que pagará su deuda dentro de 3 meses.

HABER EN BANCO AL 31.12.1984 : 39.553,53 Francos Suizos

La Junta decide entonces invertir con intereses la suma mínima de 20.000 Francos Suizos en una entidad bancaria de ese país.

La Srta. S. ANFRAY está encargada de efectuar esa operación buscando lo que sea más interesante para la F.I.P.

El valor de la dieta diaria estatutaria, por 9 votos a favor y 2 en contra, pasa a 300 F.S. para los Miembros de la Mesa.

Las cuotas de 1095 serán del mismo valor que las de 1984.

Después del informe de los Censores de Cuentas, éstos y la Junta General aprueba la contabilidad F.I.P. llevada por la Srta. S. ANFRAY, Tesorera.

FIN DE LA SESION a las 12 h 30

El Presidente — El Secretario General

J.L. EMONET — G.H. MOREAU

DECISIONES DEL ACTA BARCELONA 1985

a) Las 2 Actas de las Juntas Ordinaria y Extraordinaria de PARIS 1984 son aprobadas por unanimidad después de hechas las modificaciones.
2) Es aceptada la dimisión de la Asociación Sueca S.F.R.
3) La Sra. ROOFTHOOFT y el Sr. MONTESI son elegidos Censores de Cuentas.
4) Son elegidos Miembros de la Mesa:
   — Presidente : J.L. EMONET
   — Vicepresidente : Z. GARCIA DE ANDRES
   — Secretario General : G.H. MOREAU
   — Tesorera : S. ANFRAY
   — Primer Consejero : H. GREWEY
   — Segundo Consejero : S. WESTERLUND
5) Decisión de invertir con intereses 20.000 Francos Suizos tomdos de la cuenta F.I.P.
6) Las cotizaciones 1985 son del mismo valor que las de 1984.
7) Aceptación unánime de las cuentas F.I.P. llevadas por S. ANFRAY.
   La dieta estatutaria de los Miembros de la Mesa es votada a 300 F.S.

Próxima Junta General 12/13 de Abril de 1986 en BRUSELAS

COMITE DE LIAISON DES PODOLOGUES DE LA COMMUNAUTE EUROPEENNE (C.L.P.C.E.)
LIAISON COMMITTEE OF PODOLOGISTS OF THE COMMON MARKET
VERBINDUNGSAUSSCHUSS DER PODOLOGEN DER EUROPAISCHEN GEMEINSCHAFT
COMITATO DI COLLEGAMENTO DEGLI PODOLOGI DELLA COMINUTA EUROPEA
VERBINDINGSCOMITE DER PODOLOGEN VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAP
E.E.C. FORBINDELSESKOMITE FOR FODTERAPEUTER

Secrétariat: avenue Crockaer 97 - B-1150 Bruxelles - Tel: 02/7705086

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DEL C.L.P.C.E. QUE SE CELEBRO EL 10 DE ABRIL DE 1985 EN BARCELONA

El Señor J.L. Emonet, Presidente de la asamblea, abre la sesión a las 10,50 h.

En su introducción, el Sr. Emonet hace mención de un acontecimiento importante: el ingreso en la Comunidad Europea de dos otros Estados uno de los cuales es España. Recuerda que nos une una gran amistad con la Asociación Española. Subraya que la entrada de España en la CEE puede ser de mucho interés para todos desde el punto de vista podológico.

El Presidente invita al Señor Zacarias García de Andrés, representante de la A.E.P., a sentarse a la Mesa de los delegados.

El Señor Zacarias de Andrés le agradece al Presidente por su amabilidad. Expresa satisfación de ver su país integrar por fin la Comunidad Europea y manifiesta su deseo de cooperar con el centro del C.L.P.C.E.

LISTA DE LOS MIEMBROS

Alemania	Z.F.D.	Sr. H. R. Grewey	Presente
Bélgica	A.B.P.	Sra. S. Charlier (secre. C.L.P.C.E.)	Presente
		Sra. J. Roofthooft	Presente
Dinamarca	L.D.F.	Sra. J. Nielsen	Presente
		Sra. L. Egstrup	Presente
España	A.E.P.	Sr. Zacarias García de Andrés	Presente
Francia	F.N.P.	Sr. J-L. Emonet (Pres. C.L.P.C.E.)	Presente
		Sr. D. Villedieu (Teso. C.L.P.C.E)	Presente
Italia	A.N.I.P.	Sr. G. Zanetti	Presente
Italia	A.I.P.	Sr. M. Montesi	Presente
		Sr. Andreozzi	Presente

Países Observadores:

Austria	V.O.F.	Sra. M. Schicho	Presente
		Sra. E. Gebauer	Presente
Finlandia	S.J.H.L.	Sra. S. Westerlund	Presente
Suiza	S.P.V.	Sra. H. Quain	Presente
		Sra. S. Anfray	Presente
	U.A.R.P.	Sr. R. Aébi	Presente

Federación Internacional de los Podólogos:

Sr. G. Moreau	(Secretario general F.I.P.)	Presente
Sr. M. Charlier	(Miembro honorífico F.I.P.)	Presente

1. Aprobación del acta de la asamblea general del 23 de marzo de 1984

Dos asociaciones miembras (Z.F.D. y L.D.F.) declaran que no recibieron el acta. La Sra. Charlier (secretaria) certifica que mandó el acta y pide que se hagan investigaciones dirigiéndose a la administración de Correos de dichos países. Se volverá a mandar otro ejemplar del acta a ambas asociaciones. Dada esta circunstancia, el Señor Grewey pide el aplazamiento de este punto del orden del día, lo cual está concedido.

2. EL INFORME DEL PRESIDENTE

El Señor Emonet: Voy a presentar un informe breve puesto que suelo trabajar en colaboración estrecha con la Señora Charlier, nuestra secretaria general —como existe una conexión entre mi actividad y la suya, el informe de nuestra secretaria general expone lo esencial del trabajo cumplido. Me limitaré a recordar que, cada vez que se ofreció la oportunidad, representé al C.L.P.C.E. en cualquier parte donde ocurría algo en materia de podología. Intento convencer a las asociaciones que todavía no son miembros de que tengan interés en afiliarse al C.L.P.C.E.

Eso es la función estatuaria y moral del Presidente.

3. INFORME DE LA SECRETARIA

El informe entero redactado por la Sra. Charlier está adjuntado al presente documento.

A consecuencia de las revelaciones consignadas en este informe, el Sr. Emonet teme que se ponga en peligro a las profesiones liberales, si no tenemos cuidado, y desea movilizar a los podólogos a propósito de este tema.

Expresa satisfacción porque el SEPLIS reaccionó de modo adecuado redactando la resolución que se envió a la OCDE.

El Sr. Emonet añade que, en lo que se refiere a la Podología, es menester asegurar el carácter liberal de nuestra profesión y mantener

— la responsabilidad personal
— el secreto profesional
— la libertad de elección para el paciente
— la ética profesional que excluye la publicidad y el negocio.

El Sr. Grewey hubiera deseado recibir la traducción del informe de la secretaria antes de la asamblea general a fin de que pudiera leerlo cuidadosamente, lo cual le hubiera permitido debatir con conocimiento de causa. Cabe señalar que ya no somos miembros del SEPLIS y que si se examina la cuestión de volver a afiliarnos, es oportuno que lo decidamos.

El Sr. Emonet contesta que esta cuestión no es un asunto de actualidad y que el SEPLIS no nos obliga a afiliarnos para participar en la campaña llevada por las profesiones liberales. El SEPLIS propone la organización de un año europeo de las profesiones liberales. ¿No tendríamos que participar? En caso afirmativo, sería oportuno que digamos de qué modo.

El Sr. Emonet propone un congreso.

El Sr. Zacarias García de Andrés dice que importa que la podología sea presente y colabore con todas las manifestaciones que pueden merecer cierta consideración. Incluso es un deber.

El Sr. Grewey está de acuerdo y propone que la Sra. Charlier presencie las reuniones del SEPLIS mediante reembolso de los gastos.

Se entregó a los miembros una traducción en Alemán, en Inglés y en Francés de la Resolución del SEPLIS enviada a la O.C.D.E. (documentos proporcionados por el SEPLIS).

Los delegados le agradecen su trabajo a la secretaria.

4. EL INFORME DEL TESORO

El Señor Villedieu, Tesorero, declara que la cuota de la A.I.P. para 1984 fue pagada al principio de 1985 y por tanto no fue contabilizada en el informe que entrega a cada uno. Esta cuota constará en la contabilidad del año próximo.

Las cuotas para 1985 pagadas a fecha del 1/4/85 son las siguientes:

— A.I.P.
— Z.F.D.
— A.B.P.
— F.N.P.

Queda pendiente la cuota de Dinamarca. Se espera también el pago de la cuota de Italia (A.N.I.P.).

El Sr. Villedieu lee el balance ante la asamblea.

En lo que se refiere al presupuesto consignado en el informe, tenemos que prever por una parte unos 500FF. para cubrir los gastos suplementarios de participación en las reuniones del SEPLIS y por otra parte aproximadamente 2000FF. para cubrir los gastos de traducción de la RESOLUCION del SEPLIS a los distintos idiomas.

Puesto que la A.E.P. acaba de ingresar en el C.L.P.C.E., somos 7 asociaciones para cotizar.

El Sr. Villedieu prevee que los gastos puedan ascender a 11.000FF. ó 12.000FF.

La asamblea da finiquito al Tesorero.

5. LA CUOTA

El Tesorero sugiere la votación de un aumento de la cuota para 1986.

Propone 3 importes:

—1. Mantener la cuota a 800FF.

—2. Alzar la cuota a 1200FF.

—3. Alzar la cuota a 1500FF.

El resultado de la votación es el siguiente:

— un voto para la primera propuesta

— cinco votos para la segunda propuesta

— un voto para la tercera propuesta

Se adopta la propuesta de alzar la cuota para 1986 a 1200FF.

6. MATERIAS DIVERSAS

El Señor Montesi se preocupa por lo que se ha de cumplir con vistas a la participación de los Podólogos en el año europeo de las profesiones liberales.

La Sra. Charlier sugiere que por una parte las asociaciones establezcan contacto con las Organizaciones de las Profesiones liberales en sus países respectivos y por otra parte manden sus proposiciones por escrito a la Secretaría del C.L.P.C.E. dentro de 3 meses a partir de hoy.

Se transmitirán las sugerencias al SEPLIS.

El Señor Aébi recuerda que se propusó el año pasado una participación de las Asociaciones de los países observadores en los gastos por un importe de 200FF. Por consecuencia dichos países deben dar una respuesta este año.

Dan su aprobación: Austria — Finlandia — Suiza (ambas asociaciones).

Después de recibida esta buena noticia para la tesorería del C.L.P.C.E., el Presidente Emonet levanta la sesión.

El ponente: Sra. S. Charlier
(Secretaria general)

COMO SIMPLIFICAR EL ESTUDIO EN SEDESTACION DE LAS ALTERACIONES MAS FRECUENTES EN NIÑOS DE 0 A 8 AÑOS

Angel Fco. Cabezón
(Pamplona)

I PRESENTACION

Estimados colegas:

Una de las razones por las cuales me atrevo a ponerme a charlar ante vosotros, con este rutilante título de ponencia es simplemente, porque me entusiasma.

Voy a procurar transmitir unos conocimientos aplicados en mi consulta diaria y contaminaros si es posible, un rato, de dicho entusiasmo.

Para ello, intentaremos imaginar juntos, a un niño comprendido entre recien nacido y hasta unos 8 años, que viene a nuestra consulta.

"El que se lo imagine mayorcito tendrá menos conflictos, y menos posibilidades de que ensucie la camilla".

Podría dar muchas razones por las cuales, la exploración en sedestación es fundamental: Llegar a una conclusión comparada en bipedestación-marcha, para determinar si es deformidad funcional, estática o dinámica por un lado; y estructurada o estructural, por otro. Pero sobre todo porque sin ella creo que no se puede llegar al diagnóstico de muchas alteraciones.

Dirijo esta charla especialmente a esos pocos compañeros que consideran que tener un espacio en su consulta para la camilla o sillón, que sirva para la exploración en sedestación; es una pérdida de espacio. Pretendo presentar la exploración en sedestación como algo sencillo y práctico para el diagnóstico.

Además de la camilla, tendremos que acompañar esta exploración con una cinta métrica, pie de rey, goniómetro normal, goniómetro de Molgen, tactógrafo, martillo-aguja reflejos, etc.

II Nos encontramos con el niño sobre la camilla despues de haber realizado una fina anamnesis, y vamos a repasar toda la estructura de la extremidad inferior; pero buscando con más detenimiento, los presuntos causantes de las alteraciones que nos hayan podido comentar los padres.

Tener muy encuenta que precisamente en este periodo de edad es donde más podemos encontrar osificaciones alteradas.

Enfermedades de Sever (osteocondritis de calcáneo), Kohler (escafoides), Freiberg (metatarsianos), Legg Perthes (cabeza de fémur), Osgud Slater (espinas tibiales).

Nos facilitará nuestra actuación, tener al niño sin ropa y lo más entretenido según la edad, previniendo en cada caso un posible divertimento.

Un tipo de niño que frecuenta nuestras consultas, es el que padece problemas neurológicos, y deficit mentales. Estas exploraciones siempre romperan un poco la norma, y las reacciones a estímulos van a variar.

No debemos haber dado por terminada la anamnesis porque preguntas hacia los padres mientras la exploración, pueden sernos de gran utilidad.

Atender a los hábitos posturales, con preguntas significativas y concretas.

Acompañar además a este momento, la exploración detenida del calzado; formas, desviaciones adquiridas, antiguas prescripciones del mismo, etc.

III Referencias muy útiles en la exploración en sedestación para simplificar la misma:

a) El plano que hace la camilla, respecto del niño acostado sobre ella en

perfecto decúbito supino, o en determinados momentos en decúbito prono.

b) La propia simetría del cuerpo humano, una extremidad respecto de la otra.

c) El hallazgo, de una distinta movilidad articular, diferencia en la forma, el tamaño, de una extremidad respecto de la otra; resultará de gran valor. No digamos si además tenemos una anamnesia con datos de patología unilateral. Ejemplo: El niño mete un pié al andar, cojea de una pierna, siempre se queja de la misma rodilla, etc.

IV Comienzo por observar, el aspecto estructural del niño y sus características morfológicas, cuidando en poner las caderas al mismo nivel, hombros y cabeza recta, en posición supina.

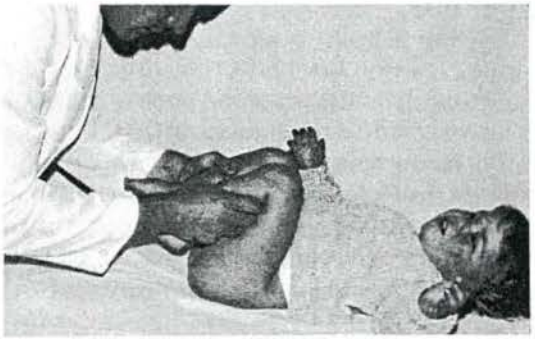
Modificar la posición continuamente si fuera necesario. Ver como queda la posición de toda la pierna, del pié, la rodilla, en relajación, o la máxima incidencia postural en su inercia natural, muscular, ósea.

Los movimientos naturales del niño, nos serviran de exploración, cuando se levantan de la camilla, se sientan. Observar si hay una limitación en alguna articulación, observar los movimientos que sean totales, incluso exagerados en relación a un adulto. Vigilar las posiciones que adoptan.

1º Le cojo de los talones y con una leve tracción vengo a juntar los tobillos, y observo:

— Si están al mismo nivel.

— La posición en que me queda el pié.



— Altura y posición de las rodillas.

— Si las rodilla se juntan, sino, si ellas no me dejan juntar los tobillos.

Aquí ya se puede encontrar los primeros indicios de rotaciones tibiales o femorales, tibia vara, Genu-valgo o Genu-varo, Recurbatum o flexus, diferencia de longitud.

Podemos completar la prueba en tracción haciéndolo de los primeros dedos y comprobando su longitud.

De encontrar Genu-valgo o Genu-varo acusado, para control evolutivo dibujaremos el contorno de la pierna, tomando centro rodillas, maleolos y muslos, y uniendo los 3 puntos podremos medir la angulación.

Si es así, valorar también el tipo de alteración, su posible capacidad de reductibilidad etc.

2º Flexiono las rodillas a la par, y compruebo su simetría. Observo:

— Si quedan a la misma altura, tanto hacia adelante o hacia arriba.

— Podemos encontrar: Diferencia hacia arriba (Signo de Galeazzi +), posible diferencia en tibia; diferencia hacia adelante, repercusión en fémur.

De encontrar una diferencia de longitud recomendemos, tomar mediciones de espinas iliacas anteriores y superiores, hasta maleolos mediales.

3º Las piernas ligeramente separadas y perfectamente extendidas; en ese momento realizó la rotación interna (35º) y externa de la cadera (45º).

Observo:

— Diferencia de graduación en uno u otro sentido.

— Comparo una extremidad con la otra.

Puedo encontrar:

— Rotación interna o rotación externa en una o en ambas extremidades.

Muy amenudo encuentro acompañado a la exajerada rotación en un sentido, la limitación en el otro, y a veces esto se presenta de manera unilateral; hallazgo este muy importante.

(En condiciones normales el cuello del fémur tiene un ángulo de 15º) anterior al eje largo de la diafiris femoral y de los condilos femorales. ↑ ∢ anterior (anteversión) ⟶ (R.I. de mayor grado) angulación anterior (↓ (retroversión)) ⟶ R. externa de mayor grado).

A veces el hallazgo de estas rotaciones puede ser el indicativo de anteversiones o retroversiones del cuello femoral.

Ante esta sospecha, hago la rotación externa e interna con la pierna colgando de la camilla, fijando la posición del femur.

Cuando encontramos sobre la camilla una extremidad rotada, con el pié tanto en AD como en AB, que parece venir desde la cadera, y el centro de la rodilla se corresponde con el centro de la línea bimaleolar, luego esta no indica rotación tibial; cabe pensar en una anteversión o retroversión de cadera.

Tener en cuenta que la anteversión crea más rotación interna y la retroversión más rotación externa.

4º Pongo al niño en decubito prono y observo la altura de los pliegues y con la rodillas flexionadas realizo nuevamente pruebas de rotación.

Puedo encontrar:

Diferentes alturas, longitud de las lorzas; además de las posibles rotaciones.

5º Con la pierna extendida, abducción de la cadera (45º) y adducción (25º). A veces la flexión (135º) y extensión (30º).

Aquí hago un inciso para poner un ejemplo más, de la necesaria relación con la anamnesis: Una limitación de la abducción de la cadera, acompañada de dolor localizado, nos puede llevar a encontrar una enfermedad de Perttes.

6º En niños de 0 a 1,5 años, realizo pruebas de despistage respecto a la subluxación congénita de cadera (clic de cadera) o luxación. Sobre todo si se observa alteración en la longitud de las piernas, limitación de la abducción, prueba Ortolani (+) y telescopaje positivo. (Pulgar troncarte mayor) — Se mueve en sentido distal.

7º Bajamos hacia el pie; observando antes la posición de los maleolos tibiales.

La observación de los maleolos tibiales es fundamental en la exploración en sedestación.

Una observación aproximada puede ser significativa acompañada a veces con la anamnesis. Aquí el plano que hace la camilla nos sirve de referencia. Imaginamos una aguja de Maleolo a maleolo (Eje Maleolar) y lo comparamos respecto a la camilla. La rotación tanto interna como externa (más la interna), ya en sedestación, va a condicionar la posición del pie; tener en cuenta que la rodilla quede perfectamente perpendicular, es decir mirando al techo. Tener en cuenta la ligera abducción como normal del pie. La pérdida del ángulo respecto de la camilla, indica la rotación interna de la tibia.

Luego podemos encontrar dichas rotaciones internas o externas.

8º Observamos en conjunto el pié, su aspecto; y lo primero que tengo en cuenta es la longitud de los dedos y los metatarsianos.

Básicamente podemos encontrar un Primero más largo que el Segundo, un Segundo más largo que el Primero o una longitud semejante (egipcio, griego, cuadrado). Referente a la fórmula metatarsal, los index más minus, index minus, etc).

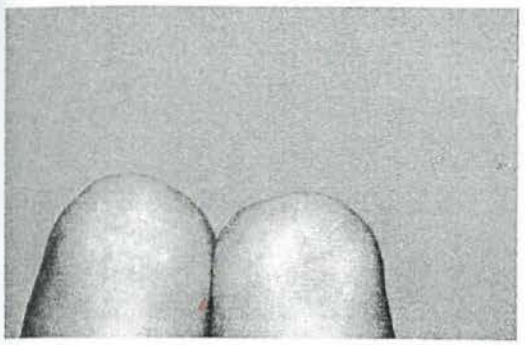
Estas valoraciones de longitud son datos fundamentales a tener en cuenta, pues la longitud de los metatarsianos condicionan posiciones y equilibrio del pie. Como ejemplo pondremos: Un pri-

mer metatarsiano más corto, favorecedor de giros en pronación, los hallus valgus prematuros.

Respecto a los dedos, un primer dedo más corto; puede condicionar presencia de patología por el calzado en el segundo dedo. Primer dedo en marcada abducción, o viceversa.

Luego hago la movilidad del primer dedo, que generalmente en los niños se encuentra aumentada. Flexión dorsal (80º), flexión plantar (45º).

Es muy común observar en los niños, supraductus o infraductus en dedos, clinodactilias, sindactilias, etc.



En los muy pequeñines, el cuarto y quinto dedo a veces se encuentra hacia adentro, aunque se suelen corregir sin tratamiento.

Encontrar los dedos en flexión por la postura boca abajo en la cuna es frecuente. Tener muy en cuenta estas posturas.

Además el pie de estos pequeños suelen estar recubiertos de tejidos adiposos por lo que será fundamental la palpación de las posiciones óseas. Suelen ser pies de aspecto triangular, el talón muy pequeñito.

Tener en cuenta los posibles puntos dolorosos, así mismo los prominentes. Molestias en el arco interno que pueden ser debidas auna alteración escafoidal. Molestias en talones a la compresión lateral, que se dan en niños con una desmesurada talla en relación con la edad.

No os dejeis, por otro lado, engañar por la fantasía del niño, y aprovechar los momentos en que se encuentra despistado.

Observaremos el estado en el que se van formando los arcos.

Podemos encontrar aplanamiento, por una desaparición de los arcos que puede o no ser acompañado de supinación excesiva. Encavamientos con una incidencia, que puede ser posterior (tendencias al talus), anterior respecto del anterior. En el cavo en la palpación encontraremos una segunda cuña prominente. También podemos encontrar una tuberosidad calcánea sobresaliente, tipo Haglund; seguimos palpando y podemos apreciar una aponeuresis retraida y tensa.

Sujetando el retropie, cogiendo el talón y tomaremos con la otra mano el antepie, los metatarsianos, y haremos la supinación y la pronación permitida por Chopart y Lisfrahk donde podemos encontrar:

— Supinación aumentada o pronación aumentada.

Otra prueba, ésta, que considero fundamental. No solo para llegar al diagnóstico final de la problemática como el pie valgo o varo, sino además como incluso la posibilidad de preveer un resultado evolutivo.

Todos sabeis como hay pies calcáneos valgos, con incluso el astrágalo pronado, que a su corrección queda elevado el primer metatarsiano. En estos casos hemos encontrado una marcadísima supinación en la exploración en sedestación.

En la observación metatarsal, encontraremos también desviaciones laterales. Como más importantes, el metatarso en aducción o abducción.

En la exploración en sedestación, observaremos cómo, unos simplemente son reductibles a la presión lateral; otros reductibles a la tracción de la musculatura antagonista; pudiendo encontrar el caso tanto en un metatarso adducto o abducto.

Encontraremos otros no reductibles o no totalmente reductibles.

Seguidamente exploraremos la fle-

xión dorsal (20º) y plantar (50º) de la articulación tibio-tarsiana.

Podemos encontrar, limitación en cualquiera de ellas.

Puede ser significativo respecto de marchas en equino, en talus. Retracciones a nivel del triceps, limitaciones de carácter óseo.

Exploraremos así mismo la estabilidad articular lateral de la articulación tibio-astrágalo-calcánea. Sujetando el calcáneo por ambos laterales y haciéndolo bambolear lateralmente.

Podremos encontrar, una excesiva movilidad lateral; debida a una laxitud ligamentosa, condicionante a veces de aumentos de la desviación lateral, particularmente en valgo.

Tengo que reseñar que en niños muy pequeños algunas de estas valoraciones deben hacerse sin remedio, a base de estimulos de roce, presión, aprendiendo a valorar las reacciones y sobre todo la movilidad, al reflejo.

En algunos casos y después de una exploración más rápida, será necesario pasar a una exploración más concienzuda de determinadas fases de la misma. Medición exacta de angulaciones, estado articular.

La valoración muscular puede ser importante, máxime con la pretensión de realizar un tratamiento de tipo estimulativo, de potenciación, de estiramiento, fisioterapéutico en general.

Podría tener el atrevimiento de pretender simplificar la valoración muscular, ciñendome a grupos musculares y principales funciones, movimientos de flexión, extensión, adducción, abducción. No obstante de ser necesaria una valoración muscular, no siendo difícil será preferible hacerla con todo el rigor acostumbrado.

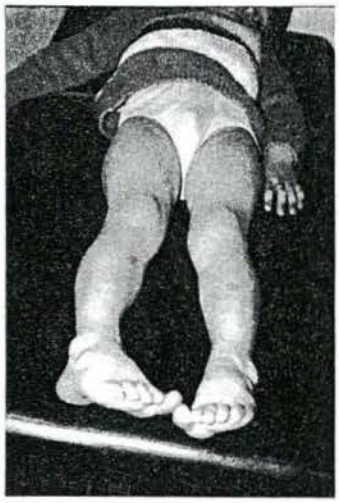
Referirnos también a las pruebas de tipo ya especial, o la necesidad de radiología.

Quiero deciros que de tal modo valoro la exploración en sedestación; que algunas veces tengo la necesidad, después de haberla hecho y pasado al banco de marcha, podoscopio, etc., retorno a la camilla para realizar algunas comprobaciones.

Para terminar quisiera poner dos ejemplos prácticos.

1º Recibimos en la consulta a un niño de 12 meses, que como dato principal de anamnesis refiere una marcha en marcada abducción.

Observamos en la exploración la marcada rotación externa de cadera, con las rodillas mirando totalmente hacia afuera.



2º Un niño de 7 años que como dato principal de anamnesis presenta la marcha de un pié en marcada adducción, al parecer tratado con horma recta y plantillas de serie, al colocarlo sobre la camilla, con las rodillas perpendicularmente puestas, observamos, la marcada rotación interna de la tibia derecha, que condiciona la adducción.

La izquierda la encontramos menos rotada, y con ella hace una marcha en paralelo.

Para simplificaciones:

— Atender a la anamnesis.

— Simetrías, extremidad en general, articulación.

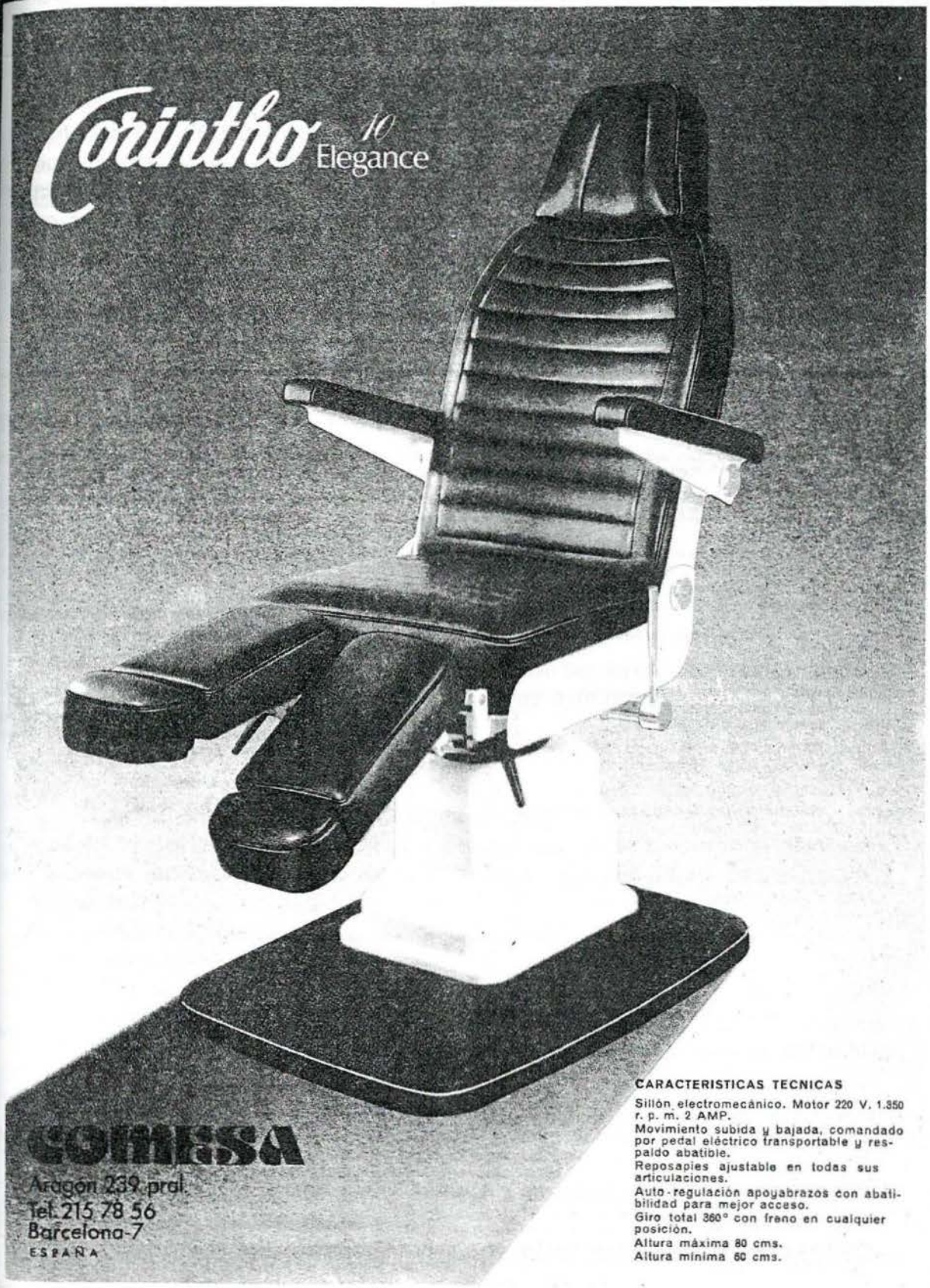
— Planos de relación en la camilla.

— Hábitos posturales.

Bueno, después de mi pequeña aportación, espero se hagan muchas ventas de camillas.

Bienvenidos una vez más a Pamplona.

Muchas gracias.



CARACTERISTICAS TECNICAS

Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.

Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.

Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.

Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.

Giro total 360° con freno en cualquier posición.

Altura máxima 80 cms.

Altura mínima 60 cms.

De la REVUE DE PODOLOGIE

El Gobierno Francés autoriza la prescripción de determinados medicamentos y realización de pruebas diagnósticas a las Matronas francesas.

« Une des professions médicales à compétence limitée voit ses droits bien précisés et à nouveau reconnus. Bravo. »

Droits de prescription des sages-femmes

arrêtés du 17 octobre 1983

• Liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et conditions de leur délivrance par les pharmaciens.

Art. 1er. — Est fixée dans les annexes I et II au présent arrêté la liste des médicaments renfermant ou non des substances vénéneuses des tableaux A ou C que peuvent prescrire les sages-femmes pour être utilisés par elles-mêmes dans l'exercice de leur profession ou par leurs patientes.

Art. 2. — Les pharmaciens délivrent lesdits médicaments :

Aux sages-femmes sur demande écrite, datée et signée comportant leurs nom, adresse, la désignation du médicament et sa quantité ainsi que la mention « Usage professionnel » ;

A leurs patientes sur ordonnance rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

Art. 3. — En ce qui concerne les préparations renfermant des stupéfiants, les pharmaciens ne peuvent délivrer aux sages-femmes et pour leur seul usage professionnel que les produits ci-après énumérés : Ampoules injectables de chlorhydrate de morphine associé ou non à un antispasmodique et renfermant au plus un centigramme de chlorhydrate de morphine par ampoule ;

Ampoules injectables de chlorhydrate de péthidine, renfermant au plus dix centigrammes de chlorhydrate de péthidine par ampoule ;

Ampoules injectables d'extrait d'opium associé ou non à un antispasmodique titrant au plus cinq milligrammes de morphine base par ampoule.

Il ne peut être délivré que vingt et une ampoules au maximum contre remise d'une demande établie par un médecin sur feuille extraite de son carnet à souches pour prescription de stupéfiants. La demande comporte les indications de l'article R. 5201 du code de la santé publique, le nom et l'adresse du malade étant remplacés par le nom et l'adresse de la sage-femme suivis de la mention « Pour son usage professionnel ».

Conformément aux dispositions de l'article R. 5206 du code de la santé publique, les pharmaciens conservent ces demandes pendant trois ans pour les présenter à toute réquisition des autorités compétentes. Ils en établissent un relevé à la fin de chaque trimestre et l'adressent immédiatement à l'inspection régionale de la pharmacie.

Les sages-femmes peuvent administrer lesdits médicaments stupéfiants au cours d'un accouchement et dans la limite de deux ampoules par parturiente. Elles en tiennent comptabilité et doivent justifier de leur utilisation à toute réquisition des autorités compétentes.

Art. 4. — Sont abrogés les arrêtés des 4 et 5 octobre 1971, 15 janvier 1973 et 10 décembre 1974.

ANNEXE I

Liste des médicaments ne renfermant pas de substances vénéneuses autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription

1. **Analeptiques cardio-vasculaires.**

Heptaminol et ses sels (formes orales).
Nicéthamide (formes orales).

2. **Antiacides gastriques.**

Aluminium (hydroxydes, phosphates ou silicates).
Diméticone.
Magnésium (trisilicate).

3. **Antihémorragiques.**

Etamsylate.
Vitamine K 1.

4. **Antiseptiques.**

Alcool à 70 degrés dans la limite de 250 ml par ordonnance.
Cetrimonium et dérivés.
Chlorhexidine au titre maximum de 5 p. 100.
Nonoxinol.
Pommade à l'oxyde de zinc.
Soluté neutre dilué d'hypochlorite de soude (soluté dit de Dakin).
Solution aqueuse et alcoolique d'éosine.
Triclocarban.

5. **Antispasmodiques.**

Phloroglucinol et dérivés.
Dipropyline.
Tiémonium.

6. **Laxatifs.**

7. **Sels de fer** (formes orales).

8. **Solutés injectables.**

Soluté de bicarbonate de sodium isotonique.
Soluté de bicarbonate de sodium, en solution semi-molaire, en ampoules de 10 ml, contenant 0,420 g du produit, soit 5 mEq de tampon et 5 mEq de sodium.
Soluté de chlorure de sodium isotonique.
Soluté de gluconate de calcium à 10 p. 100
Soluté de glucose isotonique.
Soluté de glucose à 30 p. 100 en ampoules de 20 ml.
Soluté de sulfate de magnésie à 15 p. 100 dans la limite de 20 ml.

ANNEXE II

Liste des médicaments renfermant des substances vénéneuses, à doses exonérées ou non, autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription

1. **Anesthésiques locaux.**

Médicaments renfermant un anesthésique local inscrit au tableau C des substances vénéneuses à une concentration ne dépassant pas 1 p. 100.

2. **Antiémétiques.**

Métoclopamide (tableau C).
Métopimazine (tableau C).

3. **Anti-infectieux locaux.**

Collyre au nitrate d'argent au titre maximum de 1 p. 100 (tableau C).
Médicaments à usage gynécologique à base de :
Acétarsol (à doses exonérées) ;
Econazole (à doses exonérées) ;
Miconazole (à doses exonérées) ;
Nystatine (tableau C).

4. **Antiseptiques.**

Mercurobutol (à doses exonérées).
Soluté alcoolique d'iode officinal (à doses exonérées).

5. **Antispasmodiques.**

Aminopromazine et ses sels (tableau C).
Atropine, ses sels et ses esters (tableau A).
Bromure de N-butylhyoscine (tableau A).
Bromure de tropenziline (tableau A).
Bromure de propyromazine (tableau C).
Papavérine et ses sels (tableau A).
Scopolamine et ses sels (tableau A).

6. **Hémostatiques utérins.**

Méthylergométrine (tableau A).

Cette préparation ne peut être administrée par les sages-femmes qu'en cas d'hémorragie post-partum et après l'évacuation totale de la cavité utérine (enfant et placenta).

7. **Laxatifs.**

(Médicaments laxatifs contenant des substances vénéneuses à doses exonérées.)

8. **Ocytociques.**

L'emploi des médicaments renfermant de l'oxytocine n'est autorisé que :
a) Pendant le travail, sous perfusion à débit contrôlé et sous réserve d'une surveillance cardio-tocographique permanente ;
b) En cas d'hémorragie post-partum et après l'évacuation totale de la cavité utérine (enfant et placenta).

● **Liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire.**

Art. 1er. — Les sages-femmes peuvent prescrire les examens radiologiques, de laboratoire et de recherche ci-après.

I. — En ce qui concerne la mère :

1. Echographie.
2. Radiographie du contenu utérin dans les deux derniers mois de la grossesse.
3. Radiopelvimétrie dans les deux derniers mois de la grossesse.
4. Diagnostic biologique de grossesse.
5. Glycémie.
6. Sérodiagnostic : rubéole, syphilis, toxoplasmose.
7. Groupe sanguin.
8. Facteur Rhésus.
9. Agglutinines irrégulières.
10. Numération globulaire.
11. Examens des urines et du culot urinaire.
12. Prélèvement vaginal et examen bactériologique des sécrétions vaginales.
13. Frottis cervico-vaginaux.

II. — En ce qui concerne l'enfant :

1. Groupe standard et rhésus.
2. Numération globulaire.
3. Bilirubine dans le sang du cordon.
4. Test de Guthrie.
5. Test de Coombs.
6. Bilirubine chez l'enfant.
7. Examens bactériologiques cutanéo-muqueux, sanguins et urinaires chez le nouveau-né (dans le cadre de la prévention de l'infection néonatale). ■

J.O., N.C., 30-10-83

CARTAS A LA REDACCION

Estimados compañeros:

Una vez más tengo que dirigirme a vosotros, por una causa tan desagradable y ya vieja, como es el problema de intrusismo que nos aqueja en Navarra.

Ya conocemos la última resolución que se ha tomado en la última asamblea de junta directiva.

Si no resulta satisfactoria, sí al menos, sigue albergando la esperanza de que por fin se haga algo.

No obstante, la presente carta es para poneros al corriente de la última desfachatez que nos ha acontecido.

En estas últimas fechas y de un golpe, nuestra Provincia ha venido a albergar cuatro nuevos compañeros Podólogos, que quieren abrirse camino, claro está, en nuestra ciudad.

Como se os comentó anteriormente, la única plaza de Inserso que existe en Pamplona, así como un servicio dependiente de la administración, está siendo cubierto por A.T.S. y no Podólogos, que al parecer habían sido enviados directamente por el Presidente del Colegio de A.T.S. La del Inserso había sido ocupada anteriormente por un compañero Podólogo, la otra ni se nos había ofrecido.

Pues bien; al ir a solicitarlas estos nuevos compañeros Podólogos, se les ha contestado que están ocupadas ("por intrusos") y que se pongan a la cola de la un día, posible vacante.

Pienso estimados compañeros, que esta situación ya resulta desquiciante.

Si opinais que se debe seguir sin hacer nada, observar a compañeros vuestros que comienzan, se les está negando un puesto legítimamente suyo, ocupado por personas que no tienen título; puesto del tan traído y llevado Inserso.

Dios quiera, que los que vivimos exclusivamente de la Podología, y en Navarra, somos varios de pocos, podamos seguir haciendolo y no tengamos que volver a acceder, ¡si es posible!, a trabajos que dejamos por amor a la Podología, como es mi caso personal.

"¿Es que no hace falta hacer la especialidad?". Yo personalmente, no creo en la ciencia infusa.

Perdonarme una vez más.

Un abrazo,

Angel Fco. Cabezón
(Delegado de Navarra)

INVASION DE CAMPO POR TODOS LOS LADOS

OSCILOMETRIA

Eloy Tellez Fernández
MALAGA

INTRODUCCION

La oscilometría es uno de los procedimientos exploratorios en Angiología, más fáciles de realizar, que nos acerca de forma sencilla, al conocimiento del estado en que se encuentra la circulación arterial de los miembros, aparte de darnos una medida muy aproximada de la tensión arterial.

Junto a la inspección, temperatura y palpación de pulsos, la oscilometría es muy útil para comprobar las oclusiones arteriales orgánicas (arterioscleróticas o tromboangeíticas). De ahí que su uso, de fácil técnica y escaso aparataje, está indicado cuando nos enfrentamos a cualquier tipo de patología en la zona distal del miembro, fiel reflejo del estado vascular de éste.

Por ello, en Podología constituye una exploración muy conveniente, sobre todo ante patología susceptibles de métodos quirúrgicos.

BASE FISICA

La base física de este método es muy simple: mediante oscilómetro aneroides (aire) cuyo manguito se aplica al miembro, las oscilaciones volumétricas de la corriente y parud arteriales pulsátiles, se propagan al manguito insuflado y las registra el oscilómetro.

DESCRIPCION DEL APARATO

El aparato que se utiliza es el OSCILOMETRO. Existen en el mercado varios tipos de los cuales el más usado y al que nos vamos a referir en adelante, recibe el nombre de oscilómetro de Pachón (los demás son muy similares).

Siguiendo el esquema de la figura 1, vamos a ver como está constituido.

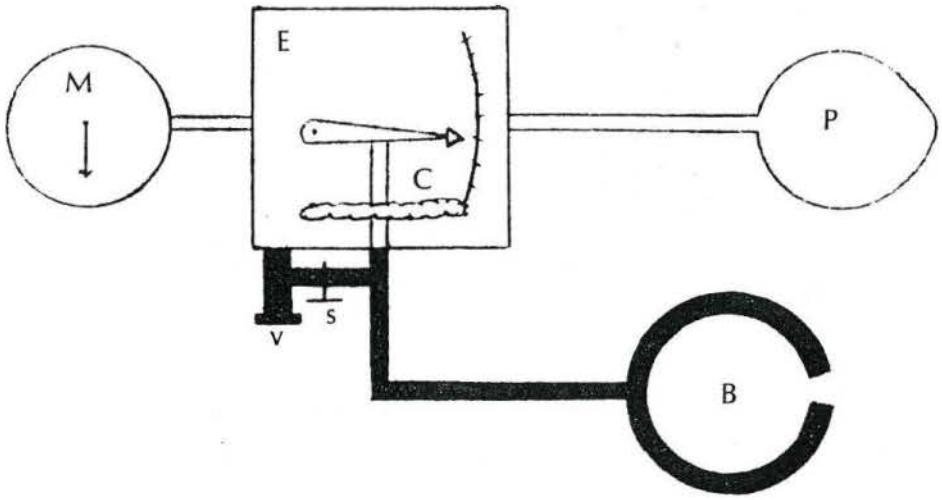
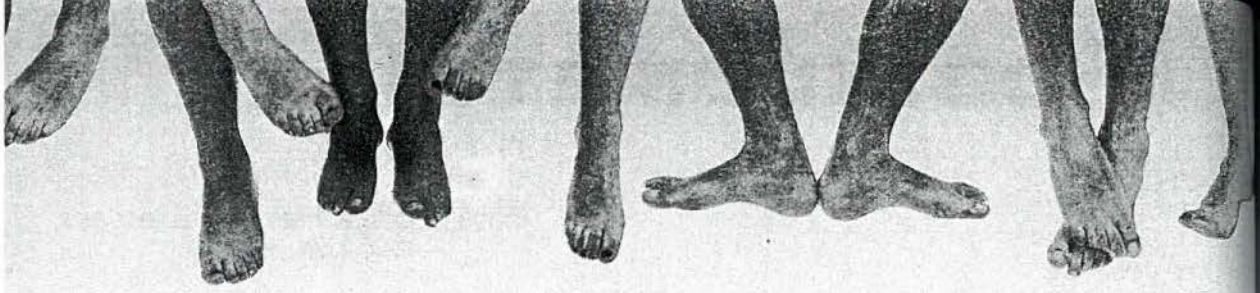


Figura 1



NOVEDAD

Canestén® polvo

A los hongos hay que tratarlos secamente

PROPIEDADES
Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos. Activo también, frente a determinadas bacterias gram-positivas (estreptococos, estafilococos) y gram-negativas (bacteroides y haemophilus vaginalis).

DERMATOLOGIA
Indicaciones:
Dermatomicosis de todo tipo, entre las que cabe destacar: micosis interdigitales (pie de atleta, tiña de la mano) micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), paroniquia en las onicomicosis, etc.
Posología: 1 aplicación de crema, polvo o solución, 2-3 veces al día. La duración del tratamiento que en general se aconseja es de 3 a 4 semanas.

CONTRAINDICACIONES
Solo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES
Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES
No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS
La tolerancia al Canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO
Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aun en el caso de una ingestión accidental.

Canestén crema

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Tubo 30 g	387.-

Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	410.-

Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462.-

BAYER **Bayer** Antimicóticos

En una caja perfectamente hermética (E), está contenida una cápsula manométrica (c). La caja E, la cápsula monométrica c y el manguito (B), están normalmente en comunicación.

Una bomba (P) permite insuflar aire para establecer la presión que se quiera en el sistema constituido por estos órganos. La cifra de presión la de un manómetro (M); un tornillo de escape (v) permite disminuir el valor de la presión previamente establecido.

Dado un régimen cualquiera de presión, si queremos practicar una lectura, es decir reconocer la amplitud de las pulsaciones arteriales a éste régimen, bastará obrar sobre un tornillo separador (S), cuya maniobra intercepta la comunicación entre la caja E, de una parte y el sistema compuesto del manguito B y la cápsula manométrica c, de otra. En este momento, las variaciones de presión creadas en el manguito por las variaciones rítmicas de volumen del segmento del miembro explorado, son transmitidas exclusivamente a la cápsula manométrica que las traduce mediante una aguja oscilante a la escala del oscilómetro.

máxima normal. Descendemos poco a poco la presión, maniobrando sobre el tornillo de escape. Entre cada uno de estos descensos, se actúa sobre el separador o interruptor (S) para observar las indicaciones del oscilómetro.

Mientras las pulsaciones permanezcan iguales a si misma, no hay que tenerlo en cuenta. (Ver la figura 2). A la aparición de la pulsación diferenciada Mx, que señala la entrada en la zona de las oscilaciones gradualmente crecientes, se lee el manómetro M. La presión leida en este momento corresponde a la PRESION MAXIMA.

Se continua haciendo descender la presión; se recorre entonces la zona de las oscilaciones gradualmente crecientes. La primera oscilación más débil Mn, que sucede a las mayores oscilaciones, corresponde a la PRESION MINIMA. La máxima oscilación de la aguja, corresponde a la PRESION MEDIA o INDICE OSCILOMETRICO.

La colocación del manguito difiere según queramos tan solo medir la presión arterial o bien, estudiar el estado circulatorio del miembro. En el primer caso, lo

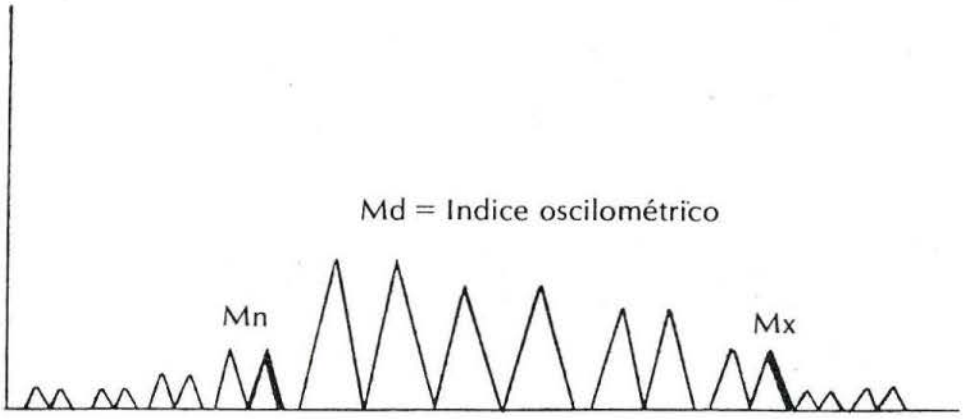


Figura 2

TECNICA

Colocado el manguito alrededor del miembro, se hace funcionar la bomba hasta que el manómetro indique una presión francamente superior a la presión

mejor es colocarle algo por encima de la muñeca para el miembro superior y por encima del maleólo para el miembro inferior.

En el caso de que pretendamos averi-

guar sobre el riego del miembro será en nuestro medio, el miembro inferior el que nos interesa. En cada miembro disponemos de tres zonas de colocación del manguito que, conjuntamente, nos informarán de la normal o anormal perfusión de ese miembro. Estas tres zonas serían:

— 1/3 inferior del muslo
1/3 superior de la pierna
1/3 inferior de la pierna

INTERPRETACION DE RESULTADOS

En los adultos entre 20-40 años, la presión máxima corresponde a 120-140 mmHg y la mínima de 70-80 mmHg, tomada con aparato de tipo auscultatorio. En individuos mayores es algo más alta.

El oscilómetro de Pachón, da cifras más elevadas para la presión máxima, especialmente en los casos de hipertensión, correspondiente a unos 10 mmHg en los individuos normales y a 20-30 mmHg en los hipertensos.

La presión media o índice oscilométrico corresponde normalmente a 90-100 mmHg, y es poco variable. La presión media en un individuo con miocardio sano, no varía aún variando las presiones máxima y mínima producidas por el esfuerzo, fatiga, digestión, trastornos nerviosos, etc...

De ahí que una presión media normal, sea muy significativa de enfermedad cardiaca.

Al hacer oscilometría del miembro inferior para comprobar como está su riego arterial, debemos fijarnos en la amplitud de las oscilaciones cuando medimos el índice oscilométrico o presión media. Lo normal es un desplazamiento de 2-3 cmHg por oscilación.

En obliteraciones apenas oscila, o solo se desplaza 2-3 mmHg.

Una forma muy útil para valorar los resultados, es la construcción de una gráfica a partir de las mediciones registradas al hacer la oscilometría.

Incluyo al final, una reproducción del impreso que para ello, se utiliza en el departamento de cirugía del Hospital Civil Provincial de Málaga, en el que tantos años he trabajado, que me parece muy adecuado y que seguidamente paso a describir.

Representan seis cuadrículas, tres para el miembro inferior derecho y tres para el izquierdo. De arriba hacia abajo, tenemos las cuadrículas correspondientes al tercio inferior de cada muslo, el tercio superior de cada pierna y por último, el tercio inferior de las mismas. En el eje de ordenadas de cada cuadrícula o eje vertical, representamos la amplitud de la oscilación medida en el oscilómetro, en una escala de 0 a 5.

En el eje de abcisas o horizontal se representa la presión arterial tomada en el manómetro, con una escala de 15 cms de mercurio a 1 cm de mercurio.

Para obtener la gráfica, procederemos del siguiente modo:

Insuflamos aire en el manguito, hasta sobrepasar los 15 cms. de mercurio en el manguito.

Actuamos sobre el mecanismo de escape para ir bajando la presión en el manguito, y cuando lleguemos a una presión de 15 cm. de mercurio detenemos el escape del aire, dejando fija esa presión. En ese momento miramos la escala del oscilómetro y anotamos la amplitud de la oscilación de la aguja en la cuadrícula, en la columna correpondiente a los 15 cms. de mercurio.

Después bajamos de nuevo la presión hasta llegar a 14 cms. de mercurio y actuamos de igual modo. Y así sucesivamente, hasta llegar a una presión igual a cero.

Lo veremos en un ejemplo: supongamos que a la presión de 15 cms. de mercurio en el manómetro, una vez fijada impidiendo que siga bajando la aguja del oscilómetro registra una amplitud de oscilación de 1 cm. Entonces señalaríamos en la cuadrícula el punto (15-1).

Seguimos así y vamos obteniendo los siguientes resultados:

PRESION	AMPLITUD OSCILACION	PUNTO
13 cm Hg	1,5 cm.	13,1'5
12 cm Hg	2 cm.	12,2
11 cm Hg	3 cm.	11,3
10 cm Hg	4 cm.	10,4

PRESION	AMPLITUD OSCILACION	PUNTO
9 cm Hg	4,5 cm.	9,4'5
8 cm Hg	4,5 c n.	8,4'5
7 cm Hg	3,5 cm.	7,3'5
6 cm Hg	3 cm.	6,3
5 cm Hg	2 cm.	5,2
4 cm Hg	1 cm.	4,1
3 cm Hg	0 cm.	3,0
2 cm Hg	0 cm.	2,0
1 cm Hg	0 cm.	1,0

Señalamos los puntos en su lugar correspondientes, y luego los unimos mediante una línea.

Así, hemos obtenido una gráfica representativa de las mediciones registradas.

Mirando la gráfica, obtenemos datos muy útiles.

Siguiendo el ejemplo, vemos que la primera oscilación creciente se produce a los 13 cmHg de presión. Es la presión máxima o sistólica.

La oscilación más amplia se produce a los 9 cmHg. Es la presión media o índice oscilométrico.

La primera oscilación decreciente, se produce a los 7 cmHg. Es la presión mínima o diastólica.

Asimismo, vemos que no existen oscilaciones menores de 1 cm., en la zona creciente de la gráfica, con lo que descartamos un proceso obstructivo.

UTILIDAD EN EL CAMPO DE LA PODOLOGIA

No incumbe al Podólogo el diagnóstico y tratamiento de afecciones que, como la hipertensión arterial o las oclusiones arteriales, entran de lleno en la ciencia médica.

Pero el Podólogo, como profesional sanitario, debe ofrecer al paciente que recurra a él, el máximo rigor y la mayor seguridad en su quehacer terapeútico.

Es por ello, que considero que cuando se nos plantea realizar algún tipo de procedimiento quirúrgico, la oscilometría nos ofrece una mayor seguridad, un mejor conocimiento del estado del paciente y puede evitarnos sorpresas desagradables, siendo además un método barato, sencillo y fiable, creo que su difusión entre los profesionales de la podología, sería muy de desear.

Con esto doy por terminado el tema que si ha servido para algunos compañeros instructivo me doy por muy satisfecho.

BIBLIOGRAFIA

— Arthur G. Guyton: *Tratado de Fisiología Médica.*
— Gilbert y Fournier: *Exploración Cardiovascular.*
— A. Balcells Gorina: *Exploración Clínica Práctica.*
— Farreras Rozman: *Medicina Interna.*

PODOLOGIA A LA INGLESA

CALCETINES CELEBRES

Primero fueron los tirantes y ahora los calcetines del príncipe Andrés de Inglaterra. Los célebres están que tieran todo por la ventana. Un par de calcetines pertenecientes al príncipe Andrés servirán para aliviar los pies cansados de ancianos británicos. Los calcetines han sido vendidos nada menos que por 29.000 pesetas en la subasta de calcetines célebres organizada en Londres a beneficio de la obra ayuda al anciano para financiar proyectos de podología. El problema es que los calcetines son un poco llamativos ya que hacen juego con el kilt (falda tradicional usada en Escocia por los hombres en algunas ceremonias). Con decir que Andrés se los puso por última vez cuando iba al colegio...

COMPAÑEROS FALLECIDOS

En Cádiz han fallecido recientemente los compañeros

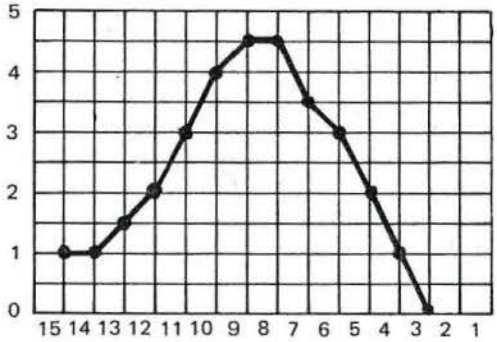
D. José Marchena Romero y

D. José Pérez Gutiérrez.

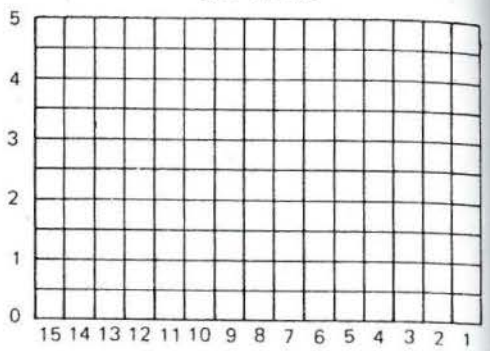
En San Sebastián, tras fulminante enfermedad nuestra querida compañera Mª Antonia Aranzasti Arabaolaza.

A sus familiares y amigos nuestro más sentido pésame.

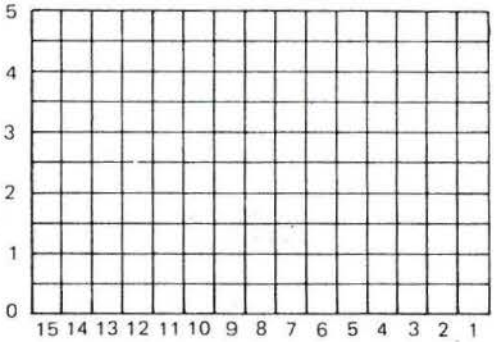
1/3 I.M.D.



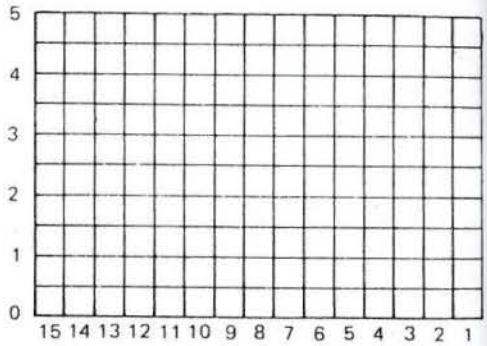
1/3 I.M.I.



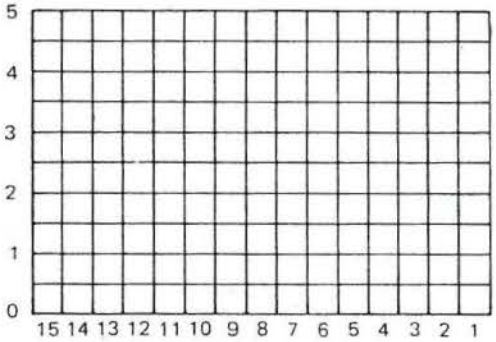
1/3 S.P.D.



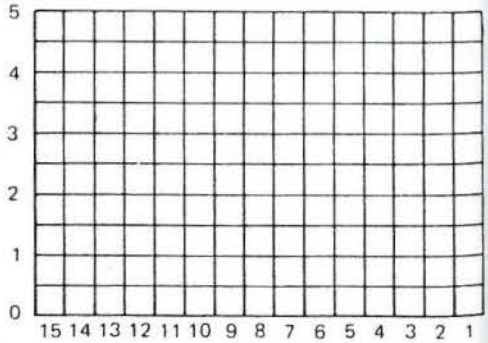
1/3 S.P.I.



1/3 I.P.D.



1/3 I.P.I.



PULSOS:

FEMORAL D: .....

POPLITEO D: .....

PEDIO: .....

TIBIAL POST. D: .....

PULSOS:

FEMORAL I: .....

POPLITEO I: .....

PEDIO: .....

TIBIAL POST. I: .....

Nutraplus

Primera loción dermatológica emoliente y humectante con 10 % de UREA

FORMULA:

Cada 100 ml. contienen:

Urea	10.000 g
Monoestearato ácido de glicerol	1.125 g
Palmitato de isopropilo	0,750 g
Acido estearico	0,750 g
Propilparaben U.S.P.	0,100 g
Metilparaben U.S.P.	0,200 g
Polimero de Carboxivinilo	0,062 g
Agua purificada U.S.P., c.s.p.	100 ml

DOSIS Y FORMA DE EMPLEO:

Aplicar uniformemente **NUTRAPLUS** sobre la superficie de la piel reseca 2 ó 3 veces al día. En caso necesario puede aumentarse el numero aplicaciones. La aplicación frecuente de **NUTRAPLUS** ayuda a mantener la piel suave y tersa.

PRESENTACION

Frasco de plástico conteniendo 215 ml.

Para una mejor hidratación de la piel seca

Presentado en España por:

ALCON-IBERHIS, S. A.

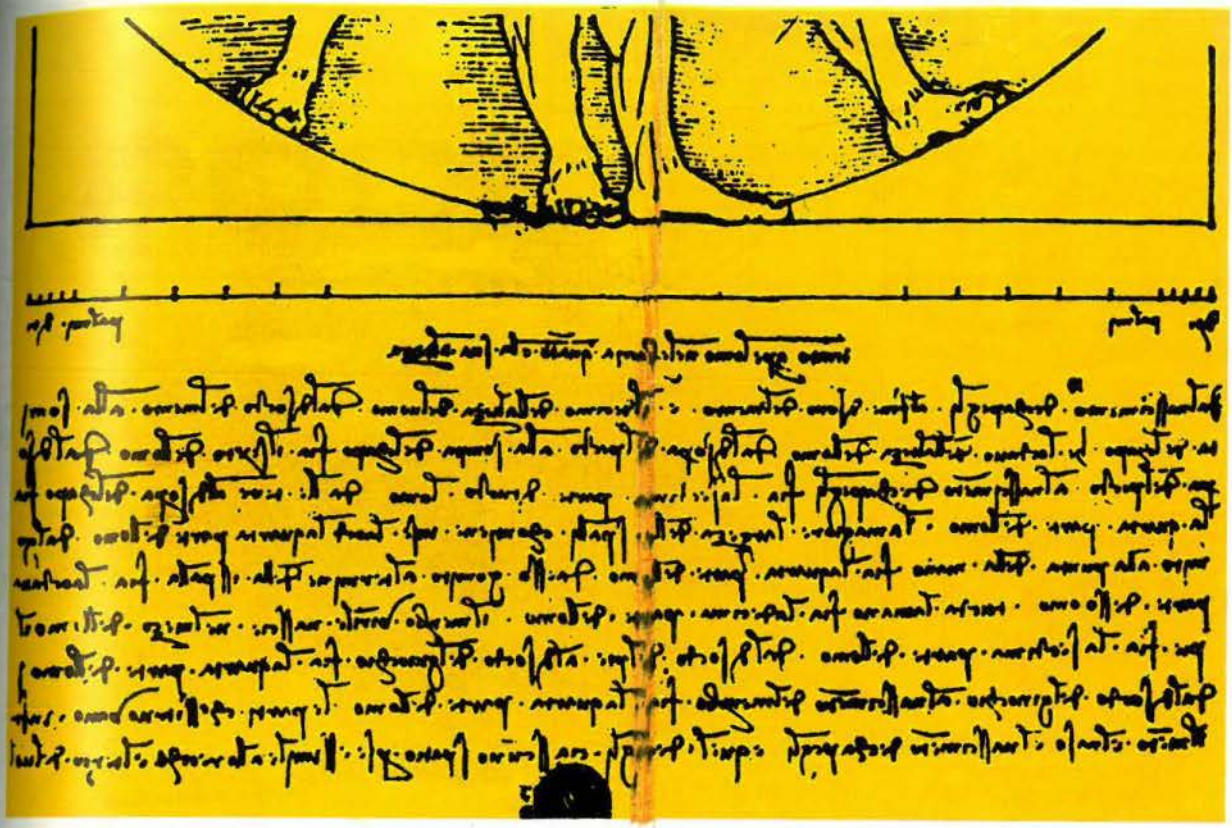
Aragoneses, 7 - Alcobendas (MADRID)

Telef.: 652 70 00-88 99

Alcon

division dermatologica

FORT WORTH-TEXAS



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

SEPTIEMBRE-OCTUBRE
1985

A.E.P.
nº 101

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
Gran Vía, 33 - 7º
Teléfono 231 50 44
28013-MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime:
Reproducciones Bárcena
Mercedes Arteaga, 32
28019-MADRID

Empresa de Publicidad:
Garsi, S. L.
Londres, 17
28028-MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
Nº de SVR-215

SUMARIO

Por acuerdo de la Asamblea General del 5-X-85 se aumenta la cuota social a 1.500 ptas. manteniendo el mismo criterio de reparto con la Delegación provincial correspondiente.

Ante el cambio de responsable de la revista, rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

Durante el curso 84-85 se ha dado en la Escuela de Podólogos de Barcelona un hecho de enorme importancia que trasciende el ámbito de la propia Escuela: Por primera vez en la historia de las Escuelas, la responsabilidad máxima, esto es la Dirección, ha sido encomendada a una compañera Podólogo.

Virginia Novel Martí, en la trayectoria y tradición de las personalidades de la podología catalana, ha merecido la confianza de las autoridades académicas de la Universidad y se ha hecho cargo de la Dirección con una situación difícil en la que su capacidad de gestión va encontrando las soluciones más acertadas.

Una de nuestras aspiraciones y reivindicaciones más acentuadas es la de poner en manos del podólogo la formación y capacitación de los futuros podólogos. Nadie mejor que el propio profesional para conocer las necesidades que le va a deparar el ejercicio de su profesión y hacer que su formación sea la adecuada.

Desde esta perspectiva nos enorgullece este reconocimiento realizado en la persona de Virginia Novel y sabe cuenta con todo nuestro apoyo para la consolidación de esa Escuela a la que en su día contribuimos una gran mayoría de los podólogos españoles.

LA PODOLOGIA PASO A PASO

PONENCIA: "UN RETO AL FUTURO"

CONGRESO ANDALUZ DE PODOLOGIA EN JAEN

Virginia Novel Martí
(Directora Escuela de Podologos de Barcelona)

Cuando me sugirieron que participara en este Congreso de Podología con el lema "LA PODOLOGIA PASO A PASO", inmediatamente pensé que se trataba de un tema muy sugeridor, que nos permitiría desde nuestra óptica de profesionales y docetes analizar nuestra profesión en su dimensión temporal. Pasado, presente y su proyección en el futuro.

Aquí nació la idea del reto, reto a un futuro que todos deseamos que sea lo más amplio y concreto para nuestra profesión.

Como profesionales debemos definir nuestra propia contribución dentro del Equipo de Salud. La sociedad espera de nosotros respuestas y soluciones a dolencias concretas y a veces indefinidas del pié.

El modelo conceptual que elijamos determinará la naturaleza de nuestra profesión en un futuro, pero debemos ampliar constantemente los conocimientos y para ello es preciso que exista una investigación que individual y colectivamente nos sirva de motor y garantice ser guía para la docencia, encauzamiento de la profesión y desarrollo de proyectos de investigación, para no detenernos y poder sobrevivir al exigente y cambiante mundo de hoy, inyectándole savia nueva a nuestra profesión.

Heráclito, hace 2500 años afirmaba "Todo fluye, el constante fluir explica la esencia de las cosas".

En una palabra, hemos de evolucionar, cambiar, adaptarnos a una transformación constante y propia como podólogos, será así una forma de manifestar nuestra fuerza y vigor.

Daremos un breve repaso a nuestra historia profesional para seguir con la Escuela de Barcelona, compararemos Planes de Estudio y concluiremos adentrándonos en "El reto al futuro podológico"

HISTORIA

Nuestra profesión, podríamos afirmar que es tan antigua como el propio hombre. Su pie, el elemento sustentador por esencia, ha necesitado desde siempre atenciones, cuidados y curas.

Muchos de los conocimientos que tenemos de la antigüedad los hemos obtenido por los textos conservados del antiguo Egipto, así como de los testimonios arqueológicos.

La mitología griega, nos cuenta como Aquiles recibió una herida mortal en la única zona vulnerable de su cuerpo, el tendón que actualmente lleva su nombre.

La primera referencia moderna, la tenemos en el siglo XVII: el profesor italiano Jacobus Maximus, utilizaba una "piedra safonja", excelente para el tratamiento de las hiperqueratosis de los pies, según sus propias manifestaciones.

A mediados del siglo XVIII, John Hardman operó los dedos del rey Jorge II de Inglaterra, siendo protegido de la nobleza.

El primer tratado sobre el hecho podológico fue editado en 1802, cuando Heyman Lion, publica su obra: "A complete Treatise upon Spinae Pedum". Que recoge el saber de la época de las afecciones de los pies.

Hay una obra anterior, la de D. Low, publicada en 1785, titulada "Chiropodología", pero ciertos autores la consideran una traducción de una francesa de Laforest, el que fue eminente cirujano-pedicuro del rey francés Luis XVI.

Tras estas pinceladas histórico-anecdóticas, vamos a centrarnos a nuestro país y el primer documento que regula jurídicamente la profesión de cirujano-callista, es una Real Orden de Isabel II, del año 1857, que incluye al callista dentro del campo profesional del Practicante en Medicina y Cirugía.

Nuevamente en 1870, una Ley de Instrucción Pública incluía el ejercicio del arte de callista y dentista dentro del campo profesional del Practicante.

Posteriormente el dentista pasó a Odontólogo, exigiéndole la licenciatura en Medicina y Cirugía, y la especiliadad de

Estomatología. Mientras, nuestra profesión quedó en los estudios básicos de Practicante.

Continuando con la búsqueda de documentación que haga referencia a nuestra profesión, hemos de situarnos ya en el año 1945, en que una disposición del Ministerio de Gobernación, distingue nuevamente las atribuciones del cirujano-callista, para lo cual se habilita nuevamente al Practicante.

Paralelamente el Ministerio de Hacienda, aprueba las tarifas y las exenciones fiscales, figurando los Cirujanos-Callistas en un capítulo aparte de los Practicantes.

En 1951 y por iniciativa de un grupo de profesionales del Colegio Oficial de Practicantes de Barcelona, se iniciaron una serie de cursillos de "Perfeccionamiento en enfermedades de los pies", que se impartieron hasta 1954 y de alguna forma representaron el inicio de un largo camino, que los profesionales de la Podología han venido realizando conjuntamente para situarse a un nivel científico y con un prestigio ampliamente demostrado.

Fue en 1955 cuando las aspiraciones de aquellos profesionales se vieron consolidadas, al crearse por O.M. de 23/12/55 (B.O.E. 10-1-56) una Escuela Oficial de Podología, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, a la que le fue otorgado el carácter de "Centro para la Investigación, Especialización y Fomento de la Podología".

Las enseñanzas que venía impartiendo, eran de un curso académico y, concedían unos diplomas de asistencia que eran expedidos por el Rectorado de la Universidad de Barcelona a través de la Facultad de Medicina.

Alcanzan su máximo desarrollo las enseñanzas podológicas al promulgarse el Decreto, 727/1962, de 29/3 (B.O.E. 13-IV-1962), en el que se reconoce y reglamenta, en toda su extensión y con nombre propio, la especialidad de Podología en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, así como la del profesional que la ejerce, Podólogo. Situación que es la que se mantiene hasta la actualidad.

Las órdenes O.M. de 31-7-62 y 22-9-63, desarrollan el Decreto mencionado y aprueban los programas de estudios, así como, el reglamento de organización, funcionamiento y régimen interno de las Escuelas de Podólogos.

En el año 1968 se autorizó definitivamente las enseñanzas de Podólogo, después de efectuadas las oportunas modificaciones y ampliaciones, tanto de programa como de Escuela. O.M. 29-X-68 (B.O.E. 16-11-68). Este mismo año se crea también la Escuela de Podólogos de la Facultad de Medicina de Madrid.

Las dos Escuelas, juntamente con la Agrupación Española de Podólogos, elevan el 13-4-78 al Ministerio de Educación y Ciencia la petición de carrera Universitaria, que es concedida por Real Decreto 2966/1980 de fecha 12-12-80 (B.O.E. 19-1-81), y el Plan de Estudios y las directrices de funcionamiento son presentados al Ministerio el 9-7-81.

Entre estos dos hechos, se produce el óbito de nuestro muy querido Presidente de la Agrupación y Sub-Director de la Escuela de Podólogos de B. Sr. Leonardo Escachs Clariana.

Como todos conocemos, este Decreto fue impugnado por el Consejo General, por un defecto de forma y anulado por sentencia del Tribunal Supremo (15-10-82).

Esta situación provocó entre los profesionales desazón, inquietud y desconfianza, que llega a traducirse en una serie de tensiones e incomprensiones que de algún modo hizo peligrar la continuidad de la Escuela de Barcelona. Con el fin de dar una visión de lo que ocurrió en aquellos tiempos, pero sin entrar en detalles, haremos una breve referencia de algunos de los problemas planteados:

— A causa de lo anteriormente expuesto, en los dos cursos siguientes se sucedieron dos Sub-Directores, los cuales presentaron su dimisión existiendo entre ambos un período con el cargo vacante.

— La Escuela al estar adscrita a la Universidad Central de Barcelona y depender de la Facultad de Medicina, se le cuestionaban constantemente los criterios y los contenidos del curriculum docente y profesional del Podólogo.

— H.C. y F.M. remodelan sus dependencias y la Escuela de Podología debe trasladarse urgentemente, sin encontrar unos locales mínimamente dignos. Tras largas gestiones se pactan unos semisótanos de la Facultad de G. e Historia, aunque no llegó a producirse tal situación.
Ante estos hechos la Universidad de Barcelona que era consciente desde un principio de la problemática existente y dado que ha tenido siempre clara la necesidad social del Podólogo, dentro del equipo de

salud, tomó la decisión de nombrar directamente desde el Rectorado la Sub-Dirección que estaba vacante.

Como que continuaba la problemática de los locales debía buscarse una nueva ubicación para la Escuela, tras largas gestiones, se llega al acuerdo de adecuar unos locales provisionales dentro de la Facultad de Medicina, a fin de que la Escuela pueda permanecer lo más próxima posible al Centro Hospitalario. Locales que son adecentados con cargo al presupuesto de la Universidad de Barcelona, así como su mantenimiento.

Antes del inicio del curso académico 1984/85, el Director presenta su dimisión, al Magnífico Rector de la Universidad, siéndole aceptada. En su lugar, es nombrado Director en funciones, quién hasta el momento había ocupado la Sub-Dirección.

Por primera vez en una Escuela de Podólogos recae el cargo de Director en un profesional Podólogo.

Nueva problemática con los locales ya que por remodelación de la F.M. no se permite la impartición de clases en toda la F. en este curso y como las transferencias en materia Universitaria ya se habían iniciado, gracias a un convenio entre la Generalitat y la Universidad, se llega a un acuerdo institucional para ubicar provisionalmente la Escuela en otro importante Centro Hospitalario, la Residencia Príncipes de España de Bellvitge, mientras duren las obras de la Facultad de Medicina, siendo nuevamente la adecuación, compra de materiales y mantenimiento, a cargo de la Universidad.

Es de destacar la importancia que tiene para nosotros este hecho, ya que la Universidad asume la Escuela de Podología como Escuela Oficial aunque por el momento el Decreto de transformación no haya salido.

La Escuela de Podólogos de Madrid, no pasó por estas vicisitudes dado que su Dirección y Junta de Gobierno, tuvo una total continuidad en su equipo.

PLANES DE ESTUDIO

I

El primer programa de estudios (Plan 1962), era un listado de materias, comprendidas en el CUADRO I y repartidas entre los dos cursos, que tenía la siguiente duración y distribución por años académicos.

CUADRO I

Distribución horaria por curso académico - PLAN 1962

Teoría médica	1 hora semanal (total 32 h.)
Teoría Podológica	3 horas semanales (total 96 h.)
Prácticas	9 horas semanales (total 288 h.)

Materias que componen el Plan

Anatomía y Fisiología de las Extremidades inferiores.

Biomecánica del Pie.

Afecciones y deformaciones de los Pies.

Afecciones del Pie Sintomatológicas de Enfermedades Generales.

Higiene y Profilaxis del Pie.

Exploración del Pie.

Cirugía Podológica (uñas, verrugas, abscesos superficiales, helomas, tilomas, hiperqueratosis, afecciones similares).

Fármacos.

Vendajes del Pie en general.

Prótesis del Pie: su confección y aplicación.

Estudio del calzado.

Historia de la Podología - Etica Profesional - Función del Podólogo.

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Perusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®

El relajante de los pies.

II

Este programa de estudios, ha ido modificándose y adaptándose en cuanto a contenidos y horas totales, a lo largo de estos años, a fin de adecuarlo paulatinamente a las nuevas exigencias de la sociedad y ya en el PLAN 1981, las enseñanzas están estructuradas por áreas de conocimientos, de acuerdo con la Ley General de Educación, quedando configuradas, de la siguiente forma:

— Ciencias Básicas.
— Ciencias Médicas.
— Ciencias de Podología.
— Ciencias de la Conducta.
— Salud Pública.
— Etica Profesional.
— Materias Optativas.

En el cuadro II, dentro de cada área están comprendidas las asignaturas correspondientes.

Plan de Estudios que hasta el presente no se ha desarrollado en las Escuelas, por no haber sido publicado el Decreto de transformación Universitaria, y por tanto tampoco las directrices del plan de estudios.

I-II

Un rápido análisis comparativo, entre estos dos planes observamos que el plan 1962, es una guía, lista o simple enumerado de materias a desarrollar, mientras que el Plan 1981, ya está concebido como un elemento guía que regula la actividad universitaria, con objetivos, materias, descripción de contenidos, cargas lectivas, horas/semana, prácticas y las correspondientes orientaciones pedagógicas.

En resumen se trata de un Plan de Estudios integrado.

I-II

Dadas las competencias que faculta la Ley de Autonomía Universitaria y, de acuerdo con los Estatutos de la Universidad de Barcelona ésta decidió juntamente con la Escuela de Podología configurar un plan de estudios, que basado en el Plan 1981, tuviera un enfoque de áreas troncal para permitir configurar la Escuela Universitaria de Podología, dentro de la División de Ciencias de la Salud.

CUADRO II

PLAN DE ESTUDIOS 1981

AREAS	1º CURSO	H/ Sem.	%	2º CURSO	H/ Sem.	%	3º CURSO	H/ Sem.	%
CIENCIAS BASICAS	BIOFISICA-BIOQUIMICA	4	16%						
CIENCIAS MEDICAS	ANATOMIA-FISIOLOGIA MICROBIOLOGIA	10 3	40% 12%	PATOLOGIA DEL PIE FARMACOLOGIA	5 3	20% 12%			
CIENCIAS PODOLOGICAS	PODOLOGIA I	5	20%	CIRUGIA PODOLOGICA I PODOLOGIA II ORTOPODOLOGIA I PODOLOGIA FISICA I	5 5 5 1	20% 20% 20% 4%	CIRUGIA PODOLOGICA II PODOLOGIA III PODOLOGIA FISICA II ORTOPODOLOGIA II BIOESTADISTICA P.	5 5 3 5 1	20% 20% 12% 20% 4%
CIENCIAS CONDUCTA	CIENCIAS CONDUCTA	2	8%						
SALUD PUBLICA							PODOLOGIA SOCIAL	2	8%
ETICA PROFESIONAL							ETICA PROFESIONAL	2	8%
MATERIAS OPTATIVAS	INGLES I	1	4%	INGLES II	1	4%	INGLES TECNICO	2	8%
TOTAL HORAS/SEMANA		25	100%		25	100%		25	100%

CUADRO III

PLAN DE ESTUDIOS DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

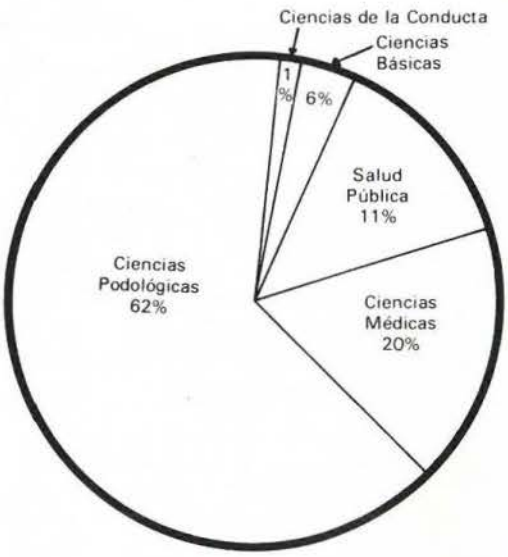
AREAS	1º CURSO	H/ Sem.	%	2º CURSO	H/ Sem.	%	3º CURSO	H/ Sem.	%
CIENCIAS BASICAS	BIOFISICA-BIOQUIMICA (cuatrimestral)	4	15%						
CIENCIAS MEDICAS	ANATOMIA-FISIOLOGIA	10	40—	FARMACOLOGIA GRAL. I	3	10%	FARMACOLOGIA ESPECIF.	3	11%
CIENCIAS PODOLOGICAS	PODOLOGIA I	10	40%	PODOLOGIA II POD. QUIRURGICA I PODOLOGIA FISICA I ORTOPODOLOGIA I	8 5 3 5	27% 17% 10% 17%	PODOLOGIA III PODOLOGIA QUIRURG. II PODOLOGIA FISICA II ORTOPODOLOGIA II	5 5 5 5	19% 19% 19% 19%
CIENCIAS CONDUCTA	CIENCIAS CONDUCTA I (cuatrimestral)	1	4%	CIENCIAS CONDUCTA (cuatrimestral)	1	3%			
SALUD PUBLICA				SALUD PUBLICA	5	17%	PODOLOGIA SOCIAL	4	15%
MATERIAS OPTATIVAS	INGLES			INGLES			INGLES		
TOTAL HORAS/SEMANA		25	100%		30	100%		27	100%

CUADRO IV

CUADRO COMPARATIVO PLANES ESTUDIO PODOLOGIA

(Porcentajes globales por áreas) 3 años

PLAN 1981



PLAN U.B.

II-III

De la comparación de los Planes 1981 y Universidad de Barcelona deducimos que siendo similares y estando estructurados por áreas, ofrecen algunas pequeñas diferencias que vamos a enumerar:

1) Los dos contemplan el engarce entre el título académico y la habilitación legal del ejercicio de la profesión.
2) La alternativa del Plan U.B., está pensada en la adecuación a las nuevas tendencias de L.R.U., con el lógico aprovechamiento de recursos, al quedar configurada la Escuela de Podólogos dentro de la División de Ciencias de la Salud, como contemplan los Estatutos recientemente aprobados.
3) Se facilita el paso de una carrera a otra con unas enseñanzas comunes dentro de la División de Ciencias de la Salud, mediante el sistema de créditos, que la Universidad de Barcelona tiene establecido.
4) Los créditos obtenidos fuera de la Escuela no excederían en ningún caso de 5 materias, del total de las 17 que componen el plan de estudios de podología (en el CUADRO III hemos señalado estas materias con un asterisco).

IV

5) Se ha procurado que el máximo de las asignaturas del cirriculum queden configuradas dentro del área podológica y por tanto sean de responsabilidad educacional del podólogo. (En el CUADRO IV vemos que el 62% de las materias son de responsabilidad del podólogo).
6) En el área de Ciencias de Salud Pública, el número de horas ha sido incrementado, pensando ya en dotar al futuro podólogo de los conocimientos suficientes para que pueda asumir la responsabilidad necesaria dentro del equipo de Salud en los Centros de Asistencia Primaria.
7) No se contempla el inglés en el plan U.B., ya que se considera una enseñanza instrumental que se puede obtener en el Departamento correspondiente de la U.B.
8) El número de horas/semana es incluso ligeramente superior en el plan U.B.
9) Las asignaturas de Microbiología, Patología y Etica, quedan integradas dentro de las áreas de competencia podológica.
10) Por estar ubicada la Escuela dentro de la División de Ciencias de la Salud, se obtiene un carácter multidisciplinario, con lo que la capacidad de relación académica universitaria se puede llevar a cabo con mayor facilidad.

Debo hacer una nota aclaratoria con respecto a la L.R.U. y a los Estatutos de la propia Universidad, ya que contemplan la posibilidad de que las universidades expidan títulos que posteriormente pueden con los años ser homologados por el Ministerio. Ahora bien, los podólogos no podemos ni debemos aceptar esta vía, ya que hemos demostrado ampliamente nuestra capacidad universitaria, que debe ser reconocida por las más altas instancias educativas.

FUTURO DE LA PODOLOGIA

Hemos titulado nuestra conferencia "La Podología, un reto al futuro" y hasta el presente no hemos hecho otra cosa que situar nuestra profesión tal como se encuentra en nuestro presente.

Pero un reto, es un desafío o una competición en el tiempo, que por abstracción nos permitirá pensar y situar nuestras acciones en el tiempo venidero.

Al marcar lo que puede suceder, al indicar la tendencia por proyección, puede ocurrirnos que la situación cambie imprevisiblemente y por tanto habremos de adaptarnos constantemente a los cambios que se vayan produciendo.

Hay un futuro, un futuro inmediato, que casi ya es presente, por un lado la integración de la Escuela Universitaria de Podología dentro de la Universidad de Barcelona como Escuela Oficial y nuestro ingreso en la C.E.E. que ya es un hecho. Tenemos que analizar también nuestro futuro educacional y ¿por qué no? nuestro futuro profesional.

Integración de la Escuela Universitaria de Podología dentro de la Universidad de Barcelona

El quedar integrada como Escuela Universitaria Oficial, comporta la no dependencia de la Escuela respecto de una Cátedra, con lo que la Dirección de la Escuela es asumida por un Podólogo.

Las enseñanzas a impartir estarán impregnadas por la propia filosofía podológica y su curriculum no puede ser cuestionable.

La Escuela Universitaria queda ubicada en la División de Ciencias de la Salud por afinidad académica, quedando integrada junto a la F. Medicina, F. Farmacia, Escuela Universitaria de Enfermería, F. Psicología y


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

Escuela Universitaria de Podología y, en un futuro Escuela Universitaria de Fisioterapia.

La Escuela se regirá por los Estatutos de la Universidad, teniendo las atribuciones y competencias que le vienen determinadas por estos y, por la L.R.U. que a grandes rasgos podemos resumir:

— Gestión y supervisión de las enseñanzas, así como de la actividad del personal que tenga adscrito.
— Participación en la elaboración de la política universitaria general.
— Representación en los Organos Colectivos de Gobierno de la Universidad.
— Fijación de planes de estudios, así como de objetivos y propuestas de enseñanzas y titulaciones.
— Organización de cursos de especialización, reciclaje y extensión universitaria.
— Fomento de la investigación y de sus propias enseñanzas.
— Promoción de la renovación científica y pedagógica de sus miembros.
— La Escuela tendrá un Director, un Sub-Director y un Secretario, así como una Junta de Escuela, que será el Organo de Gobierno presidida por el Director.
Establecimiento de la plantilla de profesorado, así como determinación del perfil académico.
Su selección se hará a tenor de los propios estatutos y la L.R.U.
— Presupuesto propio asignado por la Universidad.

La Universidad facilitará el control e intercambio con otras instituciones Universitarias, Escuelas, Facultades, Institutos de Investigación, para mejorar la calidad y la investigación tecnologica, tanto Nacionales como Internacionales. Así mismo, se establecerán convenios de colaboración con Hospitales y Centros Asistenciales, previo acuerdo con la Junta de Gobierno de la Universidad y el Consejo Social, beneficiándonos de los que ya tienen establecidos la División de Ciencias de la Salud.

Homologación del Plan de Estudios de Podología, según las Directrices de la C.E.E.

Al incorporarse España, como miembro de pleno derecho a la C.E.E. en Enero de 1986, la Administración Universitaria Española, deberá tomar medidas para adaptarse a la Legislación Comunitaria, en materia académica y someter a la aprobación de las Directrices específicas para cada una de las profesiones, ya que supondrá una mayor movilidad de titulados españoles y extranjeros, a partir del 91.

La del Podólogo entra de lleno en estas Directrices, al ser una profesión de "libre" establecimiento y libre prestación de servicios. (Tratado de Roma Art. 57). Este articulado regula las actividades de los no asalariados con las Directrices relativas a la convalidación de diplomas, certificados y otros títulos, así como el "acceso" a la profesión, al exigirse la necesaria homogeneidad entre los distintos contenidos formativos de cada profesión.

El tratado de Roma, se ha venido aplicando hasta la fecha a las siguientes profesiones de carácter sanitario: Médico, Médico Especialista, Enfermería, Odontología, Veterinaria y Matrona.

La regulación comunitaria para cada una de estas profesiones se ha efectuado siguiendo un mismo esquema y criterio:

1) Aprobación de una directriz, estableciendo la mutua convalidación de diplomas y títulos nacionales, para permitir el acceso al ejercicio de la profesión respectiva, adaptando medidas destinadas a facilitar el efectivo ejercicio del derecho de establecimiento y libre circulación.
2) Aprobación de una directriz de homogeneización de estudios y formaciones académicas, regulando los contenidos mínimos de formación que todos los Estados miembros se comprometen a incluir en sus planes de estudios, condición "sine qua non" para que los títulos enumerados en la primera directriz puedan ser convalidados.

Los aspectos regulados en estas disposiciones, son los siguientes:

— Descripción de los diferentes campos de conocimientos sobre lo que debe versar la formación académica.
— Determinación de los años de duración mínima de los estudios, o fijación de la carga lectiva mínima, número de horas totales, etc...
— Relación de materias del Plan de Estudios.
— Determinación de las condiciones académicas de acceso a los estudios.
— Advertencia a los Estados miembros para que en un período no superior a dos años adopten las medidas necesarias de adecuación comunicándolo posteriormente a la Comisión.

3) Creación de un Comité consultivo, encargado de estudiar la aplicación de la normativa reguladora de la profesión. Este

estará integrado por tres expertos por parte de cada Estado miembro, que serán:
— Un profesional en ejercicio.
— Un profesor de la Universidad en la que se cursan las enseñanzas.
— Un funcionario del Estado.

Su misión es mantener intercambios de información, sobre los contenidos y estructuras de las enseñanzas de cada estado miembro, con vistas a llegar a una concepción común de la formación y de la profesión y servir de órgano de seguimiento de los contenidos y adaptación a los progresos tecnológicos, científicos y pedagógicos.

Esta exigencia Comunitaria, caso de extenderse a todas las profesiones liberales, dejaría casi sin margen de aplicación una parte de la autonomía Universitaria, en materia de fijación de contenidos académicos. De todas maneras, las diferencias nacionales obligan a que la política de unificación comunitaria se haga con extrema cautela, porque un título universitario no es algo abstracto, sino que es reflejo y síntesis de toda una política educativa de un país y, un punto de referencia del sector profesional correspondiente. Siguiendo en esta línea, el Comité de enlace de los Podólogos de la Comunidad Europea bajo el patrocinio de la Confederación Mundial de Podólogos, aprobó en su reunión del 23-X-75 para su elevación a la Comunidad, las siguientes directrices:

1) Necesidad de extender a todos los estados miembros el nivel profesional alcanzado, derivado de la evolución científica de la podología.
2) Política Sanitaria a aplicar a la población y del rol profesional del Podólogo.
3) Libre circulación del podólogo entre los países miembros de la C.E.E.

Tales directrices señalan las funciones específicas del podólogo que se definieron como:

1) Libertad de recepción y diagnóstico del paciente.
2) Tratamiento de todas las afecciones podológicas.
3) Potestad de tratar directamente las afecciones del pie.

Para el ejercicio de la profesión se requieren unos conocimientos que fueron recogidos por el citado Comité de Enlace y que no difieren básicamente del Plan de Estudios presentado en 1981, por la Agrupación de Podólogos y las Escuelas.

Estos acuerdos no tomaron carta de naturaleza, pero son plenamente válidos en la actualidad, con la finalidad de no rebajar las competencias profesionales que por Decreto nosotros tenemos otorgadas.

Es preciso pues, que en el momento de la promulgación del Decreto como E.U.P., instemos a la Administración Universitaria a que a la hora de homologar el Plan de Estudios y regular sus competencias frente a la C.E.E. sean nuestros planes y competencias las adoptadas, ya que por contenido de curriculum y por atribuciones profesionales, son los más amplios de toda la Comunidad y, no podemos permitir que se nos rebajen estos.

Futuro Educacional Universitario

La Institución Social mejor preparada para asumir el "reto" al desarrollo científico-técnico, es la Universidad. Ser universitario requiere tener mente crítica, abierta al progreso a la investigación de las nuevas tecnologías, con sentido de equipo. Así pues, el desarrollo científico, la formación del profesional y la extensión de la cultura son las tres funciones básicas que de cara al siglo XXI debe cumplir la Universidad, vertebrada en la idea de que es un auténtico servicio público, que debe cubrir los intereses generales de una comunidad.

Dadas las características y contenidos que tiene el Plan de Estudios Universitarios y así como las atribuciones de estos futuros profesionales, es de preveer que tres años pueden ser insuficienues y, una de las soluciones que se podría apuntar sería la de prolongar el ciclo de los estudios, mientras que otra sería la creación de especialidades.

La diferencia existente entre L.R.U. y la L.G.E., radica en que la primera no determina, a priori la duración de los diversos estudios universitarios o ciclos y deja por tanto, abiertas las puertas a ulteriores decisiones de las directrices generales de los planes de estudios, que no tienen por qué estar condicionados a una cerrada secuencia de años acumulados. Pensamos que la duración de una carrera debe decidirse con la definición, estructura y contenido de cada curriculum.

La otra solución, es la de la creación de especialidades de post-graduado, dentro del Departamento de Podología de la Escuela Universitaria. Dentro de nuestro campo, las especialidades podrían ser:

— Podología Social (Laboral-Deportiva-Legal-Revisiones escolares)
— Podología Quirúrgica.
— Ortopodología.

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel.

P.V.P.
333,— Ptas.

No precisan apositos ni vendajes.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
227,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Nosotros defendemos una profundización de materias, bien sea dentro del Plan de Estudios, o bien a través de las especialidades, en el bien entendido que nuestro punto de referencia, han de ser las enseñanzas y competencias profesionales de que gozan los podólogos de los EE.UU., país en que la podología tiene máxima relevancia y que muy de cerca le seguimos los pasos nosotros, con nuestra profesión.

Volviendo con los Estatutos de la Universidad de Barcelona, encontramos que cada enseñanza y titulación corresponde a un plan de estudios o programa específico integrado por un conjunto de materias. La evaluación favorable de las materias cursadas, da lugar al otorgamiento de unos créditos a los estudiantes, que dependerán de la duración tipo de enseñanza, etc... Así, para obtener una titulación de diplomado, serán precisos entre 40 y 50 créditos. Habrá por tanto una renovada oferta académica, facilitando el sistema de pasarelas entre carreras. Por tanto, un diplomado en ciencias afines, mediante este mecanismo, podrá acceder a la Podología confeccionando su propio curriculum, tendríamos un mecanismo de acceso horizontal. El acceso vertical sería mediante el ingreso a un segundo ciclo universitario, aunque este no fuese de las áreas afines a la Podología.

Las escuelas existentes, así como las posibles que pudieran en el futuro crearse, es necesario que sean oficiales, dentro de la Universidad correspondiente.

No hemos de olvidar que queda aún por definir el verdadero alcance de la L.R.U., extremo éste que deberá hacerlo el Gobierno Central a propuesta del Consejo de Universidades y aquí corremos el peligro de ser, como siempre hemos sido, minoritarios a la hora de decidir, adaptar y reestructurar nuestros propios planes de estudios.

Es por ello que la Universidad de Barcelona, siguiendo en esta línea ha hecho las adecuaciones y adaptaciones precisas del Plan de Estudios de Podología, que hemos presentado a fin de que pueda ser tenido en cuenta por las instancias que tienen la última palabra en la materia.

Futuro Profesional

Ser universitario ha sido el sueño y el ideal de todos nosotros y, muy especialmente, de nuestros antecesores, que tanto lucharon y luchan por conseguir una dignificación de nuestra profesión, pero para ello es preciso que nos despojemos de todo personalismo, que sepamos ser humildes, compañeros de nuestros compañeros, abiertos al diálogo que nos unamos todos en un proyecto común, el gran proyecto de la Podología, de esta Podología del paso a paso, del día al día, sin renunciar a ninguna de nuestras atribuciones y a nuestro gran y amplio campo de acción, desde la Podología preventiva, Quiropodia, hasta las técnicas de aplicación y cirugía más avanzada, sin minimizar ninguna de ellas y sin ampliar el campo profesional.

Es preciso para ello que el podólogo comprenda que sin una labor de equipo es imposible obtener una proyección social, es necesario que los podólogos salgamos de nuestras consultas en la cual nos encontramos cómodos y aceptados socialmente, para enfrentarnos al reto de futuro social al que estamos llamados en la Comunidad.

Los podólogos hemos de exigir ser escuchados e incluidos en la planificación Sanitaria de nuestro país, así como participar en ella, iniciaba la exposición con la filosofía del constante fluir de Heráclito, ahora me gustaría transcribir la concepción que tenía de la salud

> "Si no hay salud, la cordura no puede revelarse, la cultura no puede manifestarse, la fuerza no puede luchar, la riqueza no nos es útil y la inteligencia no puede aplicarse".

La salud podemos definirla como:

"Un estado de naturaleza individual y colectiva que ha ido evolucionando y redifiniéndose como consecuencia de cambios políticos y sociales".

Si aceptamos este concepto de salud, como algo dinámico y cambiante, además de condicionado por múltiples factores,d eberemos admitir que su atención estará a cargo de equipos multidisciplinarios. Ninguna profesión podrá arrogarse la exclusividad del conocimiento para mejorar y mantener la salud del ser humano. Por tanto el Podólogo concebido como profesión dentro del equipo de salud, tiene un definido servicio que ofrecer a la Comunidad.

Las causas que son motivo del cambio del enfoque y ampliación del campo profesional son, por un lado, la toma de conciencia cada vez mayor por parte de la población, de su derecho a ser atendido en situación de salud, con la finalidad de promocionarla y promover sus posibles alteraciones, por otra parte la voluntad política existente de estructurar los Centros de Asistencia Primaria, con la finalidad de potenciar esta asistencia, como alternativa a la medicina más sofisticada y tecnológica.

En la Ley de Régimen de Asistencia Primaria, cuando se habla del Equipo de Salud, no se contempla al Podólogo y creemos que debe formar parte como miembro de pleno derecho del equipo multidisciplinario de salud. Es preciso que esté integrado en la Seguridad Social, cubriendo las etapas, preventiva, curativa y rehabilitadora, con todas y cada una de las atribuciones de su competencia, recibiendo, diagnosticando y tratando directamente al paciente; siendo a la vez vehiculador, formador y educador de la salud del pie.

La Podología quiere tener un lugar en el campo de la Asistencia y Planificación Sanitaria. Sabemos que somos una pieza dentro del vasto engranaje de las Ciencias de la Salud, pero también creemos que somos una pieza indispensable.

Pero todo ello debe ir acompañado de un total y mutuo respeto, entre nosotros mismos, respetando el campo de los demás profesionales que forman el Equipo de Salud, para que así nos respeten y valoren en la medida que nosotros valemos y somos útiles a la sociedad, sociedad cambiante y con necesidades que nosotros no podemos olvidar que representa el "reto al futuro" que con toda seguridad sabremos y debemos vencer y superar.

DELEGACION DE HACIENDA

DE MADRID

DEPENDENCIA REGIONAL DE GESTION TRIBUTARIA.- I.V.A.

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
Gran Vía, 33
28013 MADRID

Me es grato comunicarle que de acuerdo con el artículo 13,1, 30 del Reglamento del Impuesto sobre el Valor Añadido está exenta de este Impuesto la asistencia a personas físicas en el ejercicio de profesiones médicas y sanitarias definidas como tales por el ordenamiento jurídico.

Madrid, 21 de Enero de 1.986

LA JEFA DEL NEGOCIADO,

CONTESTACION AL ESCRITO, ENVIADO AL EXCM. SR. DELEGADO DE HACIENDA, POR ESTA ASOCIACION DE FECHA 3-1-86

ASOCIACION MADRILEÑA

La podología, está atravesando unos momentos críticos de su historia, estamos pendientes de que el anhelado decreto de regulación y trasformación de nuestra especialidad, vea la luz pública y ésta se convierta en Carrera Universitaria Independiente; desde cualquier nivel, debemos impulsar todo aquello que favorezca su buena imagen.

En Madrid, se están impulsando por nuestras organizaciones profesionales (Escuela, Asociación) Cursos Universitarios para postgraduados, que han tenido un gran éxito, estos cursos tienen una doble vertiente: por un lado lo que signífica socialmente para nuestra profesión, el que las autoridades académicas de nuestras Universidades (Complutense y Autónoma), vean la realidad de la podología. Como sus mujeres y hombres acuden a la Universidad, con que ilusión se pasan días enteros, intentando conocer mejor aún, esa parcela del organismo humano tan importante que es el pie, y que para esos profesionales es su vida.

Por otro lado, en muy poco tiempo, en ambas Universidades, se ha hablado en podología. Primero en la Universidad Autónoma. Servicio de Patología Vascular del Prof. JIMENEZ COSSIO. Después en la Universidad Complutense. Escuela Oficial de Podología, y por último, en la Universidad Complutense. Cátedra del Prof. JIMENEZ COLLADO. Y se ha hablado en podología, como queremos que se hable de ella: es decir, con conocimiánto de nuestra profesión, viendo su realidad actual y comprobando, que si queremos ser Universitarios, es porque nos lo merecemos sobradamente. Y que cuantas veces hemos estado, al lado de eminentes catedráticos, jefes de servicios prestigiosos y grandes hombres de la medicina Española, siempre hemos demostrado que en el pie, estamos en la vanguardia.

Por la Universidad, a la Escuela Oficial de Podología, se le ha pedido un artículo del Curso realizado por ésta, para publicarlo en el periódico de la Universidad; somos noticia los podólogos, pero noticia sorprendentemente agradable para muchos, porque no nos conocen, y cuando lo hacen, se quedan maravillados de nuestra realidad.

Esta realidad nuestra actual, la realizamos todos y cada uno de los podólogos, en nuestro cotidiano hacer en solitario en nuestras consultas; pero en el momento actual y cuando está casi cogiéndose con la maoo, el nuevo decreto regulador de nuestra futura Carrera, todos debemos hacer un esfuerzo extra, para que esta ilusión mucho tiempo perseguida se convierta en realidad.

Francisco Antonio Pardo Martínez
(Vocal I Asociación Madrileña de Podología)

III CURSO DE ANATOMIA CLINICA DEL PIE

Acabamos de celebrar por tercer año consecutivo el Curso de Anatomía Clínica del Pie. Desde el primer momento, este curso ha estado abierto a los compañeros de toda España, y concretamente este año han acudido a la llamada compañeros de todos los puntos cardinales: Han venido de Canarias (figura 1), de Andalucía, de Cataluña, Galicia, Castilla-León, Vascongadas, Navarra y naturalmente Madrid (figura 2 y 3), por lo que esta Asociación Madrileña de Podólogos, como organizadora del curso, se ha sentido enormemente feliz al tener durante unos días como invitados a compañeros tan distinguidos. Estamos seguros que también ellos se

(Fig. 1)

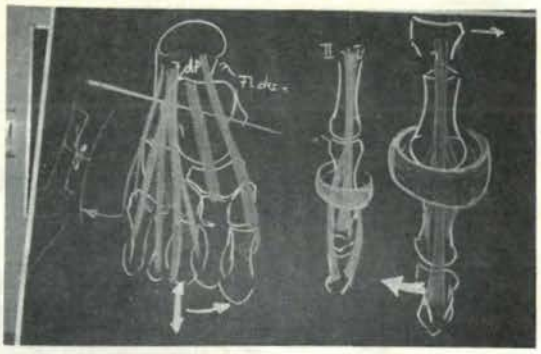
habrán llevado un recuerdo imborrable de su estancia entre nosotros.

El curso en sí, se ha desarrollado aprovechando la experiencia de años anteriores, y por ello, una de las primeras variaciones introducidas fué una cinta en super 8 y un video en el que se nos apuntaba exactamente como habríamos de proceder posteriormente para abordar las distintas formaciones anatómicas del pie.

(Fig. 2)

La mecánica del curso es alternar las clases teóricas (figura 4) con la posterior disección en pies de cadáveres (figura 5), destacando entre las primeras, a parte de la anatomía descriptiva, las lecciones de biomecánica (figura 6) con que nos han obsequiado todos los profesores. También este año el profesor Díaz Faes nos sorprendió con unas diapositivas sobre la anatomía patológica de los papilomas que posiblemente muy pocas personas han tenido la suerte de observar todavía, aunque es posible que en alguna ocasión posterior podamos contar con ellas para que los demás compañeros puedan participar de esta primicia.

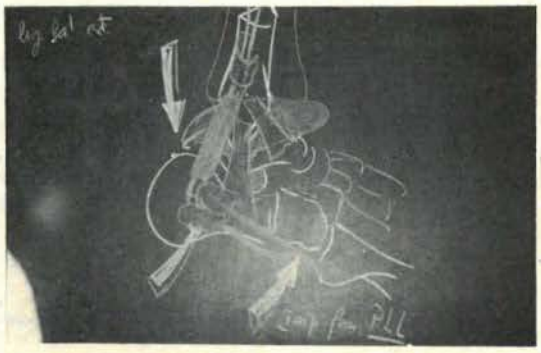
(Fig. 3)



(Fig. 4)

(Fig. 5)

Con todo este soporte de clases teóricas y de medios audiovisuales pudimos aprovechar al máximo las horas de disección (figuras 7 y 8), que fueron muchas aunque a todos se nos hicieron pocas.



(Fig. 6)

Por fin el último día, el Catedrático, Profesor Jimenez Collado, nos hizo un recorrido por la embriología del pie, donde pudimos apreciar el desarrollo del pie desde el embrión de 2 mm. hasta su total formación ya en el feto; todo ello con su saber pedagógico que es excepcional, y apoyado en una imágenes que seguro solo él posee, para dar paso a la lección de clausura a cargo del profesor Guillén sobre las bases morfológicas de la anestesia en el pie, quien nuevamente volvió a hacer público su reconocimiento y su cariño a los podólogos.

(Fig. 8)

(Fig. 7)

Por lo que una vez más hemos podido ver a lo largo de estas tres jornadas, todos los podólogos debemos sentirnos orgullosos de que en la Universidad se nos acoja con el cariño que lo hace siempre la Cátedra de Anatomía de la Universidad Complutense con su titular al frente. Vaya desde aquí mi agradecimiento a todos los integrantes de esa querida Institución, y muy especialmente a su Jefe el Profesor Jimenez Collado.

Finalmente, y en un acto sencillo, como suelen ser las cosas grandes, se procedió a la entrega de diplomas y se dió por concluido este III Curso de Anatomía Clínica del Pie, y a pesar de hacer tan solo unos días, ya esperamos con impaciencia que lleguen las fechas de la siguiente edición, en que esperamos contar nuevamente con compañeros de toda nuestra geografía.

José Luis Moreno de la Fuente

El pasado día 14 de noviembre falleció un buen amigo de la Podología: Luis Asturias, librero conocido de todos y querido por todos. Como quiera que sus libros nos los vendía sin que mediara ningún tipo de documentos y muchos compañeros le debían dinero, les rogamos que envien la cantidad adeudada a la Asociación Madrileña de Podólogos para hacérselo llegar a su viuda que queda en una situación dificil.

VALORACION CRITICA DE LA EVOLUCION DE LAS ALTERACIONES DEL PIE EN EL NIÑO

Por: J.J. ARAOLAZA

(Podólogo)

No se tienen muchos conocimientos sobre cómo andaban nuestros antepasados más lejanos, cuanto que las huellas de aquellos seres conservadas, como las de la cueva de Pech-Merle (Lot) o en la gruta de la Sociere (Italia), muestran sólo una divergencia en Hallux de dedo gordo, muy análoga a la que se ve todavía en algunas poblaciones primitivas de Nueva Caledonia. Las huellas, pocas en número, no dicen nada para extraer conclusiones y menos definitivas.

El pié humano ha alcanzado la alineación de todos los dedos, el aplanamiento de las uñas, los espacios intergitales libres, sin membranas, el engrosamiento del primer dedo gordo respecto a los demás, probablemente por ser soporte anterior del arco longitudinal y el aumento de volumen de la tuberosidad posterior del quinto meta, consecuente al aumento de apoyo sobre él.

La atrofía del mismo quinto dedo, en su parte anterior, podrá sufrir nuevas reducciones de acuerdo con el poco papel que representa.

Si en el plano evolutivo la adquisición del arco interno longitudinal es un avance, la presencia del pié plano estático puro podemos interpretarla como un salto atávico en el devenir del hombre, como retraso o paro, en su avance de mejora estructural.

Lo que sí parece cierto, en la adquisición de la estación bípeda evolucionada, es la bóveda longitudinal de nuestro pié. Como todos sabemos, la bóveda longitudinal descansa en dos puntos óseos, los sesamoideos y la cabeza del primer metatarsiano por delante y el calcáreo por detrás. Más hacia afuera de esta línea anteroposterior, sólo tenemos la gruesa tuberosidad del quinto meta, que como tercer soporte del trípode estático, se encuentra en el justo medio del borde externo.

El pié humano es un segmento adquirido, entendiendo así que su formación exigió una adaptación a la posición bípeda. Es también un segmento activo, con tonicidad voluntaria, lo contrario de aquellos segmentos pasivos que han adquirido una posición estática continuada. Por ejemplo, el cráneo en su descanso sobre los cóndilos de atlas, tomó ya una posición pasiva, casi horizontal, ante la estática.

Posición homóloga al pié es la columna y toda la espalda, **que exige una tonicidad permanente muscular en su lucha contra la gravedad.**

La diferenciación en la escala zoológica y también la evolución para la adquisición de la bipedestación en el género humano, se centra en la consolidación de la bóveda longitudinal para la planta del pié, más que en la transversa.

En efecto, en los seres más próximos al género humano como son los primates, el apoyo del pié es plano y la disposición del dedo gordo es en semiflexión y abierto.

El levantamiento del borde interno del pié es una adquisición humana, que se caracteriza, entre otras cualidades, por un engrosamiento mayor del primer meta y un aumento de tamaño de la tuberosidad posterior del quinto meta.

Podemos pensar que la introducción entre los hombres de la sandalia favoreció la formación del arco anteroposterior longitudinal, al salvar todos los desniveles del suelo con entera libertad. Así hoy día, estimamos que los que continúan descalzos se da extraordinariamente en ellos los pies planos.

La enorme frecuencia de las alteraciones del pié en el niño de hoy, introduce un nuevo elemento de meditación sobre las causas de estos trastornos, proceso natural y su repercusión en la vida adulta.

Giannestras da una cifra cercana al 45% de niños de entre los 2 y 3 años con alguna alteración anatómica y funcional.

La realidad es que estas alteraciones podrían clasificarse de muy diversa forma, y que un gran número de ellas serían susceptibles de una evolución a la normalidad en un proceso natural y espontáneo.

El compañero valenciano José Vilar Fuster en un estudio sobre 1.612 niños explorados, refiere haber encontrado

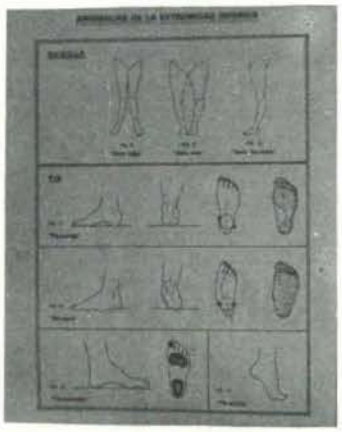
Pié plano-valgo

44% de 4 a 6 años
26,54% de 6 a 10 años
16,47% de 10 a 14 años
8,57% de 14 a 17 años

Estaban en tratamiento con plantillas

4% de 4 a 6 años
0,47% de 6 a 10 años
0,88% de 10 a 14 años
0% de 14 a 17 años

El Gobierno Vasco dentro de su programa de Salud escolar tiene establecida una exploración escolar que incluye una revisión de anomalías de la extremidad inferior (fig. 1).



(Fig. 1)

Esta exploración es normalmente realizada por los médicos de A.P.D. y con unos presupuestos muy simples que abarcan al estado de las rodillas (genu-valgo, genu-varo y geno-recurvatum), el pié plano, que incluye el pié pronado valgo con antepié en abducción y el pié excavado.

Los datos referidos al curso 1981-82 y sobre 60.000 niños explorados de Alava, Guipúzcoa y Vizcaya ofrecen los siguientes resultados, y siempre con la relativa fiabilidad dada las condiciones del exámen.

Piés planos	Alava	Guipúzcoa	Vizcaya
Curso 1º 6 años	8,4	10,4	6
Curso 5º 10 años	7,4	9,2	3,2
Curso 8º 13 años	2,7	6,8	3,7

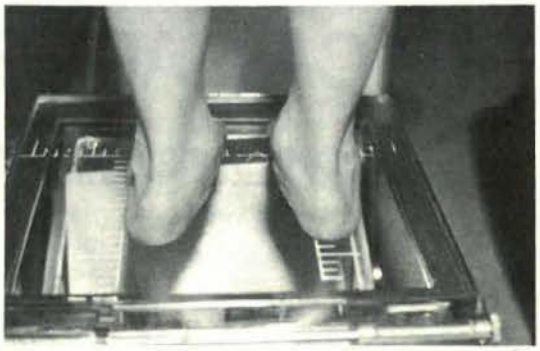
Es de resaltar que estas cifras se refieren a niños mayores de 6 años.

Sin entrar en otras consideraciones en este momento, es evidente que todas las referencias que he citado dan como punto común, un proceso evolutivo hacia la normalidad espontánea.

Por otro lado, y sin poder presentar datos, es de creencia general, entre los que andamos en estos lares, que la edad en la que se observan mayores cotas de mejoría y de curación de estos trastornos es entre los 3 y los 6 años.

A la vista de lo que se nos presenta en nuestras consultas, da la impresión que un porcentaje de niños de más de 50% presentan a los 2-3 años alguna alteración en sus miembros inferiores.

Las exploraciones periódicas confirman la benignidad del proceso en un elevado nº de casos. Otros persisten y engrosan un grupo en el que a pesar de nuestros esfuerzos, pocas satisfacciones profesionales nos producen. Al final la edad y el aburrimiento los va eliminando de nuestra vista (fig. 2).



(Fig. 2)

Y estos piés problema, los he visto también en las consultas de prestigiosos compañeros, que han tenido la delicadeza y la amabilidad de dejarme observar su trabajo. Aprovecho la oportunidad para agradecer vivamente las muestras de compañerismo y amistad que he recibido en estas ocasiones.

A la vista del diferente proceso que siguen unos casos u otros, sería necesario, si fuera posible, establecer unos criterios de actuación tendentes a aplicar medidas a aquellos casos en los que sospechamos van a persistir en sus alteraciones.

Y esto parece no resultar fácil, y cada profesional tiene su teoría que la defiende a

machamartillo, aún cuando resulte quizás totalmente opuesta a otros.

Giannestras desafía a cualquier ortopedista a pronosticar, partiendo de unos pies de este tipo, qué niños presentarán un pié doloroso adulto y quienes no.

Partiendo de esa dificultad, el autor propone iniciar tratamiento a todo niño que presente pié en pronación aunque sea totalmente asintomático, iniciando este tratamiento precozmente entre los 16 y 24 meses.

Es totalmente rígido también a la hora de establecer que el niño ha de ir calzado en todo momento con el zapato prescrito y con las modificaciones requeridas, calzado que se quitará únicamente para irse a la cama.

Las opiniones al respecto son muy diferentes en las distintas secuelas. Y hay variaciones para todos los gustos.

En el reciente Congreso Internacional de Barcelona, saltó la chispa de la controversía inmediatamente con el sólo hecho de que hubo una opinión de un ponente, que retrasaba cualquier actuación ortopédica, hasta después de los 6 ó 7 años.

Semejante herejía no se podía permitir y la reacción fué contundente y la intervención del moderador cortó la polémica.

El podólogo belga Smekens remarcó en su ponencia que la actuación ortopédica en los piés pronados, **jamás** ha de sostener la bóveda plantar, ni con material rígido ni blando.

En nuestro país se ha despreciado como poco ético cualquier ortesis plantar que no se realizase previo molde de escayola, entendiendo que es la única forma de garantizar un tratamiento adecuado y unos resultados óptimos.

El correspondiente soporte aplicado al molde corregido según el saber entender de cada podólogo, implica un material semirígido elástico, flexible, como quiera llamarse a los termoplásticos usuales.

Todos ellos, en un punto más o menos retrasado, realizan su apoyo sobre todo en la bóveda plantar.

Visto así el panórama, resulta bastante desolador para un profesional que quiera ejercer su trabajo digno, honrada y eficazmente.

Todo lo dicho hasta el momento no son sino consideraciones de una realidad que veo con mis ojos.

Ante ello,lo primero que quiero proclamar es mi respeto y consideración hacia todas las formas y tratamientos de mis compañeros.

A mi entender no existe ningún dogma ni doctrina clara y terminante, y desde esta misma posición de humildad y relatividad desearía dar mi opinión, guiada eso sí con una perspectiva de honradez y valentía que creo es necesario plantear.

Trasladando esta amplia problemática del niño de 3 años al varón adulto, no encontramos una correspondencia numérica preocupante. Son muy limitados los casos de adultos varones que aquejan problemas de estructura con una sintomatología claudicante.

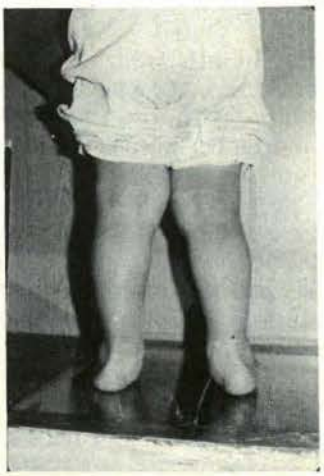
Y los que acuden a ser tratados dan un resultado bueno y agradecido.

El calzado inadecuado, que es uso común en la mujer, introduce un factor desequilibrante al valorar por el contrario la frecuencia tan amplia que presenta la mujer.

El pié plano asintomático en el adulto es por lo tanto cuestión a tener en cuenta.

Tengo la grave sospecha que el tratamiento ortopédico a que podamos someter a los niños con alteraciones en los piés, puede complicar y agravar un proceso que en su situación natural remitiría a la normalidad. No son estudiados con detenimiento y seguimiento las reacciones de las diversas partes del pié ante un cambio cualitativo de posición. Por ejemplo: un soporte con elevación longitudinal es frecuente de como reacción secundaria una abducción del antepié.

El contexto de las alteraciones del pié en el niño es mayoritariamente consecuente a una situación de desequilibrio muscular y ligamentoso que se traduce en una inestabilidad funcional (fig. 3).



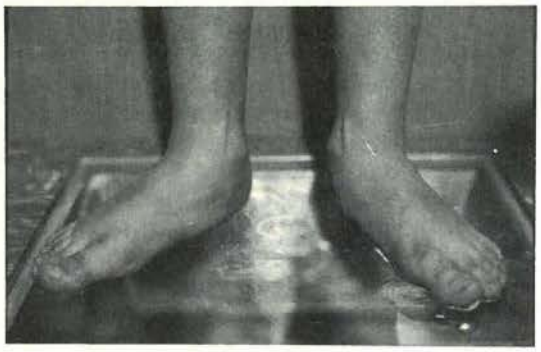
(Fig. 3)

Si en la introducción de este trabajo, comparaba el pié con la columna en cuanto a la exigencia de una tonicidad permanente muscular en su lucha con la gravedad, las deficiencias del tono no las podemos tratar en principio con la ferulización permanente.

El papel primordial del antepié y medio pié en la estabilización del retropié en su posición de equilibrio, desplaza el interés que clásicamente se le ha dado a la parte posterior, a quien se le consideraba la clave y llave de las alteraciones.

La exploración por la parte posterior tiene su contrapunto en un examen cuidadoso de las circunstancias anatómicas y de movilidad dorso-plantar del primer radio (1ª cuña, 1º metatarsiano), 10 mm. dorso-plantar y la relación de la articulación metatarsiana con el plano plantar del talón.

Con gran frecuencia el pié pronado no es más que la adaptación que realiza la subastragalina a la situación determinante del plano del antepie (fig. 4).



(Fig. 4)

Los que hemos utilizado soportes de material termoplástico, a la vista de una posición en valgo del soporte, lo hemos corregido con harta frecuencia modificando el ángulo terminal interno situado tras los sesamoideos. La responsabilidad del peróneo lateral largo en la flexión dorsal de la cabeza del primer metatarsiano y en la supinación del antepié, plantea tratamientos rehabilitadores de diferente óptica a la actual.

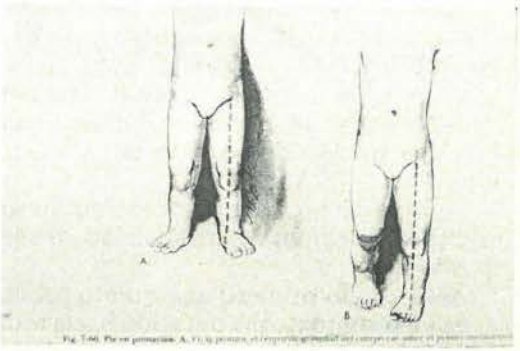
La clásica defensa del primer dedo (fig. 5) (signo de Lance), en presencia de un pié inestable hipotónico, denota un esfuerzo compensador que es positivo que se produzca. La aplicación de un soporte puede anular este esfuerzo rehabilitador natural o puede también aumentarlo según el grado de corrección del soporte. En un caso u en otro puede ser discutible la conveniencia del soporte.

La complejidad de las causas que originan una alteración del pié en el niño, así como lo entremezcladas que pueden estar las afecciones, hace imposible marcar unos criterios tipo receta para cada caso. Una exploración concienzuda y global puede hacer recaer la máxima resqonsabilidad en una determinada causa y será el profesional quien determine en todo su contexto el tipo de tratamiento a realizar.

(Fig. 5)

Personalmente, y conforme mi experiencia y comprensión me van indicando, encuentro poco justificada la aplicación de ortesis plantar en los casos en los que se da una circunstancia casual extrinseca del pié, así como situaciones de pura irreductibilidad estructural y de contractura.

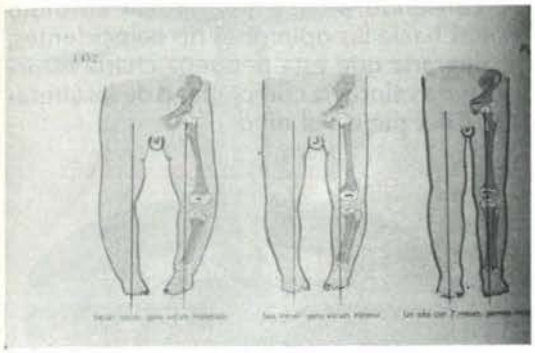
Volviéndonos a ceñir a los casos de pié pronado (fig. 6) (afección más frecuente en el niño de 3 a 6 años) por laxitud articular muscular y ligamentosa generalizada, parece dudoso podamos conseguir nada especial en el pié si su naturaleza está en esa situación. El estímulo permanente de tonicidad requerido



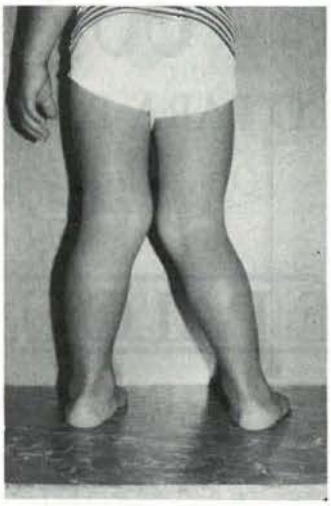
(Fig. 6)

por la marcha y la evolución de su naturaleza es la que en definitiva puede permitir una normalidad futura.

Los problemas de crecimiento en rodilla (fig. 7) y tibias como el de genu-valgo, genu-varo y tibias varas puede mantener una situción de pié pronado, que difícilmente se puede sustraer a la evolución causal. El recurso de la elevación del borde interno del talón para el genu-valgo que teóricamente puede estar justificado, no se corresponde en la práctica ya que la alteración de las rodillas sigue independientemente su curso (fig. 8).



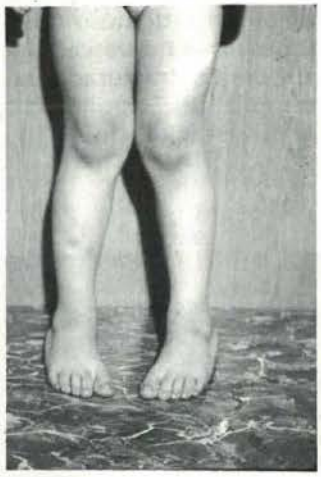
(Fig. 7)



(Fig. 8)

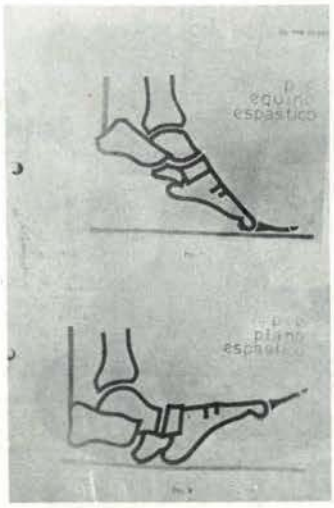
La falta de torsión tibial externa (fig. 9) es también causa-efecto del pié pronado. Existen estadísticas suficientemente reveladoras de su relación (Centro Nacional de rehabilitación de Madrid).

Por extensión, puede originar pié pronado con el mismo fundamento, las alteraciones de la rotación a nivel de cadera como la anteversión.



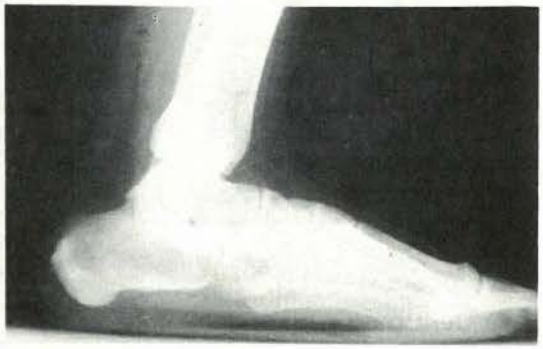
(Fig. 9)

Y dentro de este capítulo, merece especial atención el pié plano consecutivo a la insuficiente flexión dorsal por acortamiento del triceps sural (fig. 10). Es origen de gran número de piés planos-valgos caracterizados por la deambulación en rotación externa ya que esa forma no necesita de gran arco de flexión dorsal. Formas leves de equino son las que mantienen una situación de pié plano sin mejoría a pesar de nuestros esfuerzos en su correción. Será inútil nuestro empeño mientras subsista la causa. Una forma rápida de explorar alguna limitación de la flexión dorsal, es indicar al niño descalzo se coloque en cuclillas con los talones firmemente apoyados en el suelo. Su imposibilidad indica limitación. Será una forma de calibrar la limitación, o sea, eliminando la tensión del triceps.



(Fig. 10)

Será también infructuoso nuestro tratamiento ortopédico si no descartamos la presencia de un pié contracturado mediante la clásica maniobra de Gosselin, cuanto más ante un pié plano-rígido (fig. 11) y un astrágalo vertical.



(Fig. 11)

Y por último aquellos procesos de tipo general con desequilibrios endocrinos, obesidad, déficit vitamínico y raquitismo. A destacar los pies planos de los niños con alteraciones genéticas de tipo mongoloide en los que no conseguiremos prácticamente nada.

Como veís, he preferi áo pasar un somero exámen a los casos en los que vamos a tener muy dudoso resultado, en la creencia de que no es mal principio conocer en donde vamos a fracasar con el tratamiento ortésico habitual. Y hemos desmontado el invento. Ahora toca comenzar a construir.

Volviendo a reafirmar mi más absoluto respeto hacia las opiniones no coincidentes, me alegraría que esta pequeña charla os sirviera para valorar la complejidad de las alteraciones del pié en el niño.

TABURETE DENTAL

ANCAR

ROBUSTO - AGIL
ERGONOMICO

Asiento de goma espuma revestido en skai de primera calidad.

Regulación contínua altura asiento.

Comando manual.

Movimientos subida y bajada compensados y amortiguado mediante resorte a gas totalmente silencioso.

Brazo respaldo regulable vertical y lateralmente. Anillo base "chorreado" en cromo duro. Cinco ruedas deslizables en cualquier superficie (Moqueta, parket, mosaico). Partes metálicas cromadas.

Altura máxima 67 cms.
Altura mínima 47 cms.

ESTERILIZADOR

STERILDEN

POR BOLITAS DE CRISTAL

- Cómodo
- Estético
- Fabricado totalmente en acero inoxidable
- Ideal para esterilizar todo tipo de pequeño instrumental en un tiempo mínimo (máximo 15")

COMESA

Aragón, 239, pral.
Teléf. 215 78 56
BARCELONA

CONSTITUCION DE LA ASOCIACION DE PODOLOGOS DE LAS ISLAS CANARIAS

El pasado día 14 de Septiembre, ha tenido lugar en Las Palmas de Gran Canaria la Asamblea Constitutiva de la Asociación de Podólogos de las Islas Canarias (A.P.I.C.) a la que asistió especialmente invitado el Iltmo. Sr. Don Sergio Bonamusa i Mont, Presidente de la Asociación Española de Podólogos, especialmente desplazado desde Barcelona para este evento.

Los actos se celebraron en el Salón García Escamez del Hotel Santa Catalina de esta Ciudad, asistiendo la casi totalidad de los podólogos de la vecina provincia de Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas, acompañados de sus respectivas esposas, familiares y amigos. El Sr. Morán Ventura, pronunció unas palabras en recuerdo a la memoria de nuestro querido y llorado presidente perpetuo, Leonardo Escach Clariana.

Por acuerdo unanime de los presentes se aprobó el constituir la Asociación de Podólogos de las Islas Canarias, de ámbito regional autonómico, la cual estará formada por 36 socios fundadores, igualmente se aprobaron los Estatutos y la nueva Junta de Gobierno Provisional, recayendo dichos cargos en los Sres: PRESIDENTE, DON FRANCISCO JOSE MORAN VENTURA. VICE-PRESIDENTE 1º, DON ARTEMIO MENDEZ MARTIN. VICE-PRESIDENTE 2º, DON JOSE MARIA ESTUPIÑAN LIRIA. TESORERO, DON ELIAS DOMINGO GONZALEZ PEREZ. SECRETARIO, DON AGUSTIN HERNANDEZ GONZALEZ. VOCAL 1º, DON MIGUEL MENDEZ MARTIN. VOCAL 2º, DON JESUS ACORDAGOITIA VIVERO. VOCAL 3º, DON ENRIQUE ESTEVEZ HERRERA y VOCAL 4º, DON LUIS GUILLERMO NUÑEZ BRAVO.

A continuación se hizo entrega de los carnets, títulos de Socios Fundadores y varios obsequios donados por las Cajas de Ahorros de Santa Cruz de Tenerife y de Las Palmas. También se mostró a los presentes la Orla que para dicho Acto se había confeccionado y que fue unanimente aprobada.

En nombre del colectivo de podólogos tinerfeños, el compañero Artemio Méndez Martín, hizo la entrega al presidente electo Don Francisco José Morán Ventura, de una artística placa en reconocimiento a la labor realizada por el mismo, en pro de la Podología en las Islas Canarias, por iguales motivos, y en nombre de los de Las Palmas, el compañero Don José Benitez Montesdeoca, le entregó a su vez otra.

El Sr. Morán Ventura, acepto las mismas pero queriendo aclarar que lo realizado era obra de todos, pero que en especial valoraba la enorme ayuda recibida del compañero ARTEMIO MENDEZ MARTIN, cuya labor de coordinación había sido extraordinaria y también la de los compañeros, Castro Hernández, Hernández de Lorenzo-Múñoz, García Hernández y Hernández González, actual Secretario.

Después de un breve descanso, se proyectaron tres películas científicas, gentilmente cedidas por el compañero DON LUIS GUILLERMO NUÑEZ BRAVO y los Laboratorios Boehringer, los cuales ofrecieron a continuación, un magnífico Vino-Español. Acto seguido y en la terraza del antedicho Hotel, tuvo lugar un almuerzo de trabajo.

Por la tarde y como estaba previsto, dió comienzo el 1er. CURSO DE ACTUALIZACION PODOLOGICA EN CANARIAS, impartido por el prestigioso podólogo catalán Don Evaristo Rodríguez Valverde, en el Salón Doramas, resultando brillantísimo por la amenidad y bienhacer del conferenciante. Ya entrada la noche se celebró una animada Cena-Baile de Confraternidad, en la que se obsequió a todos los asistentes con un precioso llavero-conmemorativo. Durante la misma y por los dos representantes de las dos provincias Canarias, Sres. Méndez Martío y Morán Ventura, después de oirse el pasodoble ISLAS CANARIAS, efectuaron el corte simbólico de la tarta que ostentaba el escudo de la Asociación, fundiendose ambos en un fraternal abrazo.

Acto seguido, se hizo entrega a Don Evaristo Rodríguez Valverde, de un cuadro de las Islas Canarias, con una plaquita de agradecimiento a su magnífica colaboración en estos Actos. A continuación, le fue entregada a DON SERGIO BONAMUSA I MONT, una placa de agradecimiento de los podólogos canarios, a su esforzada labor en pro de la Podología española.

El Sr. Bonamusa i Mont, hizo entrega a su vez al Sr. Morán Ventura, de una placa de la Asociación Española de Podólogos a la naciente Asociación de las Islas Canarias, con motivo del día de su Constitución.

Al día siguiente, continuó la segunda parte del interesantísimo curso práctico y como colofón a tan brillantes jornadas, se entregaron los Diplomas de Asistencia al mismo, dando por terminadas estas inolvidables Jornadas Constitucionales.

Compañero:

La Revista es la voz y comunicación de todos los podólogos. Sabemos de tú ilusión por una Revista viva, agradable e interesante. Que no falte tú colaboración a la misma. Trabajos, casos de interés, noticias, tienen cabida en tu Revista.

¡COLABORA EN ELLA!

RESTAURADOR MANTO ACIDO

PROTECTOR
EPIDERMICO
PODOLOGICO

Mantener un pH adecuado resulta imprescindible para tratar de evitar infecciones de todo tipo. En los pies, además, corrigiendo los trastornos de la sudoración, tanto por exceso como por defecto, se tiene solucionada una buena parte de la salud de los mismos. **RESTAURADOR MANTO ACIDO, CPI,** normaliza rápidamente la fisiología de la piel en los pies ante las permanentes agresiones diarias que éstos sufren, dejando la zona tratada: **TERSA, HIDRATADA, NUTRIDA** y con un **pH FISIOLOGICO** de 5,5. Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

COMPOSICION:

Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%;
Sustancias humectantes (Glicerina, Propilenglicol, etc.), 10%;
Derivados de lanolina, 2%;
Triglicéridos vegetales, 1%;
Aminoácidos y sales inorgánicas, 2%;
Emulsionantes no tensoactivos, 2,5%;
Acido láctico c.s.p. pH = 5,5.

INDICACIONES:

Alteraciones en la fisiología normal de la piel del pie regulando su hidratación, tanto en la excesiva sudoración como en la sequedad. Protección frente a microorganismos patógenos.

MODO DE EMPLEO:

Tras el baño o ducha, extender la emulsión por todo el pie, friccionando suavemente. No deja sensación grasa.

PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 200 cc., 650 pts.

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL
Sagitario, 12
ALICANTE
España

RESTAURADOR DEL MANTO ACIDO CPI

REMITIDO

PROYECTO

Se ha decidido utilizar en un número de pacientes, que hayan sido tratados con vendajes escayolados durante un mínimo de cuatro semanas, un restaurador del manto ácido de la piel.

Es habitual, que después de mantener un miembro durante el tiempo que dura su lesión, dentro de un vendaje escayolado, observar que la piel se seca y se deposita en escamas debajo del vendaje.

Es un hecho natural, producto de la desecación y de la falta de descamación y regulación fisiológica de la epidermis, al no poder descamarse ésta, y al faltarle el contacto habitual con el medio ambiente. Así, se observa que al retirar estos vendajes y movilizar suavemente el miembro, se desprenden numerosas cantidades de células descamadas que dejan ver al retirar éstas, una epidermis seca y sin brillo.

El proyecto pues, de esta observación clínica es favorecer en el período más corto posible la normal fisiología de la piel utilizando un **restaurador del manto ácido.**

PRODUCTO UTILIZADO

Se ha utilizado el RESTAURADOR MANTO ACIDO CPI, cuya composición química, dada por el laboratorio fabricante es:

Esteres de ácidos grasos ramificados	6 %
Glicerina, Propilenglicol humectantes	10 %
Derivados de lanolina	2 %
Aceite de zanahoria, trigo y girasol	1 %
Aminoácidos y sales inorgánicos	2 %
Emulsionantes no iónicos	2,5%
Acido láctico c.p.s. a pH 5,5	
Agua destilada	100 %

Se presenta en frascos de 200 cc. para uso tópico.

PROPIEDADES DEL RESTAURADOR MANTO ACIDO

El producto tiene como características fundamentales el regular la hidratación de la piel evitando la evaporación excesiva de agua, así como impide la inhibición protéica y confiere a ésta suavidad y flexibilidad.

MATERIAL

Se ha utilizado el RMA en 60 pacientes, que habían presentado diferentes lesiones del aparato locomotor y que habían requerido para su tratamiento utilización de un vendaje escayolado, por un período superior a cuatro semanas. Estos casos fueron:

Nº Pacientes	Lesión	Período
10	fractura de Colles	6 semanas
10	esguince de tobillo	4 semanas
5	luxación de codo	4 semanas
5	osteotomía de metatarsianos	6 semanas
15	fractura de tobillo	6 semanas
15	intervención Hallux valgus	4 semanas

METODO

A los pacientes les fue entregado 2 envases de 200 cc. de RESTAURADOR MANTO ACIDO CPI, con la observación común de que se utilizara inmediatamente después de limpiar el miembro afecto con abundante agua jabonosa, dándose un suave masaje 3 veces por día.

RESULTADOS

Debido a que se trata de realizar una observación clínica del RMA, no se ha seguido ningún parámetro de objetivación histológica por las dificultades que entrañarían en el estudio; por lo que se ha limitado el estudio a recoger datos que los pacientes aportaban al llegar a consulta y de los cuales el observador da fe.

OBSERVACIONES

1. Crea emulsión apicutánea.
2. Al contacto con el agua permanece el producto.
3. A las 24 horas de la utilización, desaparece la "piel de serpiente" que mantenía debajo del yeso.
4. A las 24 — 48 horas, la piel está normalmente hidratada (hecho que en condiciones normales, se produce al quinto o sexto día de quitar el yeso).

5. Queda la piel nutrida.
6. A diferencia de las emulsiones normales, RESTAURADOR MANTO ACIDO CPI, posee una elevada fluidez que permite una aplicación fácil y rápida, no dejando sensación grasa.
7. No han aparecido reacciones alérgicas, ni irritantes, ni urticarias, tampoco enrojecimientos achacables al producto. Puede ser atribuible a que el producto no contiene conservantes, ni perfumes artificiales.
8. Sensación de piel tersa y satinada, pero no grasienta, y que no molesta al contacto con prendas de uso habitual, (medias, camisas, etc.) por ser el producto una emulsión muy fluida y del tipo o/w, semejante al manto ácido natural.

CONCLUSIONES

Después de la corta experiencia de utilización del RMA, podemos adelantar como observación clínica fundamental, que se trata de un producto que normaliza rápidamente la fisiología de la piel después de una agresión permanente como es la permanencia de un vendaje escayolado, apreciándose que ésta se encuentra en menos tiempo que el habitual hidratada, tersa y nutrida.

Dr. Núñez Samper

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

ANATOMIA

— **ANATOMIE DESCRIPTIVE DU PIED HUMAIN** de DUBOIS ET LEVAME, EDITORIAL MALOINE, S.A. PARIS. (ANATOMIA DESCRIPTIVA DEL PIE HUMANO). Esta ANATOMIA DESCRIPTIVA DEL PIE HUMANO DE DUBOIS Cirujano y Jefe del Departamento de Podología del Hospital Broca, DUBOIS falleció el año pasado. Consta el libro de 355 figuras en color de gran interés para el podólogo estudioso y los que quieran perfeccionar las técnicas de cirugía del pie.

— **ANATOMIA DESCRIPTIVA, TOPOGRAFIA Y FUNCIONAL DE LOS MIEMBROS INFERIORES** autor: BOUCHET Y COULLERET. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA. Consta el libro de la Anatomía de los Miembros Inferiores: CADERA, MUSLO, RODILLA, PIERNA, GARGANTA DEL PIE y PIE.

— **ATLAS DE ANATOMIA HUMANA. TOMO I.** autor: WOLF HIDEGGER. EDITORIAL SALVAT. El Volumen I consta de OSTEOLOGIA, ARTROLOGIA y MIOLOGIA, reimpresión 1976.

— **ATLAS FOTOGRAFICO DE ANATOMIA HUMANA. VOLUMEN II: EXTREMIDADES.** ORGANOS TORACICOS Y ABDOMINALES. SISTEMA UROGENITAL de ROHEN-YOKOCHI. EDITORIAL DOYMA. 1984. 3.950 Ptas. Es un libro de ANATOMIA DE FOTOGRAFIAS DE DISECCION de las EXTREMIDADES.

— **FOOT AND ANKLE ANATOMY, ATLAS EN COLOR** de MCMINN EDITORIAL WOLFE MEDICAL PUBLICATIONS. LONDON.
Este interesantísimo ATLAS DE ANATOMIA DEL PIE Y DEL TOBILLO en inglés, ha sido traducido al francés, alemán, japonés, danés y esperemos que pronto lo tengamos en castellano.
Es recomendado por College de Podiatría de América, nos presenta un exhaustivo estudio de los huesos del pie y estudio anatómico del pie por disección con fotografías en colores.

— **ANATOMY OF THE FOOT AND ANKLE** (ANATOMIA DEL PIE Y TOBILLO). AUTOR SARRATIAN. EDITORIAL LIPPIN-

COTT CO. FILADELFIA. 1983. Precio 85 dólares.
Este libro de ANATOMIA DEL PIE Y TOBIº LLO ES LIBRO DE TEXTO DE LOS COLLEGE DE PODIATRIA DEL AMERICA.

— **ANATOMIA DE GRAY.** Editorial SALVAT. 1985. Este gran libro de ANATOMIA DE GRAY que va por la 36 edición en inglés lo tenemos ahora en castellano.

RADIOLOGIA

— **ATLAS DE RADIOLOGIA DEL PIE** por MONTAGNE, CHEVROT y GALMICHE. EDITORIAL MASSON. 1984.
Obra de gran interés podológico en 15 capítulos y a través de 1.542 radiografías de los pies reúne una amplia gama de conocimientos sobre la patología del pie, se publicó en 1980 en francés e inglés, lo tenemos en castellano.

— **CLINICAL FOOT ROENTGENOLGY.** (RADIOLOGIA DEL PIE) por GAMBLE, podiatra conocido en España, 27 dólares.

— **RADIOLOGY OF THE FOOT**. (RADIOLOGIA DEL PIE) por WEISSMAN, 43 dólares.

— **RADIOLOGIA OSEA BASICA** de GRIFFITHS. EDITORIAL SALVAT. 1984.
Como dice el prefacio del texto está basado en cursillos de estudiantes de Medicina y residentes de cirugía ortopédica. Es de gran interés para el PODOLOGO QUE SE INICIA A LA RADIOLOGIA.

— **FUNDAMENTOS DE RADIOLOGIA.** SEPTIMA EDICION EN ESPAÑOL que obsequia la casa KODAK SOCIEDAD ANONIMA.

— **CUADERNOS DE RADIOLOGIA**. BAJO LA DIRECCION DE DOYON, CHEVROT. NUMERO 4. HUESOS Y ARTICULACIONES. EDITORIAL. MASSON.
La radiología no se concibe sin imagen, el cuaderno de HUESOS Y ARTICULACIONES es un atlas de radioanatomía normal y de patología.

Luis Pascua

SANTANDER 30 de Noviembre 1985

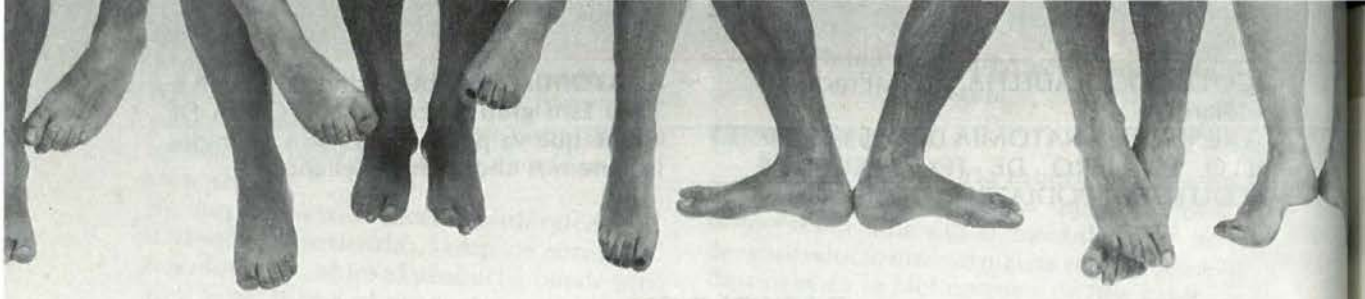
ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Muy Sr. mío:

Por la presente le comunico el fallecimiento de nuestro compañero D. Antonio Burgos Rodríguez. El día 19 de Octubre de 1985. Lo que le comunico a fin de que sea insertada la triste noticia en la próxima revista, y sea dado de baja en la ASOCIACION.

Sin otro particular le saluda ATTE.

Delegado en SANTANDER-CANTABRIA



NOVEDAD

Canestén® polvo

Los hongos se van a parar en seco

PROPIEDADES
Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos. Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas (estreptococos, estafilococos) y gram-negativas (bacteroides y haemophilus vaginalis).

DERMATOLOGIA
Indicaciones:
Dermatomicosis de todo tipo, entre las que cabe destacar: micosis interdigitales (pie de atleta, tiña de la mano) micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), paroniquia en las onicomicosis, etc.
Posología: 1 aplicación de crema, polvo o solución, 2-3 veces al día. La duración del tratamiento que en general se aconseja es de 3 a 4 semanas.

CONTRAINDICACIONES
Solo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES
Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES
No se han descrito

EFECTOS SECUNDARIOS
La tolerancia al Canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO
Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aun en el caso de una ingestión accidental.

Canestén crema

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Tubo 30 g	387,–

Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	410,–

Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462,–

BAYER **Bayer** Antimicóticos

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
ZARAGOZA, Del 30/IV al 04/V de 1986
PROGRAMA PRELIMINAR

CONGRESISTAS: ACTOS CIENTIFICOS Y SOCIALES

Día 30 de Abril:
De 09,30 a 13,30 y de 16,00 a 19,00: CURSOS MONOGRAFICOS.
14,00: COMIDA DE TRABAJO.
19,30: OFRENDA FLORAL A LA SANTISIMA VIRGEN DEL PILAR.
20,30: RECEPCION Y VINO DE HONOR EN EL AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA.

Día 1 de Mayo:
De 09,30 a 13,30 y de 16,00 a 19,00: CURSOS MONOGRAFICOS.
14,00: COMIDA DE TRABAJO.
19,00: CONFERENCIA MAGISTRAL.

Día 2 de Mayo:
09,30: LECCION INAUGURAL.
10,30: INAUGURACION OFICIAL DEL CONGRESO.
14,30: SALIDA EN AUTOCARES hacia ALBALATE DEL ARZOBISPO donde tendrá lugar una FIESTA ARAGONESA, con los siguientes actos:
1.— FESTIVAL TAURINO: En el que intervendrán los diestros: Paco Camino (Director de Lidia), Javier Sarasa, Rafael Camino y J. Manuel Báez "Litri". Lidiarán 3 novillos de la ganadería de Paco Camino.
2.— Tienta y recorte de vaquillas por los Sres. Congresistas, Acompañantes y mozos de la localidad.
3.— Merienda-cena típica en los salones del Castillo gótico de la localidad. Actuación del Cuadro de Jota "Alfonso Zapater".
4.— Verbena popular, con actuación de afamado conjunto musical.
00,00 horas, aproximadamente, TRASLADO A ZARAGOZA.
NOTA: Se habilitarán los autobuses necesarios para quienes no deseen quedarse a la verbena puedan regresar antes a Zaragoza.

Día 3 de Mayo:
09,30: Presentación de la PONENCIA I "La profesión de Podólogo", elaborada conjuntamente por la Escuela de Podólogos de Madrid y la Asociación Madrileña de Podólogos.
De 10,30 a 12,00: COMUNICACIONES LIBRES a la Ponencia I.
De 12,00 a 13,30: MESA REDONDA Y DEBATE.
14,00: COMIDA DE TRABAJO.
De 16,00 a 17,00: Presentación de la PONENCIA II "El Podólogo en la sociedad", elaborada por la Asociación Catalana de Podólogos.
De 17,00 a 18,30: COMUNICACIONES LIBRES a la Ponencia II.
De 18,30 a 20,00: MESA REDONDA Y DEBATE.

Día 4 de Mayo:
09,00: ASAMBLEA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.
12,00: LECCION DE CLAUSURA.
12,45: CLAUSURA DEL CONGRESO: Entrega de Diplomas y Obsequios a los conferenciantes.
13,30: Salida en autobuses al Restaurante Típico Aragonés "El Cachirulo", donde tendrá lugar la COMIDA DE CLAUSURA, durante la cual actuará un famoso Grupo Folklórico aragonés.

ACOMPAÑANTES: PROGRAMA DE ACTOS SOCIALES

Día 30 de Abril:
Mañana: Libre.
Tarde: VISITA A LA CIUDAD.
19,30: Reunión con Sres. Congresistas en la Plaza de las Catedrales para OFRENDA FLORAL y RECEPCION EN AYUNTAMIENTO.

Día 1 de Mayo:
09,30: Salida en autobús: EXCURSION AL MONASTERIO DE PIEDRA.
Visita al Parque y al Monasterio.
Comida en Hotel del Monasterio.
20,00 aproximadamente: Llegada a Zaragoza.

Día 2 de Mayo:
Mañana: Libre.
Conjuntamente con Sres. Congresistas: FIESTA ARAGONESA.

Día 3 de Mayo:
09,00: Salida en autobús: EXCURSION A ALBARRACIN Y TERUEL.
Visita a las ciudades. Recepción Ayuntamiento.
Comida en el restaurante "El Milagro".
20,00 aproximadamente: llegada a Zaragoza.

Día 4 de Mayo:
Conjuntamente con Sres. Congresistas: COMIDA DE CLAUSURA.

OBSERVACIONES

1.— El Comité Organizador se reserva el derecho de modificar o sustituir alguno de los actos de este Programa Preliminar, si le obligan a ello causas de fuerza mayor.
2.— Los precios de las Cartas de Congresistas, Acompañante y Estudiante indicados en el Boletín de Inscripción adjunto tendrá validez únicamente para las inscripciones recibidas antes del día 15 de Marzo de 1986.
3.— Del 16 de Marzo al 15 de Abril, las cartas experimentarán un aumento del 25%.
4.— A partir del día 16 de Abril no se garantiza la inscripción para congresistas y acompañantes, dejándose a criterio del Comité Organizador.
5.— No se admitirán inscripciones en la Secretaría del Congreso.
6.— Una vez recibido el Boletín de Inscripción, se remitirá la carta de Congresista, Acompañante o Estudiante (o documento similar) que justifique el abono de las cuotas correspondientes. Igualmente se remitirá el Bono de Hotel.
7.— ANULACIONES: Las anulaciones recibidas con anterioridad al día 15 de Abril serán aceptadas, descontándose un 15% para gastos de organización. Dicho porcentaje no se aplicará a la reserva de Hotel.
Después del 15 de Abril de 1986 no se admitirán anulaciones de ningún tipo, quedando a criterio del Comité Organizador aceptar o no alguna anulación producida por causas verdaderamente justificadas.

BOLETIN DE INSCRIPCION

D. ....., PODOLOGO, socio numerario/fundador (táchese lo que no proceda) de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS O ESTUDIANTE DE PODOLOGIA en la Escuela de la Facultad de .....
(acompañar certificación oficial de dicha Escuela)

con domicilio en C/....., núm.....piso.....

(ciudad y distrito postal) ..... Tfno: .....

desea asistir al XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, acompañado de: .....

.....

.....

y desea ser alojado, si es posible, en el Hotel .....

ocupando una habitación ..... (individual, doble, triple:

indicar lo que proceda). Día de llegada .....

Día de salida..... Núm. de noches .....

a cuyo fin adjunta talón nominativo o efectúa transferencia a la cuenta 00301-03-007750-88 de la Caja de Ahorros y M. P. de Zaragoza, Aragón y Rioja (Oficina Principal de Zaragoza) a nombre de XVIII Congreso Nacional de Podología (en caso de transferencia, adjuntar fotocopia), de acuerdo con los conceptos:

PODOLOGOS ACTOS CIENTIFICOS .....:	10,000,—
PODOLOGOS ACTOS CIENT. Y SOCIALES :	23.000,—
ACOMPAÑANTES .....:	18.000,—
ESTUDIANTES (ACTOS CIENTIFICOS) .....:	5.000,—
ESTUDIANTES (CIENT. Y SOCIALES) .....:	18.000,—
HOTEL:.....x..... noches.....:	.....
TOTAL .....:	.....
.....:	
.....:	
.....:	

.....de..... de 198.....

PIE PIK®

PARA QUE NO DHUELAN

Boehringer Mannheim S.A.

DIVISION O.T.C.

Copérnico, 61-63 - 08006 Barcelona - Tel.: (93) 201 44 11

Nutraplus

Primera loción dermatológica emoliente y humectante con 10 % de UREA

FORMULA:

Cada 100 ml. contienen:

Urea	10.000 g
Monoestearato ácido de glicerol	1.125 g
Palmitato de isopropilo	0,750 g
Acido estearico	0,750 g
Propilparaben U.S.P.	0,100 g
Metilparaben U.S.P.	0,200 g
Polimero de Casboxivinilo	0,062 g
Agua purificada U.S.P., c.s.p.	100 ml

DOSIS Y FORMA DE EMPLEO:

Aplicar uniformemente NUTRAPLUS sobre la superficie de la piel reseca 2 ó 3 veces al día. En caso necesario puede aumentarse el número de aplicaciones. La aplicación frecuente de NUTRAPLUS ayuda a mantener la piel suave y tersa.

PRESENTACION

Frasco de plástico conteniendo 215 ml.

Para una mejor hidratación de la piel seca

Presentado en España por:

ALCON-IBERHIS, S. A.

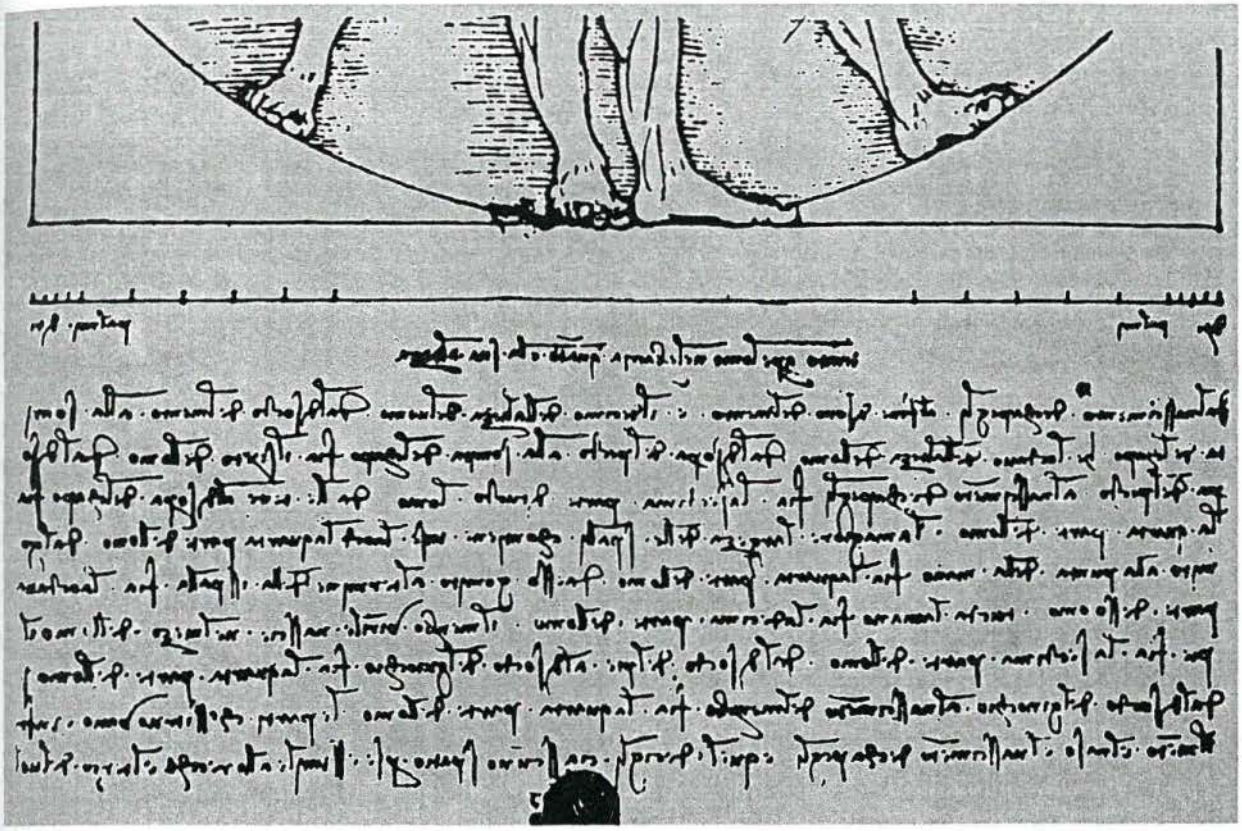
Aragoneses, 7 - Alcobendas (MADRID)

Telef. 652 70 00-88 49

Alcon

division dermatológica

FORT WORTH-TEXAS



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

NOVIEMBRE-DICIEMBRE
1985

A.E.P.
n.º 102

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
Gran Vía, 33 - 7º
Teléfono 231 50 44
28013-MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime:
Gráficas Del Pozo
Bruno García, 19
28025-MADRID

Empresa de Publicidad:
Garsi, S.L.
Londres, 17
28028-MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
Nº de SVR-215

SUMARIO

Ante el cambio de responsable de la revista, rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

Todos los que colaboramos en esta Revista lo hacemos con el sano deseo de ofrecer una publicación interesante, ágil y formativa.

Está en nuestro ánimo mejorar y ampliar si es necesario su contenido.

Nos consta por manifestaciones de muchos compañeros que es leída con interés pero también nos consta que otros muchos lo único que hacen, si es que lo hacen, es coleccionarlas y procurar no les falte ningún número.

Resulta de verdad interesante releer los números antiguos y los temas que ellos reflejan. Así nos damos cuenta en qué aspectos se ha superado nuestra profesión y en cuáles seguimos repitiendo conceptos sin que haya habido ningún avance en problemas presentes en nuestras consultas.

Otras veces cuando creemos haber llegado a una formulación feliz de algún tema, nos encontramos con que un determinado compañero del que por sus años no esperamos ninguna novedad, hizo prácticamente la misma formulación hace más de 15 años.

Tenemos que efectuar un índice de materias y autores de los trabajos de nuestra Revista, y facilitará mucho la consulta a ella. Más de 100 número obliga a ello. Hoy con la ayuda de la Informática no tendrá mayor dificultad, a no ser la de las horas a emplear.

Por otro lado no podemos ignorar y reconocemos la labor meritoria de las Revistas de la Asociación Catalana y Madrileña y sería deseable que este esfuerzo fuera conocido por todos los podólogos de la Asociación Española. Nos interesa a todos todo lo que se hace en el país. La solución podría venir de que la Asociación Española llegara a un arreglo con ellos para que se distribuyera a todos, ya que la inscripción individual no parece lo más razonable cuando pueden ir saliendo nuevas Revistas autonómicas como ya hay alguna en proyecto, y tendríamos a cada prodologuito haciendo su particular inscripción a todas las Revistas.

Otra alternativa lógica sería potenciar la Revista de la Española con la inclusión de los cuadros de Redacción de cada Revista autonómica con una política abierta y aumentando lo que haga falta el volumen y su periodicidad.

De esta forma conseguiríamos una Revista dinámica y de mayor contenido con secciones fijas y sin problemas de material. También se beneficiarían los costos y la aportación de la publicidad que en estos momentos tiene que repartirse entre tres revistas.

La Asociación Americana de Podiatras, con todo su potencial económico y social, edita una única Revista. Como en muchos aspectos de nuestra profesión, tenemos un ejemplo donde mirar.

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE BARCELONA

SUPERAVIT DE UN CONGRESO

Cuando en una empresa o negocio hay pérdidas, lo primero que se hace es averiguar la razón del porqué ha ocurrido tal desgracia, creo que también hay que buscar la razón por la cual haya existido un beneficio; como es el caso que nos ocupa, un excesivo beneficio, creo saber, el porqué ciertos condicionamientos, han determinado el Superávit del XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA.

Ante todo no es igual hacer un Congreso en un Hotel, donde por un precio relativamente bajo, alquilan una sala de Actos, a un Cliente, que a su vez es fuente para facilitar otros clientes al Hotel, tampoco es igual un Congreso cuya Sala de Actos ha sido cedida por la Caja de Ahorros, Facultad de Medicina etc., estas entidades generalmente dan facilidades si se les pide con tiempo la Sala de Actos; pero para un Congreso Internacional se precisa de una Entidad especializada en estos menesteres, traducción simultánea, agilidad en el correo nacional e internacional, todos los medios audiovisuales que puedan existir, resumiendo, se precisa de una infraestructura que sólo la poseen los especializados en el ramo, en este caso El Palacio de Congresos de Barcelona, ellos han demostrado a lo largo de estos quince meses que hemos estado trabajando en equipo, que saben su oficio; pero la otra cara, es que todo vale y cuando empiezas a organizar un Congreso en estas condiciones, ya empiezas con números rojos, y por tanto hay que suponer los Congresistas que asistirán, y sobre aquel supuesto, hay que poner precio a la carta de Congresista, para conseguir armonizar el gasto previsto real, con el ingreso supuesto e irreal, hasta que no se consuma el hecho, tres meses antes del Congreso teníamos muy pocos congresistas inscritos, por el contrario mucho éxito con los expositores, ésto era un buen presagio, pero teníamos el alma en vilo porque el presupuesto era alto, el manto de la crisis estaba ahí y por si fuera poco un mes antes del Congreso una importante huelga de correros, que provocó un retardo en la recepción de inscripciones, aumentó nuestras dudas, y no sabemos que salen los números, hasta el día anterior al Congreso, por tanto no hemos podido invertir en diversiones para los Congresistas, así como aumentar la promoción del Congreso y la Podología más de los que se hizo, puesto que el definitivo signo del éxito económico del Congreso, no se notó hasta el primer día del Congreso, en el que hubo unas 150 inscripciones, osea que si organizamos este Congreso en una época sin crisis, hubiéramos tenido que poner el letrero que tanto les gusta a los empresarios del Teatro, de "NO HAY BILLETES".

Resumiendo, la Huelga de Correos, y el hecho que, los congresistas españoles esperaron a última hora para formalizar su inscripción, fueron determinantes en el Superávit del Congreso, cuyo beneficio se pudo haber invertido en los Congresistas, pero que también se invertirá en Beneficio de los Podólogos y de la Podología; en Catalunya lo invertimos en Televisores, Videos y una Fotocopiadora que era lo que nos faltaba para redondear nuestro mandato al frente de la Associació Catalana de Podòlegs, puesto que el nuevo local espacioso y digno ya lo habíamos podido hacer con nuestros propios medios, no dudo, que la Asociación Española invertirá también el dinero de este superávit en bien de los podólogos y de la PODOLOGIA, así lo deseo de todo corazón.

Joaquim Solè i Cuch

PROTOCOLO DE T.º EN ORTOPODOLOGIA INFANTIL

MARTIN RUEDA

El pie arqueado, incluso en la vida fetal, constituye una característica distintiva de la especie humana, aunque pueda quedar enmascarado posteriormente por el tejido graso en el niño. Para la valoración del desarrollo del pie, es importante señalar que todos los huesos, excepto el calcáneo, están osificados a partir de un solo núcleo o centro de osificación, y que cronológicamente, su aparición en el mediopie, es más tardía cuanto más se acercan al borde tibial, siendo el escafoides el último en aparecer.

Su desarrollo continúa tras el nacimiento, y en base a los movimientos se van perfeccionando y orientando sus caras recíprocas, siguiendo unas estrictas leyes de desarrollo articular.

De la misma manera, la orientación de sus ejes sufre modificaciones, importantes en algunos, como consecuencia de su preparación para una ulterior función de carga. Tal vez, de entre ellos, los correspondientes al astrágalo sean los más significativos, al variar el ángulo del eje longitudinal del cuello respecto al cuerpo, desde unos 40º en el recién nacido, hasta unos 15 a 20 en el adulto, produciéndose a la vez una rotación del mismo hacia la pronación. Estos dos cambios direccionales junto con la osificación del escafoides son de vital importancia para la orientación del antepie, modificándose así la aducción y supinación presentes en el momento de nacer. Por ello cuando el niño inicia una bipedestación forzada o temprana, o hay retrasos significativos en la osificación, esta aducción y supinación permanecen más tiempo, siendo, entre otros factores, el motivo principal de la pronación del pie infantil, por lo que, como después apuntaremos, deben corregirse precozmente.

En la medida en que va consolidándose la arquitectura ósea, y el pie se va preparando para la carga, también se orientan perfectamente las líneas traveculares en forma de líneas de fuerza, para dar consistencia al conjunto, existiendo una actividad ósea más selectiva en los puntos que son requeridos para mayor trabajo.

De esta forma, el crecimiento óseo está sujeto a unas leyes de desarrollo, tanto articulares como arquitectónicas, en relación íntima con la carga, el movimiento y la actividad, que le someten a unas compresiones y descompresiones intermitentes y direccionales que serán las responsables de un alineamiento morfológico definitivo (Leyes de Wolf, Ducroquet, Devis...).

Por todo ello, los patrones morfológicos y funcionales del recién nacido son muy distintos a los del niño o el adulto, al ser éstos el resultado final de la acción y coexistencia de diversos procesos acomodativos y continuados en los que cada etapa del desarrollo juega su papel, por lo que debemos, antes de emitir un diagnóstico y un pronóstico, saber de qué punto partimos, hacia dónde vamos y en qué momento nos encontramos, teniendo presentes no sólo la edad, sino las variantes morfológicas individuales, el momento del desarrollo y los caracteres genéticos y herenciales. Virtud de lo expuesto, lo que en un individuo puede resultar normal, en otro puede rozar lo patológico, no siéndome posible dar valoraciones fijas como patrones inamovibles de exploración y tratamiento.

Salvados estos primeros, pero inexcusables puntos aclaratorios como preámbulo, y teniendo en cuenta que de poco serviría esta aportación si de su análisis y confrontación no sacásemos unas conclusiones válidas, intentaré, de forma muy esquemática ofrecer lo que yo pienso y cómo veo los problemas arquitectónicos del niño, a modo de protocolo de tratamiento ortopodológico en la primera infancia.

CARACTERISTICAS QUE NOS APORTA LA EXPLORACION NORMAL

EXPLORACION EN CAMILLA

La alineación de una extremidad normal nos vendrá dada por su simetría y por la línea que transcurre desde el borde antero superior de la espina ilíaca hasta el primer espacio interdigital, en cuyo trayecto encontraremos el centro de la rodilla, con las rótulas centradas mirando al cénit, en un plano frontal. Los pies estarán en ligera extensión respecto al eje longitudinal de la pierna, pudiendo adquirir una posición de discreta aducción por torsión interna de las tibias, y consecuentemente del eje de flexión tibio-astragalino. Dicha torsión, que podemos considerar normal hasta los 20º internamente, debe ir neutralizándose de forma progresiva, hasta llegar a una normalidad (20º rotación externa respecto al plano horizontal) hacia la adolescencia o final de la primera infancia.

La morfología de los arcos longitudinales debe ser normal, encontrando el escafoides alineado sobre la línea que transcurre desde el borde del maleolo tibial a la cabeza del primer metatarsiano. Los patrones de normalidad serán normales y simétricos en ambas extremidades.

Con las piernas pendulando los pies aumentarán su posición en flexión plantar por la propia acción de la gravedad, con incremento discreto del arco interno y una tendencia a la supinación.

NIÑO EN BIDEPESTACION

Debe continuar centrado el eje de carga de la extremidad (proyección de Mickulitz), desde la espina ilíaca, centro coxofemoral, centro de rodilla, finalizando entre los dedos primero y segundo.

Consideraremos como variantes fisiológicas las variaciones de la angulación de la pierna de menos de 10º (equivaldría a una separación intermaleolar de unos 5 cm. en el genu valgo, siempre en función de la edad).

En la visión lateral, la proyección de la plomada pasará por el centro de la coxo femoral, detrás del eje de flexión de la rodilla, delante del de la tibio tarsiana y finalizará sobre el cuboides.

Respecto al pie, puede existir un valgo del calcáneo, que se puede considerar compensado siempre que la línea de carga de la extremidad nos quede proyectada dentro de la base de sustentación (proyección de Perthes). En visión frontal la proyección de la rótula coincidirá sobre el primer espacio interdigital, siendo frecuente en los valguismo aumentar la superficie de apoyo antero interna del antepie a base de separar el primer segmento (signo de Lance).

CONSIDERACIONES RESPECTO AL MOMENTO EXPLORATORIO

Al efectuar la primera exploración de la infancia, tendremos como objetivo el recabar información respecto a:

1.– MORFOLOGIA, es decir, cambios morfológicos individuales sin carácter patológico, que pueden además estar muy influenciados por los factores herenciales.
2.– ALTERACIONES POSTURALES, o posiciones anómalas reductibles activamente: deformidad funcional.
3.– ALTERACIONES ESTRUCTURALES o deformidades, para cuya modificación no es suficiente la propia actividad muscular, haciéndose entonces imprescindible aplicar fuerzas correctoras de carácter externo.

EL ANTITRANSPIRANTE DE LOS PIES

Perusek®

La solución para 3 meses.

VENTA EN FARMACIAS

ARCANDOL®

El relajante de los pies.

VALORACION DE LA ALTERACION

La valoración de la alteración, ya sea reductible o no, la basamos y cuantificamos siempre en las variaciones que presente respecto a los diversos planos que tomamos como referencia, dándole un valor numérico siempre que sea posible. Cuando la medición resulte complicada o pueda ser inexacta, será preferible recurrir a la imagen, y en tal caso elegiremos aquella que nos parezca más fiable:

- Radiografías.
- Fotografías.
- Diversos procedimientos de archivos de huellas.
- Medición de contornos...

Personalmente prefiero la diapositiva a la foto, debido a la posibilidad de la proyección ampliada a escala 1:1. Previamente es conveniente marcar sobre el paciente unos puntos mediante rotulador o adhesivos que nos sirvan como puntos de referencia para mejor evolución y control.

Todas las mediciones deben hacerse siempre tomando como referencia el punto cero o posición neutra.

INICIO DEL TRATAMIENTO

El inicio del tratamiento nos vendrá dado en función de:

- TIPO DE DEFORMIDAD.
- GRADO DE REDUCTIBILIDAD.
- SINTOMATOLOGIA: subjetiva (síntomas)
  objetiva (signos): calzado
  caídas
  rotaciones
  etc.
- SEMIOLOGIA.

Y EN GENERAL, siempre que los controles evolutivos demuestren un desarrollo insuficiente de acuerdo con la edad o el grado de maduración músculo esquelético.

OBJETIVOS

Los objetivos serán:

CENTRAR los ejes de carga en base a conseguir un equilibrio y reparto armónico de fuerzas para favorecer así el normal desarrollo, actuando siempre en sentido opuesto al plano de desplazamiento vectorial, mediante:

- Cuñas.
- Plantillas.
- Férulas.
- Modificaciones en el calzado.
- Ortesis, etc.

REQUIERE

- VALORACION o diagnóstico correctos, teniendo en cuenta el factor primario y descartando las actitudes de autocompensación.
- CONOCIMIENTO exacto de los ejes de carga y planos en que se produce la deformidad.
- VALORACION del patrón articular individual por comparación al normal o estandart.
- NO GENERALIZAR tratamientos: cada caso requiere su propia valoración.
- ESTUDIO conjunto de toda la extremidad.
- ELEGIR el material más idóneo en cada caso, de acuerdo con los objetivos que pretendamos.

SE BASA EN:

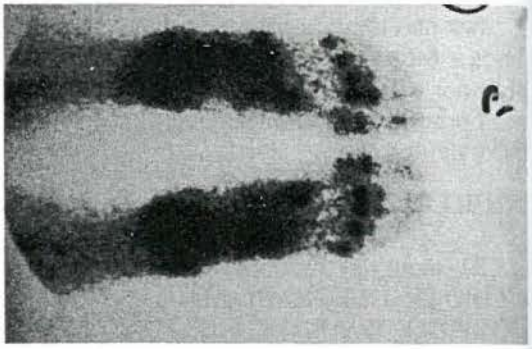
APLICACION de fuerzas externas tratando de compensar, modificar o equilibrar, que pueden ir desde la simple modificación postural hasta la fijación.

POSIBLES TIPOS MAS FRECUENTES DE ALTERACIONES DETECTADAS TRAS LA EXPLORACION

Cuando el examen morfológico y funcional del niño nos evidencia una alteración estructural en cualquiera de los planos descritos, o bien postural, que sobrepase los límites fisiológicos, debe establecerse un tratamiento correcto lo antes posible, independientemente de la edad.

Entre ellas, como más frecuente están:

- REFERENTES A LA PIERNA:
  - Anteversión.
  - Retroversión.
  - Genu valgo.
  - Genu varo.
  - Genu flexus.
  - Torsiones.
- REFERENTES AL PIE
  - Pie plano.
  - Pie talo.
  - Pie equino.
  - Pie cavo.
  - Pie equino varo.
  - Pronaciones.
- REFERENTES AL METATARSO
  - Metatarso aductus.
  - Metatarso aducto varo.



Si por el contrario, el examen morfolófico nos resulta normal, pero apreciamos una patología en bipedestación o en dinámica, nos indicará que estamos ante una deformidad funcional, que aparece como consecuencia de una marcada laxitud o de una desproporción entre el peso y el grado de maduración músculo esquelético, pudiendo presentarse alteraciones tanto en el pie como en la pierna, o ambos a la vez, así como variar entre la observación estática y la dinámica.

REFERENTES A LA PIERNA

Las más importantes son las desalineaciones femoro-tibiales que engloban a los genus, y las variantes rotacionales, con variaciones en el centraje de rótulas o en el ángulo de Fick.

REFERENTES AL PIE

Podemos agruparlas en:

- APLANAMIENTOS DE ARCOS con escaso desplazamiento transverso: plano laxo.
- APLAZAMIENTOS DE ARCOS MAS DESPLAZAMIENTOS TRANSVERSALES, básicamente a nivel de astrágalo-calláneo: plano valgo.
- LATERALIZACION DE EJES, con claro predominio de desplazamiento lateral, sin pérdida parabólica de arcos: valgo esencial.

CRONOLOGIA DE ACTUACIONES ORTOPODOLOGICAS EN LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE DE LOS PIES

EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO.– Serán tratadas todas las alteraciones congénitas y las alteraciones posturales fetales, lo antes posible. Es importante reseñar que el niño recién nacido tiene altos niveles de elastina, que se reducen rápidamente, y por tanto, los éxitos terapeúticos están directamente influenciados por la rapidez con que actuemos.

DE LOS SEIS A LOS DOCE MESES

Pueden aparecer alteraciones posturales por la forma de dormir, cuyo tratamiento será su detección y rápida modificación, sin olvidar la estimulación de la función muscular sin carga mediante la estimulación: pellizcos, cosquillas, pataleo y movilización pasiva con estiramientos correctivos.

DE LOS DOCE A LOS VEINTICUATRO MESES

El control en esta edad tiene gran valor, aún cuando se trate de alteraciones puramente funcionales, porque nos servirá como referencia para revisiones periódicas, y por tanto nos dará a conocer la evolución.

En este período se tratarán:

- Todas las pronaciones y valguismos que presenten sintomatología.

PIE PRONADO

MATERIALES

Polipropileno de 2 mm.

VENTAJAS

Poco grosor, gran elasticidad que no interfiere el normal desenvolvimiento articular, tenacidad suficiente para mantener una corrección sin detrimento de la amortigüación, posibilidad de recoger lateralmente para evitar desplazamientos del pie sobre la plantilla, posibilidad de correcciones inmediatas, etc.

TIPO DE CORRECCION

Sujección del arco externo, a nivel de cuboides, y en ocasiones, si hay supinación del antepié importante, extenderla a todo el arco externo hasta la cabeza del V metatarsiano.

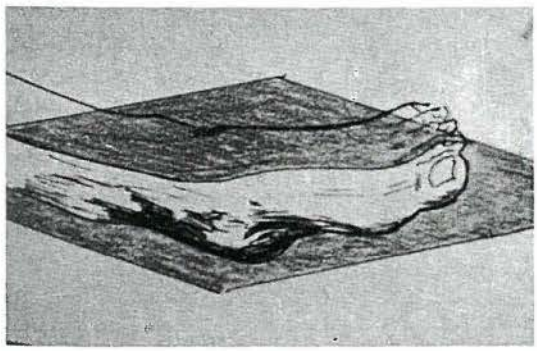
Corrección del arco interno a nivel retroescafoideo, para actuar sobre el retropie y permitir el descendimiento del primer meta.

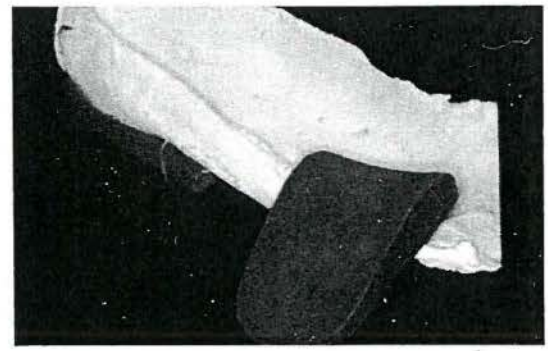
En un corte frontal sobre la plantilla, en la zona de máxima corrección, nos dará un perfil, con una inclinación de unos 45º.

PIE PLANO LAXO

Plantilla correctiva de polipropileno por las características descritas para este material.

TIPO DE CORRECCION: se neutralizarán ambos arcos, con correcciones progresivas en revisiones periódicas de 2 a 6 meses.






NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

POR QUE EMPLEO ESTOS MATERIALES Y NO OTROS

Son preferibles a los termoplásticos rígidos, por tener éstos una dureza excesiva de acuerdo con la edad (inferior a dos años), y a los compuestos de látex o corcho, por su menor grosor y readaptación más rápida en retoques progresivos.

Cuando el grado de alteración no es muy importante, pueden emplearse cuñas dentro del calzado, previamente adaptadas sobre el pie, pero siempre corregirán toda la cara plantar con los puntos máximos en cuboides y cabeza de astrágalo.

VALGUISMOS

Si su evolución no es favorable o presentan sintomatología, podemos ayudar a la corrección mediante el empleo de cuñas en el interior del zapato o arcos de látex, si existe además desplazamiento astrágalo escafoideo. Podemos añadir cuñas externas anteriormente, para favorecer la pronación del antepié si el caso lo requiere, abarcando desde el cuboides a la cabeza del quinto meta, y descendiendo a cero en la cara plantar del primero. Si la evolución no es favorable, debemos confeccionar la plantilla correctora, corrigiendo el arco interno y sujetando el externo.

A PARTIR DE LOS DOS AÑOS

En esta edad el pie ya debe estar morfológicamente bien estructurado. Podemos continuar con el tratamiento elegido a base de cuñas o sobrearcos de látex o plantilla de polipropileno. Usaremos materiales de más dureza o polipropileno de 3 mm. si además existe genu valgo.

A PARTIR DE LOS NUEVE A DIEZ AÑOS

Cuando la alteración persiste, pero es modificable por la propia voluntad, podemos añadir plantilla estimuladora, intercambiándola con la correctiva para incentivar la autocorrección mediante la estimulación refleja, en la que según la edad, el grado de maduración tanto músculo esquelética como intelectual, hago una división personal:

a.– Plantilla mixta, es decir jugando un papel tanto la corrección ortopédica como la refleja, que podría ser en algunos casos el inicio o la preparación para una segunda modalidad en la que el protagonismo corre totalmente a cargo de la contracción muscular y la voluntad del sujeto, ayudándonos de la estimulación refleja.

b.– Plantilla de estimulación propioceptiva, en la que no hay ningún tipo de ayuda ortopédica corriendo el protagonismo a cargo de la estimulación o invitación a mantener una postura correcta aprovechando la capacidad intrínseca muscular.

CRITERIOS DE TRATAMIENTOS EN LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES A NIVEL DE RODILLAS

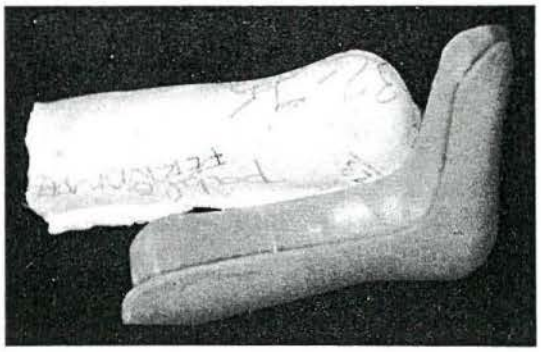
GENU VALGUS DE CARACTER FUNCIONAL O SECUNDARIO

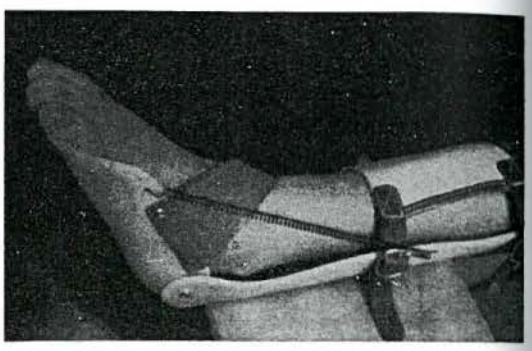
Al inicio de la deambulación, el niño busca aumentar su estabilidad, separando las piernas. En esta posición de pies separados, la línea de transmisión del peso, si se proyecta, cae medialmente y los pies se nos presentarán con una pronación aparente, a la vez que las rodillas adoptan la posición de genu valgo. La magnitud de las alteraciones estará en proporción directa al grado de elasticidad de las partes blandas y al peso.

Cuando esta desalineación a nivel de rodillas no es superior a 10º sobre el límite normal, la consideramos fisiológica, en cuyo caso, la propia tensión equilibradora que originan los músculos y ligamentos, paralelamente al progresivo aumento de consistencia del tejido óseo, será suficiente para neutralizarla.

Cuando se sobrepasan estos límites o están potenciados por una alteración del retropié, lógicamente disminuyen las posibilidades de autocorrección, y en tal caso será conveniente ayudar mediante la intervención ortopédica y la tonificación general del estado muscular.

Por tanto, el tratamiento será el indicado para el pie valgo en el apartado correspondiente, así como el control de peso y posiciones que puedan potenciar el genu.





GENU VALGO IRREDUCTIBLE

En estos casos ya existe una alteración ósea que es el factor primario, y por tanto la corrección a nivel del pie puede resultar insuficiente, ya que es realmente difícil, desde abajo, actuar a nivel de rodillas con una fuerza suficiente como para conseguir un alineamiento de las mismas. No obstante, si neutralizamos la posición del pie y aseguramos una estática, lógicamente favoreceremos la corrección del genu en aquello que pueda ser potenciado o favorecido por la alteración podal. Emplearemos por tanto materiales que tengan dureza suficiente para que la fuerza ejercida sea continua y no resulte neutralizada por la elasticidad.

El tipo de corrección será procurando una buena sujección del calcáneo y del arco externo para evitar así el desplazamiento, actuando a la vez con una corrección posterior, a nivel de la cara antero interna del calcáneo, hasta cabeza de astrágalo. Hasta conocer la evolución del caso nos reservaremos el pronóstico, y nunca descartaremos otras actuaciones terapéuticas, que en un futuro puedan estar aconsejadas.

Hemos efectuado una panorámica resumida, a modo de protocolo, en el tratamiento ortopodológico del pie infantil, dejando para el final uno de los casos más espinosos y difíciles de tratar, pero que en cambio ofrecen un porcentaje elevado de éxitos cuando se inicia un tratamiento precoz y se continúa de forma escrupulosa hasta una consolidación ósea y desarrollo muscular suficientes.

Nos referimos al pie equino varo congénito.

Existen para su tratamiento unas líneas generales correctamente marcadas, pero pecan de poca imaginación en el enfoque ortopodológico, estereotipando unas férulas concretas.

Pienso que no es así, y que cada caso requiere un tratamiento singular y propio. La férula más generalizada es la tipo monobloc confeccionada con material termoplástico.

A mi modo de ver es incorrecta porque:

- Mantiene una posición fija hasta un límite, y por tanto no es progresiva.
- Como consecuencia, mantiene una presión continuada, la cual, lejos de estimular, tiende a provocar atrofia, al no permitir un intercambio metabólico.
- Da calor y evita la transpiración.

Basándome en ella introduje unas variantes en un principio, con las que obtuve mejores resultados, no sólo porque le daba más ligereza y transpiración, sino porque también las manipu-

laciones para variar correcciones se simplificaban. Tenía un inconveniente, y es que al "vaciar" zonas de material, perdía resistencia y por consiguiente fuerza para mantener la posición. Ello me obligó a añadir unos muelles en las zonas necesarias, con lo que conseguía más tenacidad, y que a la vez ya permitían ciertos movimientos activos, obligando a volver a la posición deseada cuando cesaba la contracción muscular.

Al ver el mecanismo de acción, me surgió la idea de hacerla articulada, con lo cual ya conseguía una férula activa, que además tiene la ventaja de poderse rectificar actuando sobre una de sus partes: la que corresponde al pie, aprovechando la que actúa fijando a la pierna.

La imaginación de cada uno nos permitirá hacer las variantes para cada caso en particular: antirrotación con tutor o "v" fijando las dos.

FERULA ARTROGRIPOSIS

Con estas modificaciones tengo una estadística de casos elevada con índices de curación en general satisfactorios. No obstante, dada la gravedad de estos casos, seremos cautelosos, y al igual que en otras patologías de importancia, tengo lo que he dado en llamar el decálogo, con lo cual trata de resumir a los padres cuáles son los objetivos del tratamiento, haciéndoles copartícipes del mismo desde sus inicios.

1.– Es imprescindible etiquetar el grado de alteración antes de plantear un tratamiento para dar una opinión clínica lo más ajustada posible.
2.– El éxito de nuestra actuación depende en primer lugar, no sólo del grado de alteración sino de la rapidez con que se instaure el tratamiento: cuanto más tiempo se mantienen las posiciones óseas anómalas, más fija se hará la deformidad y más difícil será su corrección.
3.– Si durante las visitas de control, sea cual fuere el estadío de la afección, se observa un estancamiento en la evolución, o un empeoramiento, por leve que sea, no debemos seguir cerrados en banda con la terapéutica inicial, y tenemos que abrirnos a otras perspectivas, aunque fuesen quirúrgicas.
4.– Es imprescindible explicar detenidamente a los padres en qué consiste la afección así como la línea de tratamiento que vayamos a elegir, para hacerles co-partícipes del mismo. Incluso se puede recabar la opinión del cirujano ortopédico u otro profesional, siempre que se crea conveniente.
5.– Hay que dejar claro que ciertas afecciones como el pie equino varo, dejan secuelas, que procuraremos sean las menos posibles, y que eso depende de nosotros como podólogos y de los padres como fieles vigilantes y colaboradores.
6.– Explicaremos que no es una afección hereditaria, pues si bien algunos autores indican mayor probabilidad cuando existe algún caso en la familia, ello no es demostrable.
7.– Que tanto el diámetro de la pantorrilla como el tamaño del pie, será más reducido en el lado afecto, pudiendo incluso quedar alguna secuela de acortamiento en la extremidad, así como aparecer complicaciones a posteriori, sobre todo torsionales y genu valgo.
8.– Que aún empleando los mismos métodos y rigor en todos los casos, unos responden mejor que otros, y por tanto no pueden ni deben entablarse comparaciones.
9.– Si la afección es bilateral, puede quedar más secuela en uno de los pies.
10.– La férula por sí sola no es tratamiento exclusivo nunca en un pie eq. vr. y de poco servirá si no se complementa con la fisioterapia.

NOTA NECROLOGICA

En Vizcaya ha fallecido en plena juventud el compañero Javier Rica San Juan.

A sus familiares y amigos nuestro más sentido pésame.

Proyecto de Real Decreto sobre estudios de Podología

Tras numerosas reuniones realizadas ante la Dirección General de Ordenación Universitaria, ésta ha tenido a bien redactar un proyecto de Real Decreto sobre estudios de Podología que ha sido enviado al Consejo General de A.T.S. para su preceptivo informe.

Por nuestra parte hemos propuesto al Ministerio algunas modificaciones que creemos importantes, y que han sido aceptadas.

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE TRANSFORMAN LOS ESTUDIOS DE PODOLOGIA EN PRIMER CICLO UNIVERSITARIO CONDUCENTE AL TITULO DE DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN PODOLOGIA

La experiencia obtenida desde la promulgación del Decreto 727/1962 de 29 de marzo, sobre reconocimiento y reglamentación de las enseñanzas de Podología, y la madurez alcanzada por las mismas en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos aconsejan la incorporación de estos estudios a la Universidad.

Por ello de conformidad con la Ley 11/1983 de 25 de Agosto y a propuesta del Ministro de Educación y Ciencia, (de conformidad con las correspondientes Comunidades Autónomas), con el informe favorable de la Junta Nacional de Universidades y del Ministerio de Sanidad y Consumo de acuerdo con el Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día

DISPONGO

Artículo 1.º.– Las enseñanzas de Podología se estructarán como un 1.er Ciclo de la educación universitaria, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 11/1983 de 25 de agosto de Reforma Universitaria, el presente Real Decreto y demás normas a que se refiere el art. 6.º de la citada Ley.

Artículo 2.º.– Los alumnos que superen los estudios universitarios de Podología obtendrán el título de Diplomado en Podología, que tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

El título será expedido por el Rector de la Universidad correspondiente de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 11/1983 de 25 de agosto de Reforma Universitaria.

Artículo 3.º.– La elaboración, aprobación y homologación de los Planes de Estudio de las Enseñanzas Universitarias de Podología se llevará a cabo conforme a lo dispuesto en los artículos 28 y 29 de la Ley 11/1983 de 25 de Agosto.

Las materias del Plan de Estudios de las enseñanzas de Podología que sean comunes a las de otras Escuelas Universitarias del ámbito de la Salud podrán ser cursadas por los alumnos de Podología, en los centros respectivos.

Artículo 4.º.–.La integración en la Universidad de los estudios de Podología se realizará en el Centro de la Universidad que tenga la autorización para organizar las enseñanzas conducentes al Título de Diplomado en Podología, de conformidad con lo dispuesto en el art.º 7.º y concordantes de la Ley 11/1983 de 25 de Agosto.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.– La adaptación a las enseñanzas del presente Real Decreto de los estudios cursados según el Decreto 727/1962 de 29 de marzo, en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos de Madrid y Barcelona será establecida, a propuesta de las Universidades de las que estos Centros dependen, por el ministerio de Educación y Ciencia y por la Generalidad de Cataluña, que fijarán dentro del año siguiente a la publicación de este Real Decreto, el calendario de extinción de las actuales Escuelas Oficiales de Podología y los estudios del mencionado Decreto.

Segunda.– Los alumnos que, una vez extinguidos los estudios de acuerdo con la disposición anterior, no hubieran superado las pruebas y deseen seguir los estudios de Podología, deberán continuar sus estudios según los nuevos planes previstos en el artículo tercero del presente Real Decreto, mediante las adaptaciones que el Ministerio de Educación y Ciencia determine a propuesta de las correspondientes Universidades.

Tercera.– 1) Quienes estén en posesión del Diploma de Podólogo expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia conforme a la legislación hasta ahora vigente al respecto, tendrán los derechos profesionales que, en su caso se atribuyan a los nuevos Diplomados en Podología.

2) Quienes se encuentren en posesión del Diploma de Podólogo expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia y deseen obtener el Título de Diplomado en Podología a que se refiere el artículo 2.º del presente Real Decreto deberán cumplir los requisitos que a tal fin se fijen por el Ministerio de Educación y Ciencia.

3) Los efectos previstos por el artículo 1.º párrafo 2 del Decreto 727/1962 de 29 de Marzo serán igualmente de aplicación a los Diplomados en Podología que obtengan su título al amparo de lo establecido en el presente Real Decreto.

DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogado el Decreto 727/1962 de 29 de marzo, salvo el párrafo 2.º de su artículo 1.º y demás disposiciones dictadas para su desarrollo en cuanto se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto.

ILMO. SR. D.
JAVIER FERNANDEZ VALLINA
SUBDIRECTOR DE CENTROS Y ESPECIALIDADES
SECRETARIA DE ESTADO DE UNIVERSIDADES
SERRANO, 150
MADRID

Muy Sr. mío: Es de nuestro conocimiento el texto del proyecto del Real Decreto sobre estudios de Podología enviado para informe preceptivo al Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Su lectura y examen nos ha causado gran inquietud por contener en sus Disposiciones Transitorias extremos que pueden afectar gravemente al ejercicio profesional del Podólogo actual o dejar en inseguridad la continuidad de las actuales Escuelas.

Esperamos que su amabilidad y habitual disposición introduzca los cambios que proponemos, que aunque están en el espíritu de ese Ministerio, nos parece necesario esté refrendado inequívocamente por el texto del Real Decreto.

Madrid a dos de Enero de 1986

V.º B.º PRESIDENTE	SECRETARIO GENERAL
LUIS CAJAL	J.J. ARAOLAZA

MODIFICACIONES PROPUESTAS DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.– La adaptación a las enseñanzas del presente Real Decreto de los estudios cursados según el Decreto 727/1962 de 29 de Marzo, en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos de Madrid y Barcelona será establecida, a propuesta de las Universidades de las que estos Centros dependen, por el Ministerio de Educación y Ciencia y por la Generalidad de Cataluña, que fijarán dentro del año siguiente a la publicación de este Real Decreto "el calendario de *transformación* de las actuales Escuelas de Podología y la extinción de los estudios del mencionado Decreto".

Segunda.– Los alumnos que, una vez extinguidos los estudios de acuerdo con la disposición anterior, no hubieran superado las pruebas y deseen seguir los estudios de Podología, deberán continuar sus estudios según los nuevos planes previstos en el artículo tercero del presente Real Decreto, mediante las adaptaciones que el Ministerio de Educación y Ciencia determine a propuesta de las correspondientes Universidades.

Tercera.– 1) "Quienes estén en posesión del Diploma de Podólogo expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia conforme a la legislación hasta ahora vigente al

respecto, tendrán los derechos profesionales que, en su caso se atribuyan a los nuevos Diplomados en Podología".

2) Quienes se encuentren en posesión del Diploma de Podólogo expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia y deseen obtener el Título de Diplomado en Podología a que se refiere el artículo 2.º del presente Real Decreto deberán cumplir los requisitos que a tal fin se fijen por el Ministerio de Educación y Ciencia.

3) "Los efectos previstos por el *Decreto 727/1962 de 29 de Marzo* serán igualmente de aplicación a los Diplomados en Podología que obtengan su título al amparo de lo establecido en el presente Real Decreto".

DISPOSICION DEROGATORIA

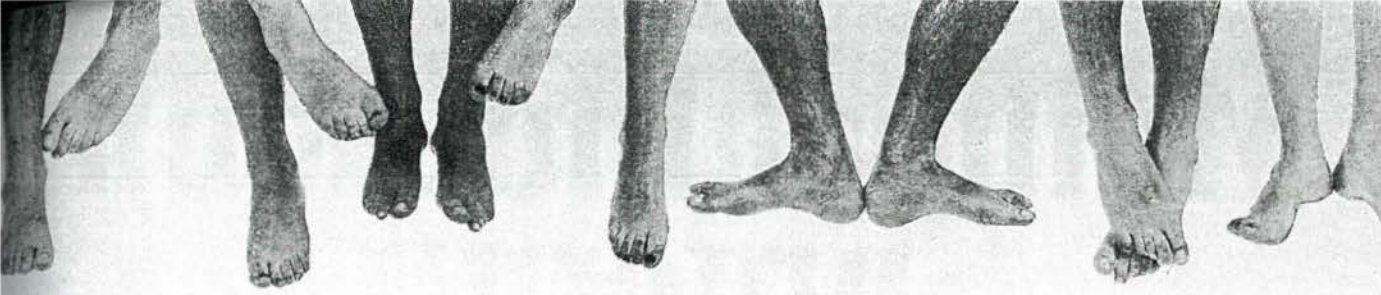
"Queda derogado el Decreto 727/1962 de 29 de Marzo y demás disposiciones dictadas para su desarrollo en cuanto se oponga lo dispuesto en el presente Real Decreto".

JUSTIFICACION DE LAS MODIFICACIONES PROPUESTAS

1.º Disposición Transitoria Primera:
El texto, al fijar el calendario de "extinción de las actuales Escuelas" introduce una posiblidad de cierre a la realidad física con su correspondiente infraestructura e inversión, con lo que creemos no se debe jugar.
Creemos más conveniente introducir el término "transformación" a la realidad de las actuales Escuelas.

2.º Disposición Transitoria Tercera, punto 3:
Los efectos del Decreto 727/1962 de 29 de Marzo no están contenidas únicamente en el Art. 1 párrafo 2.º (campo profesional) sino que también en el Art. 5 párrafo 2.º.
Creemos que hay que hacer constar también este artículo (fundamental) en el modo en que se realiza la actividad, "autonomía al recibir directamente a los pacientes"), o aludir de forma general "a los efectos previstos en el Decreto 727/1962 de 29 de Marzo".

3.º Disposición Derogatoria:
En aplicación de lo expuesto en el anterior punto, sería muy grave se derogase la facultad de recibir directamente al paciente (art. 5.º, párrafo 2.º). Proponemos quede derogado *"cuanto se oponga* a lo dispuesto en el presente Real Decreto".



NOVEDAD

Canestén® polvo

Los hongos se van a quedar secos

PROPIEDADES
Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos. Activo también frente a determinadas bacterias gram-positivas (estreptococos, estafilococos) y gram-negativas (bacteroides y haemophilus vaginalis).

DERMATOLOGIA
Indicaciones:
Dermatomicosis de todo tipo, entre las que cabe destacar: micosis interdigitales (pie de atleta, tiña de la mano) micosis cutánea (tiña del cuerpo, pitiriasis versicolor), micosis de los pliegues (tiña inguinal, eritrasma), paroniquia en las onicomicosis, etc.
Posología: 1 aplicación de crema, polvo o solución, 2-3 veces al día. La duración del tratamiento que en general se aconseja es de 3 a 4 semanas.

CONTRAINDICACIONES
Solo en casos excepcionales de hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

PRECAUCIONES
Evitar el contacto de la solución de Canestén con ojos y mucosas ya que produciría escozor.

INCOMPATIBILIDADES
No se han descrito.

EFECTOS SECUNDARIOS
La tolerancia al Canestén en aplicación local es excelente y no se han observado efectos fototóxicos ni fotosensibilizantes.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO
Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación, la intoxicación no es posible aun en el caso de una ingestión accidental.

Canestén crema

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Tubo 30 g	387,-

Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	410,-

Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462,-

BAYER **Bayer** Antimicóticos

Minimal Incision Surgery

Dos podiatras líderes en la cirugía ambulatoria, han combinado sus 45 años de experiencia en esta práctica, para organizar un curso que le permitirá realizar en propia consulta los procedimientos enseñados.

Seminario limitado a 6 alumnos

Este curso intensivo de 2 días estará limitado a 6 estudiantes, permitiendo de esta forma a los Doctores Frabricant y Komfeld dar **INSTRUCCIONES INDIVIDUALES** a cada participante.

Aprender de facultativos capacitados

Nuestro objetivo para este seminario es que Vd. regrese a su consulta con el conocimiento y la confianza para hacer que su práctica esté por encima de sus más elevadas esperanzas.
EL PRIMER DIA DE REGRESO A SU CONSULTA VALDRA MAS QUE DEVOLVERLE SU INVERSION COMPLETA.

La solicitud para cada seminario se aceptará por el Orden de recibo de matrícula.

Se solicitan créditos CME en la mayoría de los estados (de EE.UU.).

Certificados de asistencia adecuados, para enmarcar, serán entregados.

Seminario completo $ 2,000
Incluye todo el material, suministros, alojamiento en hotel, desayuno continental, almuerzos (comidas del mediodía) y party. Se harán los arreglos necesarios para aquellos que no deseen alojamiento en hotel. Casos de PIE ESPECIALES se tratarán para facilitar los procedimientos de instrucción.

Depósito de matrícula $ 500
El resto pagadero 10 días antes de la fecha del seminario.

Adjunto el cheque de depósito de reserva por $500
Por favor hagan el cheque pagadero a: **MIS SEMINARS, INC.**
150 East 61 Street Suite 7C
New York, New York 10021

Nombre .....

Dirección .....

Teléfono (casa) .....

Fechas Seminario

Enero 25-26	Abril 12-13
Febre. 15-16	Mayo 17-18
Marzo 15-16	Junio 21-22

Carta de confirmación e información adicional les será enviada al recibo de la orden de matrícula.

TRASTORNOS SUDORALES DEL PIE

MANUEL GAVIN BARCELO
BARCELONA

Dos son los motivos que me han impulsado a escoger este tema:

1.º Porque ésta es una dolencia muy frecuente entre nuestros pacientes y 2.º por tratarse de un tema muy conocido por mí ya que llevo casi diecisiete años integrado en el Servicio Médico de A.C.S.A., empresa filial de la Sociedad General de Aguas de Barcelona, en donde he podido observar que una de las molestias más frecuentes que sufren sus trabajadores es precisamente el de la Bromhidrosis e hiperhidrosis en sus pies, pues si tenemos en cuenta que la mayor parte de los trabajos realizados durante sus jornadas de trabajo, a veces muy prolongadas por cierto, están inmersos dentro del terreno de humedad, es preciso e incluso obligatorio el uso de botas altas de goma que si bien las usan con carácter de protección, no obstante les provoca un trastorno extraordinariamente agudo de traspiración.

Por parte del personal obrero de la empresa, puedo asegurar que son muchas sus consultas a este respecto, quizás influenciados por los consejos dados a través del boletín mensual que la Compañía reparte a todo su personal y en el que consta un apartado titulado: "El Servicio Médico informa", por lo que se puede observar un interés general en querer cuidar los pies.

Aparte de ésto, ¿quién de nosotros es el que pase un sólo día de visita en la que no le sean efectuadas consultas por individuos contrariados por su exceso de sudor?

El podólogo debe de tener en cuenta que con este problema tiene una misión a cumplir de mucho prestigio ante el paciente, pues no tenemos que olvidar que son muchas las veces que acude a nosotros sumamente apenado en doble sentido: el de las molestias sufridas en sí por el exceso de sudor y por la preocupación de tipo social (sobre todo en las Bromhidrosis agudas) ya que si es consciente de su propia dignidad, sufre enormemente al tener que convivir en comunidad, ya sea en su puesto de trabajo, familia, círculo recreativo e incluso en vehículos públicos o locales cerrados, al pensar que está molestando a los demás con el mal olor que sus pies van esparciendo allá donde necesita estar parado.

Hoy día con la cantidad de productos que a este fin se expenden en las farmacias, casi se puede decir que este problema se tiene un setenta y cinco por ciento solucionado, lo que pasa es que debido a la vida agitada que se lleva, principalmente en las grandes ciudades, nos traiciona por no regular el factor tiempo, lo que hace que el paciente no pueda dedicar los escasos minutos diarios que precisa para cumplir con su higiene y demás tratamiento. Lo que falta pues en la mayoría de las veces en constancia y dedicación que es la causa casi siempre de los fracasos.

Para poder llegar a fondo al problema sudoral del pie, veremos que si examinamos detenidamente la fisiología del mismo, tanto en su región dorsal como en la plantar sólo hallamos glándulas sudoríparas ecrinas o sea, que sólo desprenden excreciones o deshechos.

Visto desde el punto de vista anatómico podemos observar que se hallan inervadas por el sistema simpático, pero farmacológicamente se demuestra claramente que en

ellas influye de una manera poderosa el sistema parasimpático.

Las drogas colinérgicas actúan aumentando la secreción sudoral y por el contrario, las anticolinérgicas, disminuyéndola.

Según DALE, aplica el término colinérgico a la mayor parte de los nervios parasimpáticos y algunos nervios del simpático que liberan, bajo el efecto de la excitación, en su extremidad distal, una sustancia semejante o idéntica a la acetilcolina. Comprende todas las fibras postganglionares parasimpáticas, los nervios preganglionares autónomos, sean simpáticos o parasimpáticos, las fibras esplácnicas relativas a vísceras (preganglionares) de la médula adrenal, las fibras simpáticas de las glándulas sudoríparas y de cierdos vasos sanguíneos y los nervios somáticos motores de los músculos óseos.

Mirando al orden en cuanto al número de consultas que a este fin se presentan, creo que bien se podría definir según su importancia, de la siguiente manera:

1.º Hiperhidrosis o sudoración excesiva.
2.º Bromhidrosis, sudoración excesiva pero con el agravante de estar acompañada de un fuerte olor desagradable, incluso pestilente.
3.º Anhidrosis o disminución del sudor.

Con vuestro permiso, voy hacer un pequeño comentario sobre cada uno de estos tres puntos.

Los trastornos de secreción sudoral han sido estudiados concienzudamente por algunos fisiólogos demostrando sus experiencias que el sistema simpático controla su secreción y por tanto una reacción simpática puede suprimirla o aumentarla.

Normalmente, toda causa de inestabilidad del sistema nervioso, ya sea en general o local, puede ser causa de una hiperhidrosis. Tenemos el ejemplo de la hemiplejia, las paraplejias, la siringomegalia, la tabes, las neuritis, los traumatismos de los nervios periféricos y ya no hay que decirlo, en todas las alteraciones simpáticas.

¿Quién de nosotros no se habrá encontrado en la consulta con el tipo de paciente que dejándose llevar de su estado nervioso, al practicarla la extirpación de un heloma, hiperqueratosis, etc. ha visto sudar sus pies y sus manos de una manera exageradamente sorprendente?

De todos estos problemas creo que nos encontramos con dos más frecuentes: la hiperhidrosis y la bromhidrosis, no siéndolo tanto la anhidrosis.

Si se estudia la hiperhidrosis en sí, podemos ver que en muchas ocasiones existen síntomas diferentes, por lo que incluso podríamos dividirla en seudohiperhidrosis e hiperhidrosis en sí.

Podemos pues entender por seudohiperhidrosis aquel proceso en el cual el sudor se revela en la superficie del cuerpo cuando la evaporación no se produce con la suficiente rapidez. Este suceso suele ocurrir en una atmósfera cálida, en donde la secreción del sudor representa una reacción normal del mecanismo de regulación del calor. Esto no implica que el estado de sudoración constituya un hecho patológico. Todo individuo que trabaja en atmósfera de calor intenso, o que para desarrollar su trabajo necesita estar inmerso en elementos de protección no transpirables, es apreciable la retención de sudor sobre un cuerpo principalmente en aquellas partes protegidas. En el caso anteriormente citado del personal obrero con el que trato, que tal como he indicado hacen uso de botas, es notorio el poder observar como mantienen un calor excesivo en sus pies por falta de transpiración, esto durante muchas horas de trabajo, lo cual hace que estos sufran un exceso de sudor que en muchos de los casos desaparece tan pronto son liberados de dicha carga e incomodidad y de haber tomado después de concluído su trabajo las debidas medidas de limpieza e higiene. Por tanto, teniendo en cuenta que estos estados de exceso de sudoración son solamente transitorios y desaparecen tan pronto como cesan las circunstancias ambientales que les acompañan podemos decir que caben dentro de lo que se puede calificar como seudohiperhidrosis.

Así es, se considerará una hiperhidrosis verdadera, el cuadro que presente unas glándulas sudoríparas con persistencia en el aumento de la secreción, a pesar de las medidas preventivas que en menor o mayor escala pueden ponerse en práctica y solamente cuando la cantidad de secreción produce una respiración apreciable durante el reposo o en condiciones de baja temperatura, lo que se debe considerar como un típico proceso patológico. La enfermedad se reduce a

un aumento de la cantidad de sudor segregado generalmente de una manera más notable en región plantar e interdigital que en la dorsal. La hiperhidrosis, tal como todos sabemos, conlleva un estado de humedad desagradable que macera y engruesa la capa córnea, inflama difusamente la piel, enrojeciéndola, favoreciendo la aparición de ampollas, fisuras, infecciones micóticas y microbianas, dificultando la marcha y provocando una hipersensibilidad plantar muy molesta.

Todos hemos podido apreciar que la hiperhidrosis lo mismo se presenta en edades avanzadas, mediana o infantil. He tenido ocasión de visitar en mi consulta a varios niños y adolescentes pertenecientes a un club de tenis, a quienes el problema sudoral se les manifestaba plenamente con sus correspondientes molestias ya que en algunos casos presentaba a pesar de su corta edad características muy avanzadas, privando incluso en un joven, concretamente, de poder participar en un campeonato, por presentar una superficie plantar sumamente macerada.

Si algún día se llegaba a formar el tan soñado en aquellos tiempos, por nuestro muy recordado compañero Leonardo Escachs, el "PATRONATO PRO SALUD DEL PIE", creo que valdría la pena que los podólogos estudiáramos a fondo juntamente con las partes correspondientes, el gran problema del calzado con suelas y materiales sintéticos que tantos estropicios causan y seguirán causando en la salud del pie, si no se pone remedio debidamente.

Tratar médicamente con buenos resultados una hiperhidrosis no siempre es fácil, no obstante, tal como indico anteriormente hoy día tenemos a nuestro alcance gran cantidad de productos farmacéuticos que pueden facilitar nuestra labor y de los cuales, sin hacer excepciones, algunos son muy eficientes por cierto.

El empleo de drogas anticolinérgicas, como por ejemplo la atropina, puede llegar a ser peligroso ya que para tener un éxito notable, es necesario emplear dosis altas para que surta efecto y su eficacia es solo temporal.

Yo no se si estoy equivocado, y por tanto os expongo simplemente lo que hago con mis pacientes y por esto tengo ganas de llegar al final de esta charla a fin de poder tener un intercambio de opiniones con vosotros. A mi me ha dado muy buenos resultados la prescripción del pediluvio diario durante diez minutos, con agua ligeramente tibia, mezclando en ella una cucharada sopera de bicarbonato sódico. (Para que el cliente no se asuste, es bueno hacerle la observación de que si el bicarbonato lo compra de saco en una droguería, un kg. a granel le costará casi lo mismo que una cajita de la farmacia y en cambio el rendimiento será muy distinto ya que el bicarbonato para los pediluvios no hace falta que sea refinado como el envasado, que se usa principalmente para los problemas digestivos o cocinar).

Si al paciente se le ha recetado de antemano el pediluvio mezclando en el mismo polvos de algunas de las marcas que todos conocemos, el día que le toca los citados polvos, debe de suprimir el bicarbonato, acabando su baño de pies con la aplicación de alguna de las cremas que existen para esto y que son el complemento a este fin. Estos pediluvios deben de ser alternados con la aplicación de polvos de alguna de las fórmulas o marcas conocidas, cada día al levantarse por la mañana, aconsejando al individuo tenga la precaución de espolvorear bien sus pies, principalmente sus espacios interdigitales, pero antes es preciso que los haya dejado lo más secos posible.

En casos rebeldes aconsejo al interesado el ir alternando los elementos de los pediluvios, es decir, en vez de ser la solución del agua tibia con bicarbonato sódico, sustituirla por unos toques abundantes en contenido, por una solución de permanganato al 1 por 4.000 o también pueden probarse pincelaciones con soluciones de 10 por 100 con cloruro de alumina o bien formol al 2 por 100, aunque esta fórmula es solo aconsejable en casos muy rebeldes ya que si bien es verdad acostumbra a ser bastante efectivo, no obstante tiene la contrapartida que a veces irrita provocando trastornos dolorosos y a más de uno conjuntivitis si al proceder a las pincelaciones acerca su cara demasiado.

RESERVADO PARA PUBLICIDAD

A mí, particularmente, una fórmula que hasta ahora había usado y me había dado muy buenos resultados, es la siguiente:

Acido bórico	60 grs.
Talco	20 grs.
Almidón	10 grs.
Subnitrato de bismuto	5 grs.
Acido salicílico	0,5 grs.
Esencia de lavanda	C/S grs.

Siendo el único inconveniente de esta fórmula el que desde el punto de vista económico al llegar al momento de cobrar existen unas diferencias enormes de precio de una farmacia a otra. Yo lo hago aplicar diariamente al levantarse, aconsejándoles se espolvoreen en abundancia los pies e incluso dentro de los calcetines y zapatos. Por la tarde al llegar a casa el pediluvio correspondiente y a continuación del mismo un buen rociamiento con alguno de los sprays de las marcas que conocemos, procurando que vayan alternando un día un marca y otro día otra y de momento los pacientes que tienen constancia diaria en practicarlo vienen después la mayoría muy contentos porque dicen haber encontrado mucha mejoría. Actualmente hay un laboratorio que todos conocemos que ha lanzado al mercado una fórmula de talco y demás coadyuvantes, lo que hace sustituya la fórmula anteriormente citada por este nuevo compuesto farmacéutico ya que los resultados que he podido observar de este nuevo producto hasta ahora son muy satisfactorios y al mismo tiempo mucho más económico que la fórmula en sí, ya que hay que tener en cuenta que en las farmacias cobran más la mano de obra que el precio del producto.

Ahora bien, poco conseguiremos con estos tratamientos si además no mentalizamos a nuestros pacientes para que tomen muy en serio el cambio diario de calcetines, uso de zapatos ligeros y de fácil traspiración y ventilación, o sea que sean porosos, confeccionados con suelas de cuero, evitando si se puede el uso de zapatos con suelas de materiales sintéticos, goma, crepé, etc. aconsejando los calcetines de algodón y desechando los de nylón.

Todos hemos podido comprobar casos muy concretos, pues algún individuo que el día que formuló su primera consulta presentaba unos pies que eran un verdadero desastre, después de haberse tomado formalmente en serio el querer solucionar este problema, aunque algunas veces se trata de personas que han realizado un verdadero esfuerzo y heróica constancia, se puede asegurar que han triunfado y hoy sus pies no aparecen lo mismo que cuando los enseñaron por primera vez. Pero el fallo está en que todos no tienen la misma constancia e interés y nos encontramos con frecuencia que falla el tratamiento por culpa del propio paciente que no pone de su parte el esfuerzo debido y en este caso hay que hacerle comprender claramente que la culpa de no encontrar la debida mejoría no es nuestra sino suya por no colaborar en la medida que debería hacerlo.

Otras veces una frotación enérgica con una toalla áspera puede proporcionar una tonificación beneficiosa a la piel. Es igualmente muy saludable la aplicación final con una esponja empapada con una sustancia alcohólica, como por ejemplo agua de colonia, procurando que ésta sea de una marca que posea los máximos grados de alcohol posible.

Si enfocamos el tratamiento de cara a tomar medidas astringentes, quizás nos encontraremos que una de las más cómodas y que presenta más ventajas es la del uso de los polvos ya que en ella pueden emplearse infinidad de fórmulas, pudiendo usarse la acción astringente en conjunción con un agente que no solamente sea suavizante sino que también obture mecánicamente las oberturas de las glándulas sudoríparas y actúe como absorbente.

He aquí alguna de las fórmulas que yo he usado y que por haberme proporcionado buenos resultados os la transcribo por si puede serle útil a alguno de vosotros.

Acido salicílico	5 grs.
Almidón	10 grs.
Talco	85 grs.

El ácido salicílico se emplea tal como todos sabemos por su acción astringente, el almidón es un poderoso absorbente y el talco como agente obturador mecánicamente de los poros sudoríparos, así como también actúa como astringente. A veces podemos incorporarlo al ácido bórico por su valor como antiséptico y contra la fricción. He aquí otra de las muchas fórmulas que se

pueden confeccionar a este fin:

Tonoformo ..... 3 grs.
Acido bórico ..... 2 grs.
Almidón ..... 10 grs.
Talco ..... 10 grs.

Hay que tener en cuenta que el tonoformo actúa como poderoso astringente. Por tanto, se puede también usar de acuerdo a la fórmula siguiente, principalmente si queremos que su presentación de cara al paciente, sea en forma de sobres:

Tonoformo ..... 1 grs.
Oxido de zinc ..... 2 grs.

Tanto la una como la otra, estas sustancias son astringentes, el óxido de zinc ejerce a la vez una acción suavizadora y al mismo tiempo obturadora. No obstante no constituye una buena fórmula para usarse aisladamente ya que tiende a formar muy fácilmente acúmulos de polvos sólidos entre los dedos. El estearato de zinc es un astringente útil en polvo y presenta la ventaja de que no forma grumos.

El alumbre pulverizado es otro astringente de gran utilidad, pero hay que saberlo usar con prudencia y en fórmula no exagerada a fin de evitar posibles irritaciones. Una fórmula suave que se puede prescribir con este producto y que resulta discreta es:

Alumbre ..... 20 grs.
Talco ..... 80 grs.

El espolvoreaminto debe ser abundante, siendo esta fórmula apta para pies cuya hiperhidrosis no sea demasiado abundante, no obstante es conveniente aplicar previamente una loción alcohólica con objeto de eliminar la humedad del pie e impedir así que formen grumos con la aplicación continuada de dichas soluciones pulvígenas.

Hasta aquí he tratado únicamente sobre la hiperhidrosis con lo cual doy por terminada la explicación sobre lo primordial de las dolencias sudorales del pie y a continuación paso a ocuparme brevemente de la segunda en el orden de frecuencia, tal como es la bromhidrosis, dejando para el final el tema de la anhidrosis.

Ya os he dicho al principio que con esta charla no os venía a decir nada nuevo, pues estoy convencido de que todos vosotros estáis mucho más enterados que yo sobre el tema que hoy estamos tocando, pero ya que el tema así lo indica, lo debo hacer para que de esta manera sea lo más completo posible. Por tanto, todos sabéis que cuando una hiperhidrosis se presenta en casos extraordinarios con una supersudoración fuera de lo normal y además va acompañada de un olor sumamente desagradable y fétido, podemos decir que nos encontramos de lleno ante un caso de bromhidrosis.

La bromhidrosis en los pies, pocas veces la podemos observar en personas que marchen con los pies descalzos y por tanto, sin negar que en su constitución pueden entrar en su mayor o menor grado las sustancias que constituyen el sudor y especialmente los ácidos grasos instaurados, se puede considerar que es debido principalmente a las ulteriores alteraciones que sufren la secreción sudoral una vez se ha esparcido por la superficie tegumentaria muchas veces condicionada por gérmenes microbianos y fitoparásitos que hallan acómodo en el clima de hiperhidrosis que casi siempre acompaña, por no decir siempre. Generalmente la sudoración mal oliente es debida a la acción de las bacterias fétidas que producen una desintegración del sudor después de su excreción con la formación de ácido capróico y otros ácidos de olor desagradable, por esto podemos ver que los mismos factores que integran e intervienen en la hiperhidrosis son también evidentes en la bromhidrosis: Higiene defectuosa, uso persistente de calzado demasiado recio, materiales sintéticos, calcetines de nylon y de otros materiales inadecuados, etc. pues en realidad la causa principal que produce la bromhidrosis, es el estancamiento del sudor sobre la superficie de la piel durante el tiempo suficiente para permitir su descomposición siendo un medio excelente para ello, los zapatos que empapan el sudor e impiden su evaporización.

El tratamiento para las bromhidrosis es muy semejante al practicado para la hiperhidrosis con la única diferencia que se debe intentar impedir la acción de las bacterias mediante el uso de antisépticos. En casos simples, muchas veces se obtienen resultados satisfactorios recomendando una higiene estricta del pie, ayudándola de unas fricciones con alcohol puro de 96° seguido de espolvoreamiento con algún polvo antiséptico. Entre las distintas fórmulas que se pue-

den usar para combatirla, una de las que ejerce una acción específica sobre gérmenes responsables, es el ácido bórico, por ejemplo, según sigue:

Acido bórico ..... 10 grs.
Talco ..... 40 grs.

Al indicar esta fórmula muy ligera y que por su contenido puede ser usada con toda tranquilidad incluso en los pies de la infancia, es bueno que nos acordemos también de otras sustancias como el tonoformo, ácido salicílico, estearato de zinc, flor de azufre, etc. con las cuales podemos ejercer acciones muy positivas en los pies de nuestros pacientes aunque a igual que toda sustancia medicamentosa podemos encontrarnos el que no haga por un igual el mismo efecto a todos y entonces entrará en juego nuestra pericia al saber eliminar a su debido tiempo aquella que podamos ver que no solamente no es beneficiosa para el paciente sino que debido a según qué tipo de piel, puede incluso llegar a producirle una dermatitis intensa.

El estearato de zinc puede usarse ya sea por sus propiedadas astringentes, aisladamente, o puede incorporarsa a la flor de azufre en la siguiente proporción:

Estearato de zinc ..... 20 grs.
Flor de azufre ..... 1 grs.

Una de las fórmulas que da muy buenos resultados en casos concretos de pacientes de bromhidrosis rebeldes, combinándola con todas las demás medidas preventivas y curativas ya anteriormente expuestas, es el espolvoreamiento con el contenido del preparado siguiente ya que reune en ella al mismo tiempo una acción antiséptica y astringente.

Acido bórico ..... 5 grs.
Acido salicílico ..... 2 grs.
Oxido de zinc ..... 9 grs.
Almidón ..... 9 grs.
Talco ..... 15 grs.

Unicamente hay que tener presente de recomendar al paciente el hacer una buena limpieza de los espacios interdigitales antes de volver a aplicar nuevos polvos, pues de lo contrario se expondría a la acumulación de pequeños grumos provenientes de las aplicaciones de días anteriores los cuales no beneficiarían en absoluto el tratamiento emprendido.

Si la índole del trabajo del paciente obliga al uso de zapatos rígidos, debe prescribirse obligatoriamente un baño prolongado de pies por la noche, recomendándole que después del baño los tenga levantados, descalzos, a ser posible por lo menos media hora a fin de lograr un drenaje efectivo de la sangre consiguiéndose así la disminución de la tendencia a la hiperemia. Una buena circulación de aire a su alrededor cuando se hallan elevados contribuye poderosamente al aumento de evaporación del sudor y por tanto al enfriamiento de los mismos.

Muchos son partidarios mejor que del uso de las fórmulas pulvígenas para los tratamientos, en recetar lociones y tinturas. Cada uno actúa según se ha acostumbrado. Para combatir la bromhidrosis hay fórmulas líquidas que dan muy buenos resultados, entre las cuales se puede hacer resaltar la solución alcohólica al 3 por 100 del ácido salicílico ya que debido a su función que posee es muy usada en pincelaciones principalmente para los espacios interdigitales.

En América, por ejemplo, es muy usada con frecuencia la fórmula de cloruro alumínico en solución al 25 por 100 que suelen aplicar dos veces por semana, ya sea en esponja o en pincelaciones.

Otra de las soluciones que también producen buen efecto es la solución acuosa al 50 por 100 de acetato alumínico o sea lo que nosotros conocemos con el nombre de Agua de Burow, constituyendo ésta una fórmula muy suave para aplicación diaria.

Y refiriéndome a la infinidad de fórmulas con muy diversas combinaciones que se pueden hacer con productos destinados a este fin, es casi de obligación el no dejar de citar la solución alcohólica de formol (que ya he citado antes) al 2 por 100 que puede aplicarse dos o tres veces por semana durante cortos períodos de tiempo. Ahora bien, no olvidemos que con el formol hay que tomar ciertas precauciones ya que además de poder producir irritaciones, antes indicadas en según qué casos, si se usa excesivamente tiende a endurecer considerablemente la piel aunque esto no lo podemos considerar como un contratiempo demasiado serio ya que con el uso subsiguiente de una pomada se reblandecerá y puede devolver la flexibilidad a la zona por lo que es más problema el que pueda producir una derma-

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel.

P.V.P.
333,— Ptas.

No precisan apósitos **ni vendajes**.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
227,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

titis. Por esto aconsejaría que antes de que uno de nuestros pacientes lo usara de una manera asidua, lo probara primeramente con precaución, siendo su único inconveniente el que el individuo ya lo acepte con reparo o desconfianza y muchas veces se excuse de usarlo prefiriendo a cualquier otra medicación sobre la que no le hayamos puesto en guardia en cuanto a posibles contradicciones.

Y para finalizar acabo haciendo unos comentarios sobre el último de los problemas sudorales, tal como es la anhidrosis, que como todos sabemos presenta un cuadro de secreción sudoral muy disminuído o en algunos casos casi abolido. Su etiología sigue siendo muy oscura aunque se pueden citar esquemáticamente tres motivos de causa:

1. La aplasia de las glándulas sudoríparas determina anhidrosis congénita. Esta afección ya sabemos que es hereditaria con mucha frecuencia.
2. En el curso de afecciones diversas puede sobrevenir una anhidrosis adquirida generalizada. Esta puede observarse especialmente en los enfermos diabéticos, en los caquéticos, mixadematosos y en los ictiosos.
3. Diversas dermatosis son factores de anhidrosis adquirida localizada. Se puede también mencionar la psoriasis y el líquen plano.

Creo que todos encontramos en nuestras consultas clientes afectos de anhidrosis, pudiendo observar en ellos aquellos pies de piel sumamente seca (depende del grado del que esté afectado), dura, caliente y a veces brillante. En la curvatura circundante de los talones muy frecuentemente llena de grietas, algunas veces incluso sangrantes, rodeadas de fuertes queratosis.

El tratamiento local persigue como es obvio conseguir el ablandamiento de la piel. Es aconsejable si existen grietas con queratosis abundantes y abultadas, primeramente disminuir el grosor de las mismas mediante bisturí, no siendo muy aconsejable en este caso, el uso de la fresa ya que con la fricción rápida puede producirse ligeros trastornos semejantes a las pequeñas tensiones eléctricas o sensación de quemadura. No obstante si el grosor de las queratosis ha sido muy disminuído y apenas quedan grietas, a fin de acabarlo de afinar y con una prudencia extremada se puede pasar la fresa, usando para ello las arandelas de papel de lija, que se pueden cambiar con suma facilidad, teniendo en cuenta, según el grado de asperosidad, de manejar la fresa a más o menos revoluciones a fin de evitar fricciones demasiado fuertes y desagradables para el paciente.

Las sustancias grasas y oleosas, de origen vegetal o animal son preferibles a los productos minerales cuando se pretende su absorción. Sin embargo, no debe olvidarse que las sustancias minerales son de gran valor aunque no se absorben con tanta facilidad. Es muy efectiva la unción con aceite de oliva porque es de más agradable aplicación si se mezcla a partes iguales con glicerina.

En estos casos hay que recomendar al paciente baños de pies con jabones blandos, es decir, que contengan el menos ácido posible.

Si la anhidrosis va asociada a la hiperqueratosis, ya sea en los talones o en cualquiera otra zona, principalmente de la región plantar, debe de aconsejarse además de las aplicaciones de soluciones aceitosas, la administración de pomadas de tipo graso que ayuden al reblandecimiento de su piel dando para ello buenos resultados, cremas que coordinen el vehículo graso con preparados de ácido bórico u óxido de zinc.

A veces podemos encontrarnos con pacientes que pregonan haberse beneficiado con la aplicación de baños turcos o duchas especiales con aguas sulfuradas, medios que tal como todos sabemos no son aptos para toda clase de personas, ya que existe una clara contradicción en los casos en que el paciente esté afecto de lesiones renales, reumatismo, lesiones cardíacas o en personas de edad avanzada, siendo además sus efectos totalmente transitorios volviendo a reaparecer la anhidrosis tan pronto deja de efectuarlos. Ante todo hay que aconsejar al paciente deje de aplicarse por su cuenta en las regiones que presente más sequedad de piel o grietas, productos que puedan ser contraproducentes ya que ayudan a resecar más todavía, siendo uno de los principales elementos que en este caso deben prohibir-

se totalmente, todos aquellos que contengan mercurocromo, ya que está comprobadísimo es absolutamente contradictorio para la anhidrosis.

Hay que tener en cuenta que a pesar de que podemos encontrarnos con algunos casos en que el paciente manifiesta que en su juventud o mediana edad había estado afecto de una hiperhidrosis y después a la vejez se ha pasado a la anhidrosis, en general los problemas sudorales poco cambian durante el trayecto de la vida y por tanto es nuestra misión mentalizar al individuo para que se lo tome en serio, como un hábito o necesidad diaria el cuidar de sus pies, siendo ésta la única manera mediante la cual podrá evitar estos problemas sudorales de cualquier tipo y disfrutar de unos pies sanos si lo acompañan de una higiene lo más perfecta posible.

Y nada más. Muchas gracias a todos por la amabilidad y la paciencia de haberme escuchado y pedirles sinceramente disculpas si el contenido de esta charla ha sido poco interesante, habiéndoles hecho perder inutilmente un tiempo precioso para todos.

TRATAMIENTO SUDORAL

El tratamiento sudoral debe estar basado principalmente sobre los productos químicos siguientes, teniendo en cuenta su función propia, aunque ésto no quiera decir de que existan otros no reseñados en esta relación.

Para componer una receta "ad hoc", hay que tener presente estos cuatro factores: Que sea ABSORBENTE, ANTISEPTICO, ASTRINGENTE y OBTURADOR.

A fin de poder ofrecer una mejor orientación, a continuación se reseñan algunos de los productos químicos de uso más frecuente, debidamente clasificados y por orden alfabético.

RELACION DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS QUIMICOS

PRODUCTO	ABSORBENTE	ANTISEPTICO	ASTRINGENTE	OBTURADOR
Acetato alumínico			X	
Acido bórico		X		
Acido salicílico			X	
Almidón	X			X
Alumbre pulverizado			X	
Cloruro alumínico			X	
Estearato de zinc			X	
Flor de azufre			X	
Formol			X	
Oxido de zinc	X		X	X
Subnitrato de bismuto	X		X	X
Talco	X		X	X
Tonoformo			X	

Relación de los productos químicos y envasados clínicos más frecuentes, usados para combatir cada una de las tres dolencias: HIPERHIDROSIS, BROMHIDROSIS y ANHIDROSIS, los cuales se hacen constar sin el más mínimo ánimo de propaganda alguna, dentro de los más conocidos que en estos momentos tenemos a nuestro alcance los podólogos, haciendo resaltar de una manera especial, a fin de que quede bien claro, de que si en estas relaciones ha sido olvidado alguno, no ha sido con el sentido de discriminación de marca alguna, sino única y exclusivamente por olvido.

Para una mejor orientación en cuanto a su recetario, se indica a continuación cada una de las tres dolencias por separado con los correspondientes productos adecuados para poderlas solucionar.

HIPERHIDROSIS

PRODUCTO	POLVOS	PEDILUVIOS	CREMA	SPRAY	TOQUES	JABON	SOLUCION
Acetato alumínico					X		
Acido salicílico					X		
Akileine				X			
Arcandol				X			
Byly			X				X
Cloruro alumínico					X		
Corpik		X	X	X			
Dermofardi						X	
Formol					X		
Habitane						X	
Lactacyd						X	
Multidermol						X	
Peusek		X					
Podosan		X					
Protesud			X				
Talco Belensa	X						
Talco Scholl	X						

BROMHIDROSIS

PRODUCTO	POLVOS	PEDILUVIOS	CREMA	SPRAY	TOQUES	JABON	SOLUCION
Acetato alumínico					X		
Acido salicílico	X				X		
Akileine				X			
Akiltropic				X			
Arcandol				X			
Byly			X				
Cloruro alumínico					X		
Corpik		X	X	X			
Dermofardi						X	
Formol					X		
Habitane						X	
Lactacyd						X	
Multidermol						X	
Pedi-Relax			X	X			
Pentoderm			X				
Peusek		X					
Podosan		X					
Protar'S			X				
Protesud			X				
Talco Belensa	X						
Talco Scholl	X						

ANHIDROSIS

PRODUCTO	POLVOS	PEDILUVIOS	CREMA	SPRAY	TOQUES	JABON	SOLUCION
Acina			X				
Akiltropic			X				
Lensabel			X				
Multidermol						X	
Pasta Lassar			X				
Pedi-Relax			X				
Protar'S			X				
Relaxbel			X				

RESTAURADOR MANTO ACIDO

PROTECTOR
EPIDERMICO
PODOLOGICO

Mantener un pH adecuado resulta imprescindible para tratar de evitar infecciones de todo tipo. En los pies, además, corrigiendo los trastornos de la sudoración, tanto por exceso como por defecto, se tiene solucionada una buena parte de la salud de los mismos.

RESTAURADOR MANTO ACIDO, CPI, normaliza rápidamente la fisiología de la piel en los pies ante las permanentes agresiones diarias que éstos sufren, dejando la zona tratada: **TERSA, HIDRATADA, NUTRIDA** y con un **pH FISIOLOGICO** de 5,5. Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

COMPOSICION:

Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%;
Sustancias humectantes (Glicerina, Propilenglicol, etc.), 10%;
Derivados de lanolina, 2%;
Triglicéridos vegetales, 1%;
Aminoácidos y sales inorgánicas, 2%;
Emulsionantes no tensoactivos, 2,5%;
Acido láctico c.s.p. pH = 5,5.

INDICACIONES:

Alteraciones en la fisiología normal de la piel del pie regulando su hidratación, tanto en la excesiva sudoración como en la sequedad. Protección frente a microorganismos patógenos.

MODO DE EMPLEO:

Tras el baño o ducha, extender la emulsión por todo el pie, friccionando suavemente. No deja sensación grasa.

PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 200 cc., 650 pts.

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL
Sagitario, 12
ALICANTE
España

INTRUSISMO

ENRIQUE GONZALEZ GOMEZ
Profesor y Subdirector de la Escuela Oficial
de Polodogía de Madrid

INTRODUCCION

INTRUSISMO: "Ejercicido de actividades profesionales por persona no autorizada legalmente para ello". INTRUSO: "Persona que se ha introducido sin derecho".

El intrusismo en la Medicina. Es muy frecuente, posiblemente sea la rama de saber con más intrusismo que cualquier otra. No debemos olvidar, que todos deseamos ser salvadores de las vidas de nuestros semejantes. Los fenómenos del *nacimiento,* la *vida,* la *enfermedad,* el *dolor* y la *muerte,* nos obligan a ser espectadores de primera fila, que van a influir en la vida y relación social del individuo.

La humanidad tiene un concepto de la ayuda a su prójimo y estimular la acción de parásito para invadir o aprovecharse de la parcela ajena, dado que el móvil es el dolor, la enfermedad, donde pocas veces se regatea el esfuerzo económico para que le liberen del mal. Este concepto sirve en la mayoría de los casos, para consolar a los desconsolados y a los tontos, que se prestan a la manipulación del intruso.

En situaciones jurídicas sirve para discernir si la conducta del intruso suele ser *dolorosa* (intencionada), o culposa (negligente), en los puestos en los que el sujeto crea que sus conocimientos o títulos le dan derecho al ejercicio de una profesión, cuando no es así, ya que suele tener consecuencias más graves que en otros supuestos, al poner en peligro la vida de las personas. La idea del lucro conduce a delinquir. Pero para que se de el delito de intrusismo, no es necesario percibir retribución alguna, por no ser el móvil económico un elemento exclusivo del mismo, sino, que especialmente se persigue evitar los riesgos en la intervención de personas sin capacitar en tareas reservadas a quienes se considera legalmente capacitado.

Quien no se atribuye condición de profesional y no cobra honorarios, no comete el delito de intrusismo. Aunque pueda responder por imprudencia, si su actuación diera lugar a un resultado lesivo. Como se puede apreciar en todo proceso penal existen elementos *atenuantes* y *agravantes,* que hay que tener en cuenta a la hora de DENUNCIAR.

EL INTRUSISMO BAJO EL PUNTO DE VISTA PENAL. El Código Penal en su Artículo 321, recoge la problemática jurídica de tipo penal. Sobre el *delito de intrusismo* y dice "El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente *título oficial* o reconocido por disposición legal o convenio internacional, incurrirá en la pena de *prisión menor.* Si el culpable se atribuyera públicamente la cualidad de profesional, se le impondrá además la pena de multa de *20.000 a 200.000 pesetas".* La pena de *prisión menor* comprende la *privación* de la *libertad desde seis meses y un día a seis años.*

Analizando el contenido de este artículo del Código Penal y su aplicación en defensa de la profesión de A.T.S. y D.E. así como, sus especialidades dentro de las cuales se encuentra la PODOLOGIA, especialmente muy peculiar, por encontrarse con atribuciones profesionales distintas y más aumentadas que los A.T.S. Al encontrarse en una situación de privilegio por su necesidad social desde hace un tiempo a esta parte va aumentando el intrusismo profesional, por parte de algunos profesionales de la Sanidad ajenos a la misma, invaden el campo del PODOLOGO.

FUNCIONES DEL A.T.S. Y PODOLOGO. Los actos propios de estas profesiones, entre otras disposiciones, están regulados por los DECRETOS 2319/60 de 17 de Noviembre y DRECRETO 727/62 de 29 de Marzo, que especifican las competencias profesionales de los A.T.S. y DIPLOMADOS EN PODOLOGIA.

TABURETE DENTAL

ANCAR

ROBUSTO - AGIL
ERGONOMICO

Asiento de goma espuma revestido en skai de primera calidad.

Regulación contínua altura asiento.

Comando manual.

Movimientos subida y bajada compensados y amortiguado mediante resorte a gas totalmente silencioso.

Brazo respaldo regulable vertical y lateralmente. Anillo base "chorreado" en cromo duro. Cinco ruedas deslizables en cualquier superficie (Moqueta, parket, mosaico). Partes metálicas cromadas.

Altura máxima 67 cms.
Altura mínima 47 cms.

ESTERILIZADOR

STERILDEN

POR BOLITAS DE CRISTAL

- Cómodo
- Estético
- Fabricado totalmente en acero inoxidable
- Ideal para esterilizar todo tipo de pequeño instrumental en un tiempo mínimo (máximo 15")

COMESA

Aragón, 239, pral.
Teléf. 215 78 56
BARCELONA

Por tanto será *intruso* todo aquel que no esté en posesión de los correspondientes títulos obtenidos en las Escuelas Oficiales de las distintas Universidades o disposición legal o Convenio Internacional, y realice las funciones de dichos profesionales.

Asímismo, en el Código Penal el artículo 572, nos indica dos nuevas variantes del Intrusismo, en el apartado de *las faltas,* que serán castigadas con la multa de 1.000 a 10.000 pesetas.

1. El que no estando comprendido en el artículo 321 ejerciere *actos propios de una profesión* reglamentada por disposición legal, sin poseer la habilitación o capacitación profesional requerida.

2. El titulado o habilitado que ejerciere su profesión sin hallarse inscrito en el respectivo Colegio, Corporación o Asociación Oficial, siempre que sea exigido reglamentariamente este requisito.

A los reincidentes se les impondrá, además de la multa, la pena de *arresto menor* que comrpende de *uno a treinta días* de privación de libertad.

EL INTRUSISMO ES COSA DE TODOS. LA USURPACION DE FUNCIONES PROFESIONALES Y EL USO INDEBIDO DE NOMBRE. El derecho de delinquir, es el CASTIGO. En las crisis del humanismo, la autoridad es legítima cuando sirve al bien y deja de serlo cuando se sirve a sí mismo. Hoy es frecuente el cerrar los ojos, pero eso no es ser ciego. Pero significa el subterfugio del que no quiere ver. Volver la espalda es una postura cómoda de la indiferencia a lo que no se puede ser indiferente.

La justicia es la perpetua voluntad de dar a cada uno su derecho. Por tanto, *el delito* no tiene *más derecho* que el *castigo.*

¿Cuándo? ¿Cómo? y ¿Porqué?. *Cuando* se desconoce el cometido, las funciones o atribuciones profesionales. *Cómo* se evita, siendo imprescindible dentro de la misión profesional, saber hacer, sabiendo por qué se hace, lo que se hace bien. Superando el trabajo rutinario y repetitivo para convertirlo en una experiencia útil, formativa y eficaz. Evitando hacer actos que no gustarían se lo hicieran a la propia persona. El mejor sistema para disminuir al mínimo el INTRUSISMO es darse a conocer, desapareciendo los riesgos que supone toda impericia.

Porque sabiendo lo que hay que hacer, no se enseña a las personas y al propio intruso, lo que no hay que hacer.

Dentro de este juego de palabras se encuentran los fenómenos básicos, para ser imprescindible un profesional de cualquiera de las ramas del saber o ser, dentro de una sociedad y de unos Poderes públicos.

El Poder Ejecutivo se debe preocupar de parcelar y evitar conflictos interprofesionales. ¡Sí! con qué medios, los Colegios profesionales, conceptuados como Corporaciones de derecho público amparados por la Ley y reconocidos por el Estado. La Ley 2/74 de 13 de Febrero, sobre *Colegios Profesionales* en su artículo priemro, apartado 2 dice: "son fines esenciales de estas Corporaciones la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación de las mismas y la defensa de los intereses profesionales de los Colegiados". "Siendo competencia de los Colegios la adopción de las medidas conducentes a evitar el intrusismo profesional".

El artículo dieciséis de los Estatutos, *deberes de los Colegiados,* el apartado C) "Denunciar al Colegio todo acto de intrusismo que se produzca en la provincia y llegue a su conocimiento, así como los casos de ejercicio ilegal, tanto por no colegiación como por hallarse suspendido o inhabilitado el denunciado".

Instrumentación para repeler el intrusismo, la colaboración de los colegiados con los Colegios. Luchar por la imagen real de la profesión y la grandeza que encierra el cumplimiento del deber. ¡AYUDA A MEJORAR LA DIGNIDAD PROFESIONAL A LA QUE TE DEBES POR ENTERO. LO AGRADECERAS!

Observaciones. 1.º En los hechos: Hay que ser *concisos, claros* y *ordenados,* en evitación de falsas interpretaciones, básico para que prospere *una denuncia o querella.*

2.º Las pruebas: Deben ser *contundentes* y sin *posibles vacilaciones,* como puede ser ROTULOS, TARJETAS, PAMFLETOS, PROPAGANDA EN GENERAL, FACTURAS, INFORMES, donde se anuncien y hagan constar *los hechos* o haber realizado los mismos, con *facturas e informes.* Los testigos de los hechos en número de dos o tres, son muy útiles, así como las denuncias realizadas a la *Autoridad local,* para que se realice el atestado. las pruebas de la fotografía

obtenida del lugar de los hechos y el levantamiento de Acta Notarial, resulta altamente positivo para conseguir el procesamiento de la persona o personas que delinquen en materia penal con el acto de INTRUSISMO.

Estas observaciones son necesarias por el peligro de perder el litigio y que SIENTE JURISPRUDENCIA, con resultados nefastos para repeler el intrusismo profesional.

ANEXO

NORMATIVA PARA REALIZAR DENUNCIA DE INTRUSISMO A LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.

D. ..... Asociado n.º .....
con domicilio en ..... Calle o Plaza .....
n.º ..... piso ..... Teléfono .....

DENUNCIA a la Junta de Gobierno de la Asociación Española de Podólogos, respondiendo en todo momento a la veracidad de cuanto expone:

HECHOS .....
.....
.....
.....
.....

Aduciendo en apoyo de lo expuesto las siguientes:
PRUEBAS .....
.....
.....
.....

Lo que hago constar, a los efectos que procedan firmándolo en

..... a ..... de ..... 19.....
EL DENUNCIANTE

NOTA: La fidelidad, veracidad y meticulosidad es el arme básica para conseguir tener razón.

PIE PIK®

PARA QUE NO DHUELAN

Boehringer Mannheim S.A.

DIVISION O.T.C.

Copérnico, 61-63 - 08006 Barcelona - Tel.: (93) 201 44 11

Nutraplus

Primera loción dermatológica emoliente y humectante con 10 % de UREA

FORMULA:

Cada 100 ml. contienen:

Urea	10.000 g
Monoestearato ácido de glicerol	1.125 g
Palmitato de isopropilo	0,750 g
Ácido estearico	0,750 g
Propilparaben U.S.P.	0,100 g
Metilparaben U.S.P.	0,200 g
Polimero de Carboxivinilo	0,062 g
Agua purificada U.S.P., c.s.p.	100 ml

DOSIS Y FORMA DE EMPLEO:

Aplicar uniformemente **NUTRAPLUS** sobre la superficie de la piel reseca 2 ó 3 veces al día. En caso necesario puede aumentarse el número de aplicaciones. La aplicación frecuente de **NUTRAPLUS** ayuda a mantener la piel suave y tersa.

PRESENTACION

Frasco de plástico conteniendo 215 ml.

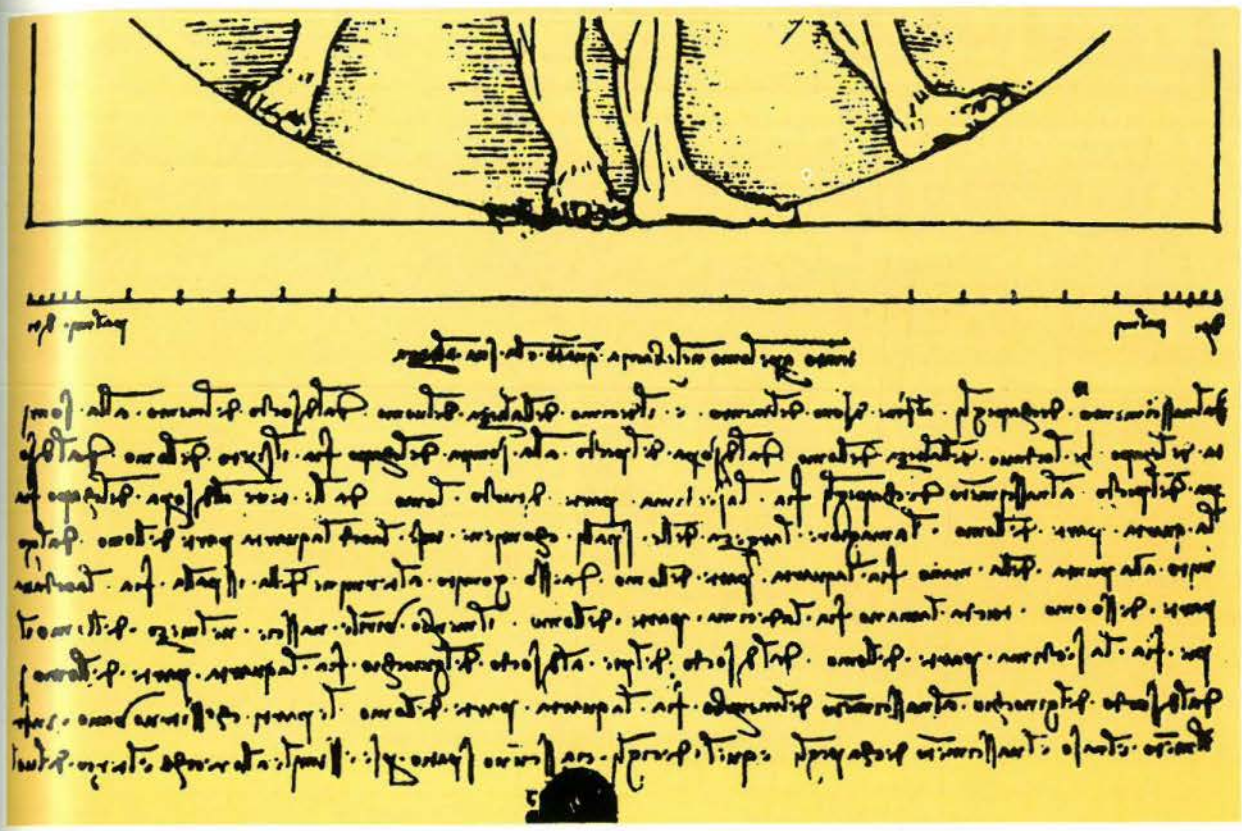
Para una mejor hidratación de la piel seca

Presentado en España por:

ALCON-IBERHIS, S. A.

Aragoneses, 7 - Alcobendas (MADRID)
Telef.: 652 70 00-88-99

Alcon
division dermatologica
FORT WORTH-TEXAS



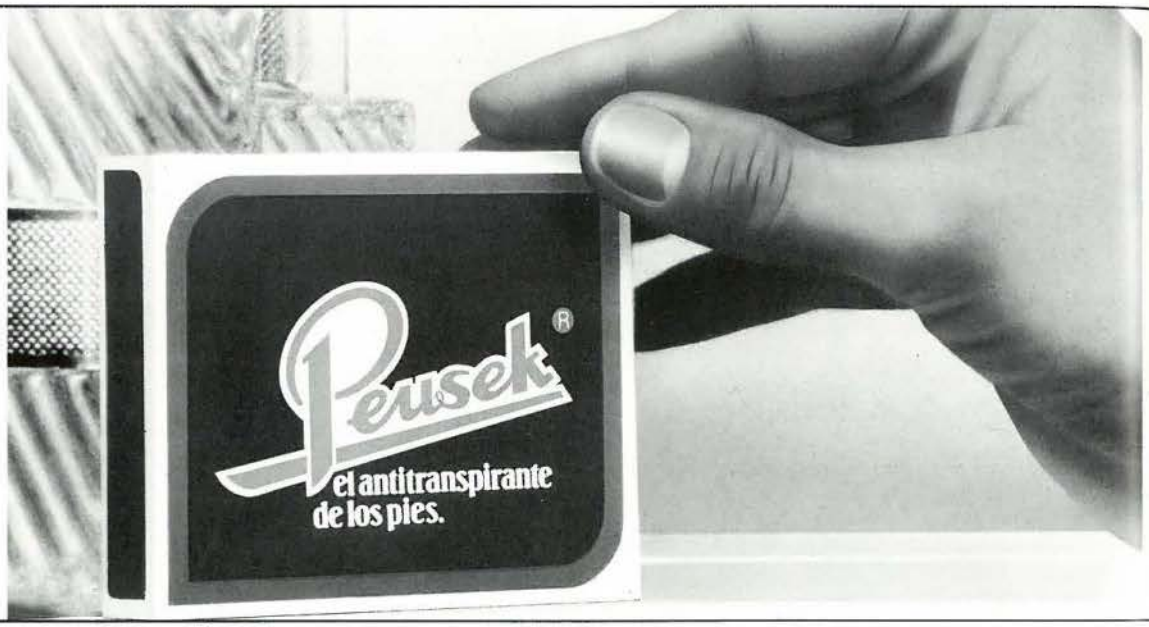
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ENERO-FEBRERO
1986

A.E.P.
n.º 103

PEUSEK®

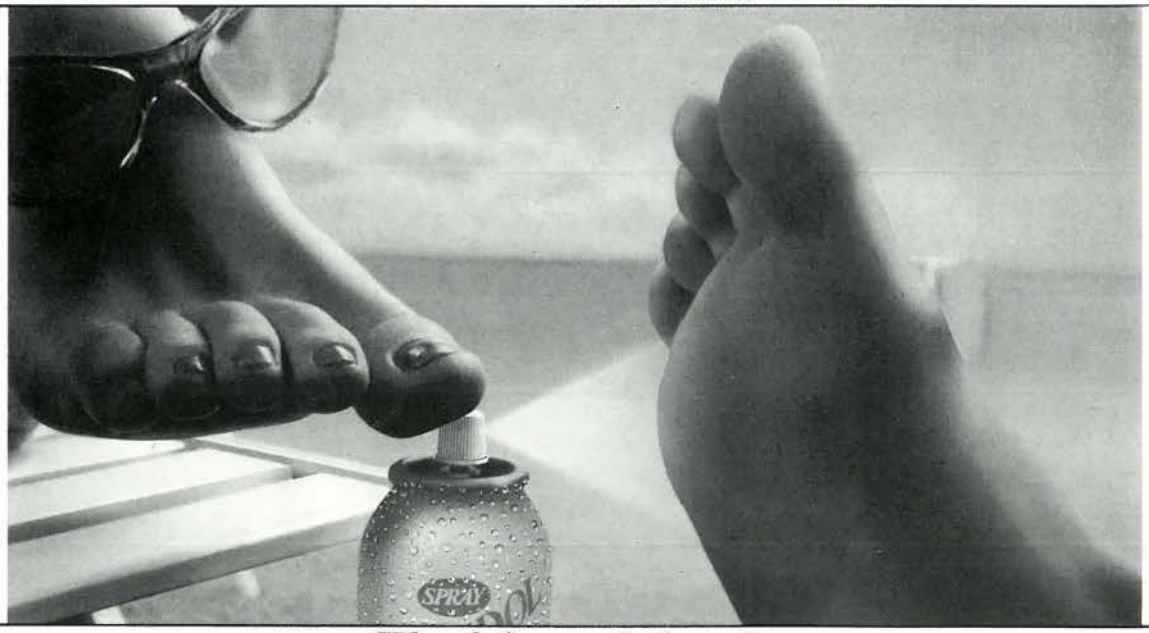
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION
P E U S E K , S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

ARCANDOL®

- DE ACCION REFRESCANTE Y DEFATIGANTE DE LOS PIES
- APLICADO ANTES Y DESPUES DEL USO DIARIO DE PLANTILLAS O ZAPATOS ORTOPEDICOS, MINIMIZA LAS MOLESTIAS DE ADAPTACION
- RECOMENDABLE A PERSONAS QUE FATIGAN SUS PIES EN EL TRABAJO HABITUAL, Y EN LA PRACTICA DE LOS DEPORTES.



El relajante de los pies

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
San Bernardo, 74
Teléfono 222 87 63
28015 - MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime:
Gráficas Del Pozo
Bruno García, 19
28025 - MADRID

Empresa de Publicidad
Garsi, S.L.
Londres, 17
28028 - MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215

SUMARIO

Rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

DE PODOLOGOS Y "CALLISTAS"

Frecuentemente recibimos quejas y denuncias ante la avalancha de intrusismo e invasión de campo que se está realizando con la mayor impunidad.

Las "Steticiens y manicuras" que hacen lo posible por aumentar sus percepciones económicas, tienen su contrapartida importante con la de los practicantes y A.T.S. que creen tener absoluto derecho a realizar quiropodias bajo la denominación de "callista".

El Decreto 727/1962 acabó con el término callista sustituyendo por el de Podólogo, por entender que el profesional de tal manera titulado, además de tener como campo de actuación la quiropodia, ampliaba su cometido a la prevención y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies como punto de origen de las hiperqueratosis.

El público y la sociedad sabrá valorar el término Podólogo primero si lo ven sin confusionismos con otros términos (callista) y segundo si ven que el profesional que le atiende da a cada cosa el valor y la proyección adecuada. Por decirlo más gráficamente tan negativo es que el Podólogo se ciña exclusivamente a la quiropódia en todos los casos, sin estudiar las posibilidades de prevención ortésica, quirúrgica o educacional como la de someter a una exploración de su columna y demás elementos de sostén, por acudir aquejado de un heloma interdigital o dorsal.

Como siempre, el sentido común y el conocimiento de la biomecánica y sus trastornos pondrán en su justa medida nuestra actuación.

Por lo tanto, la quiropodia es una faceta importantísima del podólogo y punto de arranque para el estudio de sus causas y no puede ningún practicante o A.T.S. arrogarse su competencia bajo el término callista, inexistente desde el año 1962 en que se transformó en Podólogo.

Hay además un argumento clave a la hora de valorar las competencias y funciones de cada cual en el caso que comentamos.

El Decreto 727/1962 autoriza al Podólogo a ***recibir directamente al paciente y con plena autonomía tratar las afecciones de su campo profesional.***

La Orden de 26 de Noviembre de 1945 determina que el Practicante ***es el auxiliar inmediato del médico estando habilitado para realizar sus funciones con su indicación y vigilancia.***

Todas las especialidades del practicante y del A.T.S. a excepción de Podología, son auxiliares del médico especialista.

La situación actual no propicia una actuación judicial efectiva en los casos de intrusismo o invasión de campo; no hay más que ver la proliferación de medicinas paralelas que con total impunidad compiten en su ejercicio profesional con los licenciados médicos. La justicia no actúa con verdadero rigor si no se da un caso de lesiones producidas. Y esto tiene que ver con el sentido de libertad que se da en la sociedad actual.

Es obvio que el prestigio de nuestra profesión depende de la seriedad y efectividad con que ejercemos nuestras tareas y punto importante para evitar el confusionismo es que enterremos el término "callista" de nuestras placas o letreros sin despreciar de ninguna manera para el podólogo su función etimológica.

Resulta por lo menos preocupante que transcurridos ya 25 años desde la reglamentación de nuestro título, haya en la actualidad podólogos que con su título recién conseguido sientan la necesidad de apellidar su flamante nombre en los rótulos anunciantes, con el término "callista".

Realidad que ha de hacer recapacitar a todos y sobre todo a las Escuelas que parece no han sabido dar la debida proyección profesional a sus alumnos.

Como final de todo ello proponemos la desaparición del citado término de todas las placas y rótulos, en la seguridad de que avanzaremos en la clarificación.

PROGRAMA CIENTIFICO CONGRESO NACIONAL DE ZARAGOZA 30 DE ABRIL AL 4 DE MAYO 1986

"Estudio sobre embriología filogenética del pie humano", por D. Salvador Hervas Tamarit, Podólogo (MADRID).

"Pie algodistrófico", por D. Antonio Cros Palencia, Podólogo, Profesor de la Escuela de Podología de Madrid.

"Reflexión al estudio de la Patología Metatarsal", por D. Martín Rueda, Don Julio Alonso y D. Andrés Rueda, podólogos del Hospital Clínico de Barcelona.

"Necrobiosis lipoidica diabética", por D. Antonio Rodríquez Santana, podólogo Arucas-Las Palmas.

"Electroterapia en Podología. Laserterapia", por D. Joaquín Alerm Viloca, podólogo (Barcelona).

"Un caso de sesamoiditis en una deportista", por D. Jordi Fluvia Creus, podólogo (Barcelona).

"Patología subungueal", por D. José Ferre Anglada, podólogo (Barcelona).

"Radiotermitis en Podología", por D. Julio alonso, D. Andrés Rueda y D. Martín Rueda, podólogos del Hospital Clínico de Barcelona.

"Consideraciones previas en torno a la aplicación de la mínima incisión" y "Tratamiento con M.S.I. a diez pacientes que presentan hallux valgus", por D. Manuel González Sanjuán y D. Javier Aycart Testa, podólogos (Madrid).

"Obtención del molde de escayola sin corrección manual", por D. José Bernal Bello, Podólogo (Barcelona).

"Radiología en Podología", por D. Manuel Meneses Garde, podólogo, Profesor de la Escuela de Podología de Madrid.

"Evolución de las alteraciones de la biomecánica del pie", por D. Evaristo Rodríguez Valverde, podólogo (Barcelona).

"Patología metatarsal. Un reto al podólogo", por D. Juan José Araolaza-Lahidalga, podólogo (Eibar-Guipúzcoa). Secretario General de la A.E.P.

"Referencias gráficas aplicadas al pie" y "Obtención de moldes del pie en carga", por D. Juan Antonio Torres Ricart, podólogo (Huesca).

"Desequilibrios y sobrecargas en el pie hiperdinámico. Nuevo material ortopodológico", por D. Angel Francisco Cabezón Legarda, podólogo (Pamplona-Navarra).

"Tratamiento ortopodológico de los afectados por el síndrome tóxico", por D. Manuel Meneses Garde, podólogo, Profesor de la Escuela de Podología de Madrid.

"Ortosis de silicona", por D. José Villafaina de la Cruz, podólogo (Badajoz). Presidente de la Asociación Extremeña de Podólogos.

"Tratamiento de las metatarsalgias con ortosis de silicona", por D. Conrado Giménez Gil, podólogo (Madrid).

"Cirugía Podológica. Una alternativa en desarrollo", por D. Javier Aycart Testa y D. Manuel González Sanjuán, podólogos (Madrid).

"Técnica quirúrgica de las onicocripto-

sis con trépanos", por D. Manuel Albalá Valle, podólogo (Cádiz), Presidente de la Asociación Andaluza de Podólogos.

"La cirugía de la mínima incisión", por D. Luis Aycart Vijuesca, podólogo (Madrid), Miembro Asociado de la Academia de Cirugía Ambulatoria. U.S.A.

"Desarrollo óseo y factores que afectan al mismo", por el Dr. D. Francisco Javier Fernández Camacho, Profesor de la Escuela de Podología de Madrid.

"Pie equino varo congénito", por D. José Antonio Calvo García, podólogo (Zaragoza).

"Planificación y unificación de los estudios de podología dentro del marco universitario" y "Funciones del Podólogo", por D. Enrique González Gómez, Subdirector y Profesor de la Escuela de Podología de la Facultad de Medicina de Madrid.

"La investigación en Podología. Enfermedad Thost-Unna, por D. Salvador Hervas Tamarit, de la Asociación Madrileña de Podólogos.

"Deontología e Intrusismo", por D. Antonio Carrasco Gifre, de la Asociación Madrileña de Podólogos.

"Formación post-graduada del Podólogo" y "Formación humana del Podólogo", por D. José Luis Moreno de la Fuente, Presidente de la Asociación Madrileña de Podólogos.

"El Podólogo en la sociedad: Necesidad social del Podólogo. Podología privada. Podología hospitalaria", por D. Francisco Farreras Morcillo, Presidente de la Asociación Catalana de Podólogos.

"Cobertura de las necesidades inmediatas del Podólogo: Podología deportiva, laboral, escolar", por D. Andrés Rueda Sánchez, Vicepresidente de la Asociación Catalana de Podólogos.

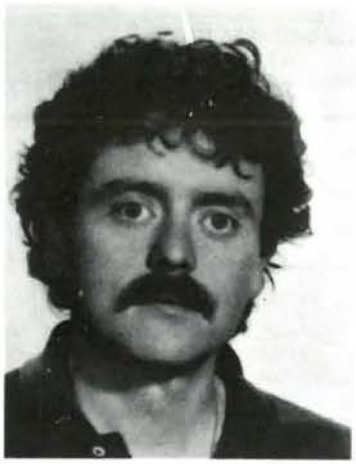
"Perspectivas de futuro: Podología en la Sanidad en general: Estado Central, Estado Autonómico", por D. Rafael Avila Expósito, de la Asociación Catalana de Podólogos.

"Atención podológica del pie en el anciano y en el enfermo con lesión medular", por D. Armando Díaz Pena, podólogo (La Coruña).

"La Podología en la Sociedad", por D. Juan Marín Costa, podólogo (Barcelona).

"El hecho de ser Podólogo" por D. Joaquín Solé Cuch, ex-presidente de la Asociación Catalana de Podólogos.

ELECTROTERAPIA EN PODOLOGIA. LASERTERAPIA



JOAQUIN ALERM VILOCA
CERDANYOLA DEL VALLES

La rehabilitación del pie es, sin ningún género de dudas, la parcela más descuidada dentro del campo profesional del podólogo.

La razón primordial de esta situación se debe, en principio, al desinterés que las Escuelas de Podología demuestran frente a este tema que, siendo una asignatura del programa de estudios de la especialidad, se imparte de forma teórica y superficial, relegando casi por completo la electroterapia y olvidando íntegramente las terapias alternativas. Por otra parte, existe el convencimiento profesional de que la electroterapia está reservada a los fisioterapeutas, lo que conduce generalmente, a desestimar cualquier posibilidad terapéutica distinta de las habituales.

Esta situación, real y evidente, representa una auto-limitación absolutamente innecesaria de nuestro cometido profesional que conlleva inexorablemente a una infravaloración social como consecuencia del desconocimiento de la sociedad respecto a nuestras posibilidades terapéuticas reales.

Debido al delicado momento por el que atraviesa nuestra profesión pienso que tenemos motivos más que suficientes para trabajar más y mejor, solucionando muchas de las patologías que otros profesionales son incapaces de eliminar, siendo la electroterapia un instrumento muy valioso para conseguir este objetivo, puesto que, con mucha frecuencia, resuelve alteraciones en las que han fracasado los demás tratamientos.

A lo largo de los últimos años han aparecido diversos métodos en la medicina física para erradicar el dolor. Entre ellos destacan con luz propia, los UTS (ultrasonidos), el radar, la iontoforesis, las corrientes exponenciales, galvánicas, interferenciales, etc., pero actualmente están siendo superadas por el último avance de la ciencia terapéutica: la laserterapia.

Para conocer la historia del láser debemos remontarnos a 1917, año en el que A. Einstein formuló de manera teórica la Emisión Estimulada de Radiación, pero no fue hasta 1965 cuando se logró construir el primer láser médico.

Pasaron muchos años para conseguir que la teoría fuera realidad, pero a partir de entonces los avances en el campo del láser han sido incesantes, ofreciéndonos la posibilidad de aplicarlo a todas las especialidades médico-quirúrgicas de la Sanidad.

La laserterapia llegó a España hace unos cinco años, período en el que hemos alcanzado nivel internacional, aunque al igual que las demás técnicas de nueva aparición corre el riesgo de ser inconvenientemente utilizada, lo que conduce inevitablemente a la desacreditación social y profesional, situación que debemos evitar en la medida de nuestras posibilidades, alcanzando el dominio necesario sobre esta técnica antes de lanzarnos a aplicarla sobre el paciente, evitando así los nocivos efectos que produciría en nuestra reputación la manipulación incorrecta del láser.

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

CONSTANTES EN LASERTERAPIA

Haremos una exposición simplificada de las constantes que presenta cualquier equipo de laserterapia, remarcando la importancia que la fijación de estos conceptos representa en la posterior compresión de las técnicas de aplicación de la laserterapia.

1. Longitud de onda
2. Potencia
3. Modo de emision
4. Material activo

1. Longitud de onda.

Hablamos de longitud de onda puesto que el láser es una radiación englobada dentro del espectro electromagnético, es decir, es un rayo lumínico, visible o no según la longitud de onda en la que emite y que se diferencia de la luz normal en tres propiedades fundamentales:

– Es monocromático: esto significa que siempre emite en una longitud de onda constante, mientras la luz emite en diversas longitudes de onda.

– Es coherente, esto es, en la emisión láser todos los átomos se excitan y desexcitan en el mismo momento, al contrario de la luz en la que el momento de excitación-desexcitación es anárquico.

– Es direccional, frente a la diversidad de direcciones que la luz normal toma en el espacio.

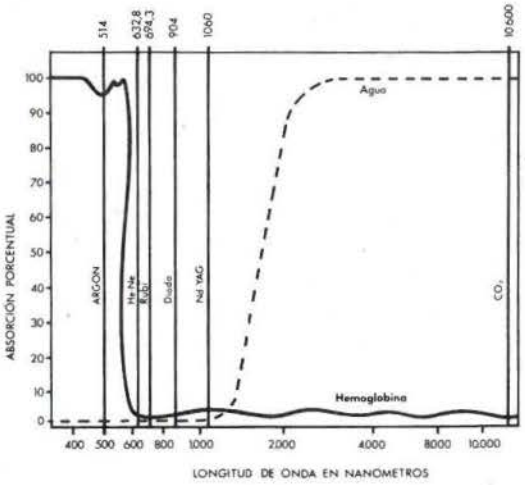
la unidad en la que se mide la longitud de onda es el nanómetro (nm).

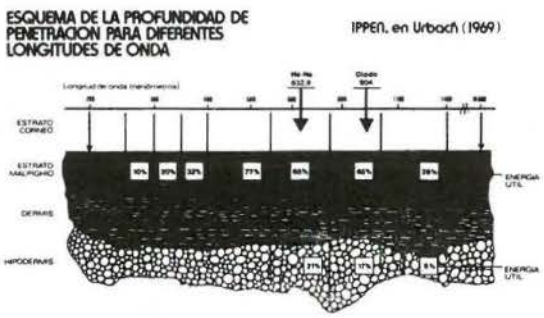
2. Potencia

La potencia la clasificamos en tres grupos:

- SOFT-LASER o láser de baja potencia
- MID-LASER o láser de media potencia
- POWER-LASER o láser de alta potencia

En laserterapia medimos la potencia en miliwatios (mw).





3. Modo de emisión

El modo de emisión se divide en "continuo y a impulsos".

4. Material activo

Los láser pueden clasificarse como
- Sólidos
- Líquidos
- De gas
- Semiconductores

Según el material activo sea sólido, líquido, gas o diodo, será este material activo el que permitirá que el momento de excitación-desexcitación atómico, del que hablábamos antes, sea simultáneo.

Estos cuatro parámetros son invariables en cualquier equipo de laserterapia.

TIPOS DE LASER UTILIZADOS EN LASERTERAPIA

Actualmente se utilizan dos tipos de láser: el láser He-Ne y el láser de semiconductores, también llamado láser infrarrojo. Así mismo podemos valernos del láser CO_2, que, a pesar de ser quirúrgico, puede aplicarse en forma de barrido consiguiendo efectos terapéuticos, aunque este sistema, al menos por el momento, se aparta de nuestras necesidades.

Láser He-Ne

El material activo está formado por la mezcla de dos gases He y Ne en una proporción del 90% de He y el 10% de Ne.

Las colisiones entre los átomos de He en estado metastable y de Ne provocan el cambio de capa de algunos electrones que, al regresar a su nivel normal ceden energía en forma de una onda electromagnética. De todas las radiaciones emitidas, muy pocas tomarán la dirección del capilar. Para solucionar este problema se colocan en el extremo del tubo dos espejos, provocando la reflexión repetida de fotones, con lo cual aumenta la posibilidad de la "emisión estimulada de radiación", puesto que cada fotón estimulado es capaz en cada reflexión de estimular a otros fotones, produciéndose así "una ampliación de la luz". Estos espejos están construidos para ser muy reflectantes a la longitud de onda que nos interesa y muy absorbentes a las longitudes de onda indeseadas.

Observen cómo en el esquema, el espejo colocado en la parte posterior del tubo láser tiene una capacidad de reflexión del 100% y el que está situado en la zona anterior sólo del 99%. Esto es debido a que el espejo delantero libera un 1% de la radiación seleccionada, es decir, por este punto sale el "haz láser", con todas las características y propiedades para su aplicación.

Las constantes en estos equipos son:

- Longitud de onda: 632,8 nm.
- Potencia: Los equipos que nos ofrece el mercado pueden tener una mayor o menor potencia, según su grado de complejidad pero en cada uno de ellos ésta es siempre constante. Por ejemplo, podemos quedarnos con un equipo que emita con 7 nw de potencia. Si por algún motivo quisiéramos aumentarla, tendríamos que cambiar a un equipo cuya potencia de emisión fuera superior.
- Modo de emisión: continuo.
- Material activo: está formado, tal como hemos mencionado al principio de este apartado, por la mezcla de dos gases, He y Ne.

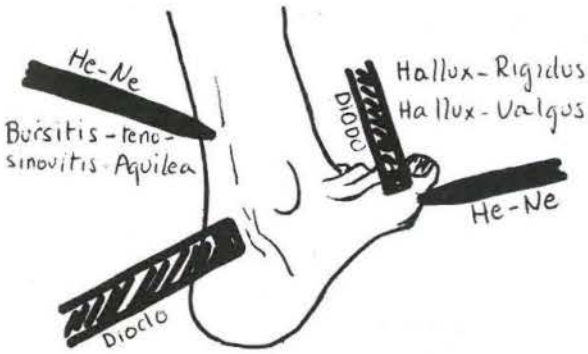
Láser de semiconductores

Semiconductores son aquellas sutancias que sin ser aislantes son mucho menos conductoras que los metales. El AsGa es, por el momento, el compuesto más indicado para la formación de láser por este sistema.

Como vemos en el esquema, se trata de dos láminas de AsGa, una positiva representada por AsGa P y otra negativa representada por AsGa N. Al pasar electricidad se provoca un salto de electrones produciéndose al final del proceso radiación láser.

Las constantes son:

- Longitud de onda: 904 nm
- Modo de emisión: impulsos
- Potencia: al ser la emisión a impulsos la potencia del equipo será siempre la potencia media, nunca la llamada potencia pico.
- Material activo: es un diodo de arseniuro de galio (AsGa).



EFECTOS BIOLOGICOS DE LOS TRATAMIENTOS FISICOS

Podemos dividir los efectos biológicos de los diversos sistemas que utilizamos en electroterapia en: efectos térmicos, mecánicos y fisio-químicos.

- Efectos térmicos: son consecuencia de la aplicación de calor sobre el organismo para conseguir una hipertermia local. Los aparatos más utilizados para lograr esta acción son los rayos infrarrojos, las microondas, la onda corta, etc.
- Efectos mecánicos: el sistema más conocido son los ultrasonidos (UTS), que producen colisiones biomoleculares consiguiendo de esta forma un efecto termo-mecánico.
- Efectos fisio-químicos: son lo que nos ofrecen mayor variedad de elección. Debemos destacar entre ellos las corrientes galvánicas, las exponenciales, las interferenciales, la iontoforesis, etc.

Todos los sistemas que acabamos de enumerar tienen como denominador común la vasodilatación local, lo que comporta una hipervolemia y, en consecuencia, obtenemos unos afectos analgésicos y antiinflamatorios.

EFECTOS BIOLOGICOS DEL LASER

Para poder valorar el rendimiento de la laserterapia en cualquier tratamiento debemos conocer sus efectos biológicos, remarcando que el mecanismo de acción del láser es mucho más ámplio que el resto de sistemas físicos y que en ningún caso se basa en la producción de calor sobre el organismo.

Los dividiremos en efectos primarios y efectos secundarios.

Los efectos primarios son:

- Bioquímicos, estimulando la liberación de sustancias autocoides (histamina, serotonina, bradiquina), modificando las reacciones enzimáticas, aumentando la producción de ATP, las mitosis celulares y la acción fibrinolítica.

– Efectos bioeléctricos, normalizando el potencial de membrana por el intercambio iónico de Na y P extracelular y repolarizando la actividad funcional de la célula.

– Efecto bioenergéticos, estimulando el trofismo y fisiologismo celular y normalizando la función de los tejidos.

Efectos secundarios: se producen a nivel local y regional por efecto de resonancia, activando la microcirculación y la regeneración tisular.

Todo ello comporta unos efectos terapéuticos como son la estimulación de los fibroblastos y del tejido conjuntivo con una mejor cicatrización y formación de vasos, dando como resultado final unos efectos analgésicos, antiinflamatorios, antiedematoso y trófico celular que son precisamente los que confieren al láser su elevado valor terapéutico.

FORMAS DE APLICACION

Según el sistema terapéutico que utilizamos, variará su modo de aplicación sobre el pie.

– Microondas: debe colocarse el foco a unos 10 cm. de la región a tratar, con lo que la zona de recepción es muy ámplia y por ello poco concreta.

– UTS: disponemos de dos formas de aplicación; mediante un gel que permita el paso de los UTS al organismo con las menores pérdidas posibles de efectividad, o bien de forma subacuática, con lo cual obtenemos un mayor rendimiento mediante este sistema.

A pesar de ser los UTS una terapia muy efectiva en los procesos inflamatorios, la aplicación sobre el pies es bastante complicada a causa de la dificultad de centrar el haz ultrasónico sobre los puntos indicados en cada caso, puesto que tanto con el gel como en el caso del agua dada la orografía del pie, se suele perder intensidad terapéutica al resultar muy difícil mantener la perpendicularidad del foco con respecto al pie constantemente.

– Corrientes terapéuticas: cualquiera de las corrientes terapéuticas de que disponemos son efectivas en la terapia antiinflamatoria, pero debe incidir sobre el mismo problema de los sitemas anteriores: la dificultad de aplicación para obtener el 100% de efectividad en el tratamiento.

FORMAS DE APLICACION Y DOSIMETRIA EN LASERTERAPIA

El haz láser se puede aplicar de dos formas: directo y con fibra óptica.

La aplicación directa se realiza mediante espejo, permitiéndonos dirigir el rayo a la zona que nos convenga.

También se puede aplicar de forma directa con lentes divergentes colocadas a la salida del haz láser.

Se puede utilizar un "scanner" con lo que no necesitamos estar presentes para efectuar el tratameinto, ya que este scanner, previamente programado, se encarga de realizarlo.

Hay diversas formas de fibras ópticas. La conectamos en la salida del tubo láser y la colocamos sobre el punto que deseamos tratar. Existe una pérdida de potencia conocida de antemano al trabajar con fibra, pero, al ser la aplicación puntual, el efecto es muy superior al conseguido con irradiación directa.

Este es el mango aplicador del láser infrarrojo. El tamaño es mayor al de la fibra del láser He-Ne, pero el sistema de aplicación es similar como ya veremos más adelante.

Esta es la llamada "fibra óptica de cavidades" que como su nombre indica, nos permite introducirla en cavidades naturales o patológicas para efectuar la irradiación con el láser.

La aplicación de láser con fibra se puede dividir en:

– Puntual. Efectuamos depósitos de láser en los puntos previamente seleccionados.

– Pincelado. Deslizamos la fibra muy entamente sobre la zona que nos interesa tratar.

– Barrido. Generalmente se trata de pasar la fibra sobre la zona afectada en forma de zigzag y más rápidamente que en el pincelado.

La dosimetría es, junto con la elección de la forma de aplicación, lo más importante a la hora de efectuar un tratamiento. La unidad con la que medimos la dosis que deseamos aplicar es el julio/cm^2.

El número de julios/cm² que aplicaremos en una sesión hay que decicirlo antes de comenzar ésta, sabiendo exactamente qúe puntos trataremos y la zona que abarcaremos. Es imprescindible no errar la dosis. Si nos excedemos en ella se puede provocar un efecto rebote, o si por el contrario la dosis es insuficiente no se alcanzan resultados terapéuticos satisfactorios.

Hay varias formas para calcular el tiempo de exposición, aunque generalmente las empresas que comercializan los equipos nos suministran tablas ya calculadas.

De todo lo que acabamos de exponer, es imprescindible fijar y recordar que cada depósito de láser representa una dosis que se ajusta a dos parámetros variables: el tiempo de exposición/ la superficie que abarca esta exposición.

Estas dos variables, junto a las cuatro constantes que hemos visto anteriormente, nos permiten planificar cualquier tratamiento de laserterapia con las garantías necesarias para obtener un resultado positivo en el paciente.

Conocemos ya los efectos biológicos del láser, sus formas de aplicación, la dosimetría y los factores que actúan sobre ella, por lo que tan sólo nos resta por exponer los fenómenos ópticos que concurren en el momento en que el láser llega a la piel humana.

Cuando una radiación electromagnética incide sobre la piel del organismo ocurren siempre dos fenómenos: una reflexión y una penetración.

Debido a que los sitemas biológicos son poco homogéneos desde un punto de vista óptico, debemos conseguir que el grado de reflexión sea el menor posible, aumentando así el efecto de penetración.

Vemos en la diapositiva cómo, al reflejo directo que se produce sobre la piel, se suman los reflejos epidérmico y dérmico. Asimismo comprobamos que cada estrato va absorbiendo radiación. Este fenómeno es el responsable de que la radiación láser se desdoble por una parte, en un vecto principal que penetra hacia los estratos más profundos y, por otra, en muchos vectores secundarios que, por el principio de inducción celular, van transmitiendo célula a célula los efectos biológicos del láser. Esta propiedad es el fundamento de la aplicación puntual con fibra ótica o directamente con espejo o scanner, dado que nos permite irradiar puntos separados entre sí con la absoluta seguridad de que cada célula existente entre ellos recibirá los mismos efectos beneficiosos que las células situadas inmediatamente debajo del punto de recepción en la piel.

INDICACIONES TERAPEUTICAS

Todos conocemos las dificultades estructurales que hallamos cotidianamente en Podología para solucionar ciertos problemas que se nos plantean frecuentemente, sobre todo, los que representan un choque frontal con el mundo de "la estética y la moda". Es por ello que, en demasiadas ocasiones, los tratamientos ortopédicos, por muy correctos que sean, no son utilizados por los pacientes, al repercutir su uso en un inevitable cambio en sus gustos y costumbres. La laserterapia nos ofrece la posibilidad de tratar la mayor parte de cuadors inflamatorios y resolverlos sin necesidad de recurrir a los tratamientos habituales. Por otra parte, y como veremos seguidamente, el abanico de posibilidades terapéuticas que nos ofrece es muy amplio y variado.

Englobaremos las indicaciones terapéuticas según la etiología que provoca la alteración en:

- Inflamatorias
- Traumáticas
- Quirúrgicas
- Dermatológicas

Dentro del grupo de los procesos inflamatorios he obtenido buenos resultados en el tratamiento de los siguientes cuadros clínicos


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

TALALGIAS

Las talalgias más frecuentes son generalmente consecuencia de un espolón de calcáneo o de la enfermedad de Severs.

En el caso del Severs no he recurrido nunca al láser, puesto que a la edad en que se presenta esta afección, el uso de plantillas no suele comportar ningún problema accesorio.

El espolón de calcáneo responde bien al tratamiento con láser, sin necesidad de utilizar material ortopédico y hasta el momento no me ha surgido ningún caso de recidiva.

- Tratamiento: el láser utilizado es el láser H-Ne y el láser infrarrojo conjuntamente.
- Dosis de 8 julios/cm^2
- Aplicación puntual mediante fibra óptica.
- Pomedio de 6 sesiones.

BURSITIS AQUILEA

- Láser He-Ne e infrarrojo.
- Dosis de 6 a 8 julios/cm^2
- Aplicación: depósitos puntuales con fibra óptica.
- Promedio de 6 sesiones.

METATARSALGIA

Es la alteración más frecuente que se presenta en mi consulta.

Durante bastante tiempo representó una verdadera preocupación para mí la visita de estos pacientes que, a menudo, me presentan varios pares de plantillas, unas de ortopedia y otras no, con el mismo resultado: la dificultad de combinarlas con el calzado y cuando les parece que lo consiguen, según su propio testimonio, no mejoran de sus síntomas, por lo que, inmediatamente, deshechan la posibilidad de utilizar tal solución.

Afortunadamente hace ya más de dos años que este problema acabó para mí. Actualmente, las metatarsalgias "de uso corriente" no representan ningún problema terapéutico gracias a la laserterapia.

- Tratamiento: utilizamos el láser He-Ne y el láser infrarrojo al unísono.
- Dosis de 8 a 10 julios/cm^2.
- Aplicación mediante fibra óptica.
- Promedio de 6 sesiones.

Acabamos de comentar una serie de patologías muy frecuentes en la práctica podológica habitual, pero evidentemente podemos tratar mediante el láser todas las lateraciones inflamatorias que creamos conveniente, tales como: sesamoiditis, hallux valgus, hallux rigidus, artrosis de escafoides, etc.

PROCESOS TRAUMATICOS

Seguiremos un criterio similar al de apartado anterior, teniendo en cuenta que cuanto más reciente sea el problema, las dosis serán menores. La aplicación se basará en pincelados y barridos y el número de sesiones será inferior.

Distinguiremos como el proceso más frecuente "el esguince y distensión músculo-ligamentoso".

INDICACIONES QUIRURGICAS

Mi experiencia personal en este campo se basa en la técnica del fenol, aunque se puede trasladar a cualquier otra técnica puesto que el poder de regeneración de la laserterapia está fuera de

toda duda. A tal efecto, he realizado varias comprobaciones utilizando pacientes intervenidos con fenol, irradiando a unos con láser y a otros no, el resultado ha sido que los pacientes tratados mediante láser han reducido aproximadamente 1/3 el tiempo de curación.

Estos datos, al margen de las variaciones que cada uno de nosotros pueda tener respecto al tiempo de curación del postoperatorio en esta técnica, demuestran claramente que el efecto de regeneración tisular del láser, como decíamos antes, es indiscutible.

Utilizaremos el láser He-Ne.

Aplicación: puntual sobre la matriz ungueal y pincelado desde el borde distal del canal periungueal hasta la matriz, siempre con fibra óptica de cavidades y después de cura con violeta de genciana.

INDICACIONES DERMICAS: ULCERAS

Las úlceras cicatrizan mucho más rápidamente si completamos el tratamiento con el uso de la laserterapia.

El láser que utilizaremos es el láser He-Ne.

– Aplicación: depósitos puntuales en los bordes de la úlcera, finalizando con un barrido en el centro. Si hubiera fistulización introduciremos la fibra óptica de cavidades hasta donde nos sea posible, efectuando una irradiación desde el fondo hasta la superficie.

Asimismo, obtenemos resultados excelentes en el tratamiento de los sabañones, eczemas, maceraciones interdigitales agrietadas, incluso en el tratamiento de las hiperhidrosis.

TRATAMIENTOS FISICOS. LASERTERAPIA. DIFERENCIAS

Podemos establecer comparaciones entre estos dos bloques de tratamientos en lo que se refiere a los procesos inflamatorios y traumáticos, dado que las demás indicaciones que hemos expuesto para la laserterapia no son extensibles al resto de tratamientos físicos.

Estos sistemas terapéuticos, cuya utilidad y fiabilidad está fuera de dudas, son superados por la laserterapia en dos puntos fundamentales que son los que marcan la diferencia.

1.º La aplicación: mientras el láser se puede aplicar de forma puntual sobre la lesión, (piensen que el diámetro de la fibra óptica es de 2 mm.), el resto de sistemas presentan dificultades en la colocación de los cabezales o de los electrodos, según los casos, en la zona que deseamos tratar, con lo que el efecto obtenido no es el 100% de la capacidad terapéutica del aparato utilizado.

2.º Frente a los efectos exclusivamente analgésico y antiinflamatorio, oponemos los efectos analgésico, antiinflamatorio, antiedematoso y trófico celular de la laserterapia.

Hay otro aspecto del láser que no debemos olvidar y es la posibilidad que tenemos de utilizarlo en acupuntura; en efecto, podemos estimular o sedar los puntos utilizados en acupuntura mediante el láser He-Ne, con lo que conseguiremos una ayuda más para reducir la duración de los tratamientos, sin necesidad de agujas, lo que nos permite utilizar cuantos puntos creamos convenientes, sin producir ninguna molestia al paciente, cuestión que éste siempre agradece, como saben muy bien aquellos de ustedes que practiquen esta milenaria e infravalorada técnica.

CONTRAINDICACIONES

La laserterapia tiene muy pocas contraindicaciones y utilizada sobre el pie prácticamente ninguna, excepción hecha de los procesos neoplásicos. Se está investigando sobre la posibilidad de tratar estos casos con láser, pero por el momento no hay ninguna conclusión definitiva, por lo que ante la duda más vale abstenerse. Tampoco hay que actuar sobre zonas infectadas hasta que la infección haya sido erradicada.

Para finalizar este trabajo quisiera hacer hincapié en dos puntos que considero importantes.

Al hablar del tratamiento con láser utilizamos a menudo la palabra "IRRADIAR". Ello no significa que el láser sea una radiación ionizante o radiactiva, nada más lejos de la realidad. Podemos manejar los láser de baja potencia con toda tranquilidad respecto a este punto.

Por otra parte, tampoco es mi deseo que lleguen ustedes a la conclusión de que la laserterapia es el "cúralo todo, aquella panacea" que desde épocas remotas la humanidad ha estado tan afanosamente persiguiendo, pues en tal caso estarían incurriendo en un grave error. El láser es, por el momento, un nuevo camino que la ciencia ha trazado a los profesionales de la Sanidad y somos nosotros, y sólo nosotros, lo que tenemos la responsabilidad de situarlo en el lugar que le corresponde sin que ello represente, naturalmente, menoscabo alguno respecto a otras posibilidades terapéuticas que nos pueda proporcionar la investigación podológica en el futuro, un futuro, que esperamos, sea fructífero.

BIBLIOGRAFIA

CISNEROS VELA, J.M. "La terapia de láser en el envejecimiento cutáneo", Boletín del Centro documentación láser, Centro de Documentación Láser, Barcelona, n.º 4, agosto 1985, pp. 4-7.

COLLS, J. "La terapia láser, hoy". Centro Documentación láser Meditec, S.A., Barcelona 1984.

ZARAGOZA, J.R. Cátedra de Radiología y Medicina Física de Sevilla. 11 Curso de Laserterapia, Valencia 1984.

CURSO DE ANATOMIA CLINICA

El Curso de Anatomía Clínica en su IV edición se celebrará coincidiendo con un viernes, sábado y domingo aún por concretar del mes de noviembre del presente año, en el Departamento de Anatomía de la Universidad Complutense como ya es habitual.

El programa variará ligeramente con respecto al de años anteriores, siendo el principal cambio la reducción del número de asistentes para hacerlo aún más práctico y provechoso; incluso se está estudiando la posibilidad de entregar a los inscritos diapositivas de la disección y anatomía de las zonas más interesantes para su posterior repaso en casa.

Dado que el n.º de plazas se verá sensiblemente reducido, todos aquellos compañeros interesados, deberán hacer cuanto antes la reserva POR ESCRITO dirigido a esta Asociación Madrileña de Podólogos, donde se irán anotando por ESTRICTO ORDEN DE LLEGADA, y una vez ultimado el programa les será remitido junto a las condiciones para matricularse que no diferirán mucho de las del año pasado. La carta deberá dirigirse a:

Asociación Madrileña de Podólogos
CURSO DE ANATOMIA
C/ San Bernardo, 74
28015 MADRID

I CONGRESO EUROPEO DE PODOLOGIA

La Asociación Europea de Podólogos, tiene el honor de poner en conocimiento de todos los PODOLOGOS españoles, que durante los días, **26, 27 y 28 de JUNIO de 1987, se va a celebrar en BRUSELAS,** el I Congreso Europeo de Podología, al que desde ahora esperamos prestéis la máxima atención por tratarse de una manifestación Podológica de primera magnitud, por dos conceptos:

1.º El intercambio de conocimientos con los profesionales de los diferentes países de Europa.

2.º Por tener lugar el Congreso en BRUSELAS, capital de la Comunidad Económica Europea, donde daremos a conocer a las autoridades de la Comunidad, la importancia de la Podología en Europa.

Por ello es necesario que de una forma masiva, España, esté presente por ser indiscutiblemente avanzada de la Podología en Europa.

Te iremos informando y... TE ESPERAMOS.

CIRUGIA DE LA EXOSTOSIS SUBUNGUEAL

LUIS PASCUA SAN MIGUEL
LEON

CIRUGIA DE LA EXOSTOSIS SUBUNGUEAL. EXOSTICECTOMIA ABIERTA

En la cirugía abierta en nuestra clínica de Podología se corren muchos riesgos, lo ideal es disponer de una habitación habilitada para quirófano, la CIRUGIA ABIERTA DEL HUESO es muy fácil la infección. En la Cirugía ambulatoria si no se dispone de quirófano, es aconsejable hacer la cirugía cerrada, en todas la EXOSTOSIS DEL PIE da muy buenos resultados la CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION que ha promovido y enseñado el Sr. AYCART.

En las figuras sobre la cirugía abierta vemos la incisión, ponemos al descubierto la EXOSTOSIS y según la técnica del DR. MERCADO con unas pinzas gubias cortantes se extirpa la EXOSTOSIS, después se sutura la herida con seda de 0000.

En la página siguiente vemos que se hace la incisión según la localización de la EXOSTOSIS, resección con pinza gubia cortante y sutura. Algunas veces como vemos en otra figura, se extirpa la uña, se reseca la exóstosis y se sutura según la figura.

Como postoperatorio un calzado adecuado según la figura, es importante.

Si con la descripción de las figuras (una imagen vale más que mil palabras), he conseguido que algunos podólogos conozcan y perfeccionen algunas de las técnicas me daré por muy satisfecho.

REFERENCIAS

MERCADO. D.P.M. An Atlas of Foot Surgery. Volumen 1 Forefoot Surgery. Atlas de cirugía del pie. Cirugía del antepie.

MARVIN SANDLER. D.P.M. Your Gride to Foot Care. (Guía de los tratamientos y cura de los pies).

DABER. Diseases of the Nails and Therir Management (Enfermedades de las uñas y tratamientos) 1985.

KOZAK. Managemente of Diabetic foot Problemes (Tratamiento del pie diatético) 1984.

MCMINN. Foot and Ancle Anatomy. Anatomía del pie y tobillo.

MARCUS. Complication in Foot Surgery Prevention and Management. Complicaciones en la cirugía del pie y tratamientos. 1984.

WEE. Atlas Improved Surgical Procedures for Common Foot Disorders. Atlas de cirugía del pie. Cirugía de la uña y dedo en martillo.

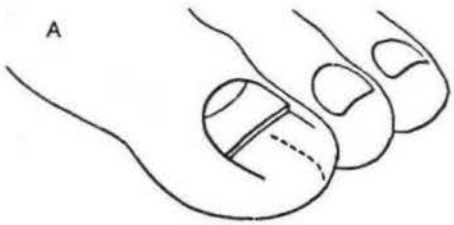
GORMAN. D.P.M. Minimal Incision Surgery and Laser Surgery in Podiatry. Mínima incisión cirugía y cirugía de láser en podiatría. 1983.

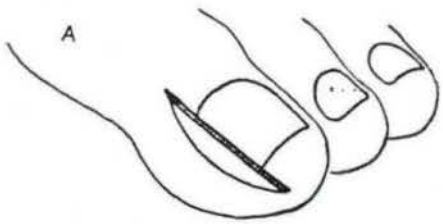
AESCULAP. Catálogo de instrumentos para ortopedía y traumatología.

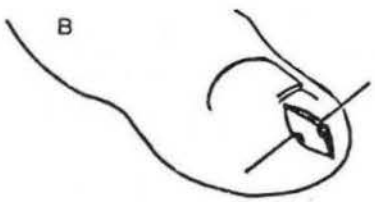
HYMES. D.P.M. Forefot Minimun Incision Surgery in Podatric Medicine. Cirugía de la mínima incisión en podiatría medicina.

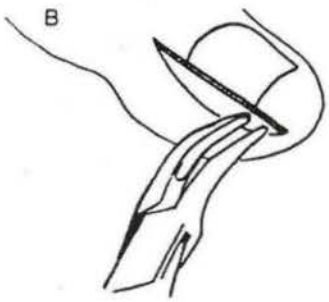
MOELLER. D.P.M. The Surgical Treatment of Digital Deformities. Tratamiento quirúrgico de las deformidades de los dedos.

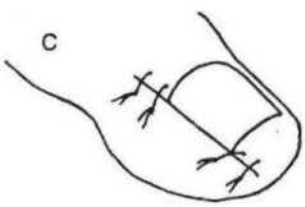
CIRUGIA DE LA EXOSTOSIS SUBUNGUEAL. EXOSTICECTOMIA ABIERTA

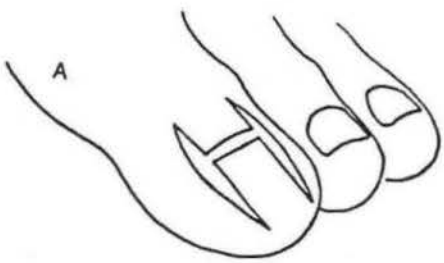


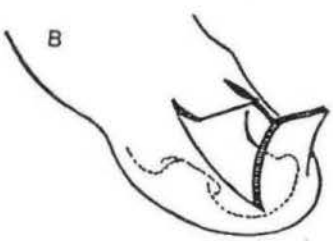


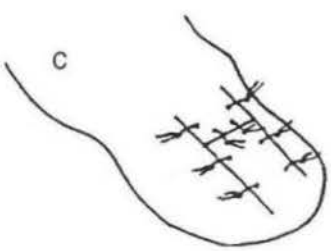


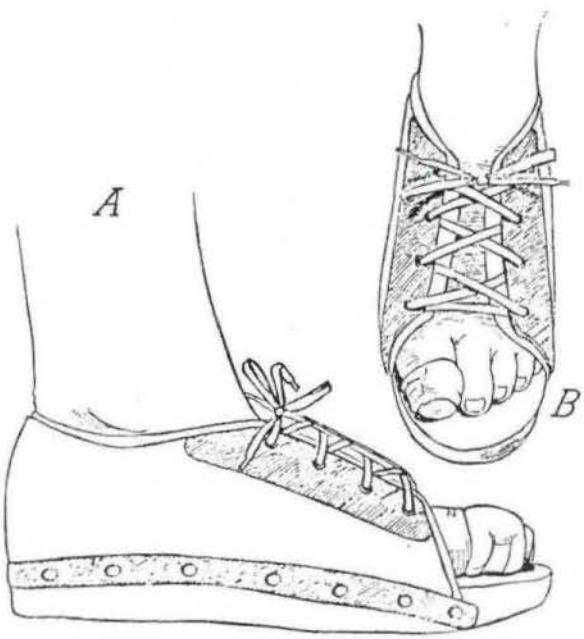






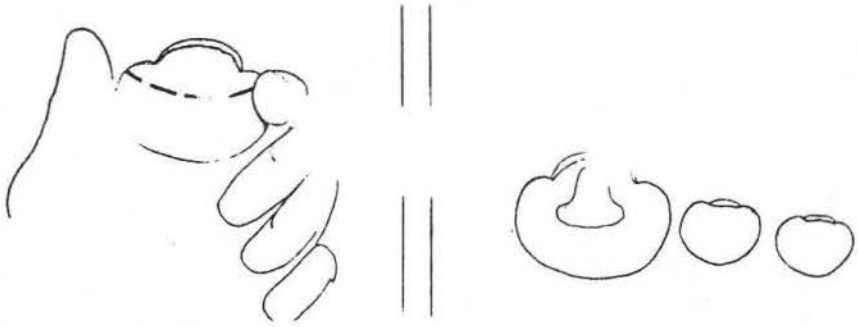


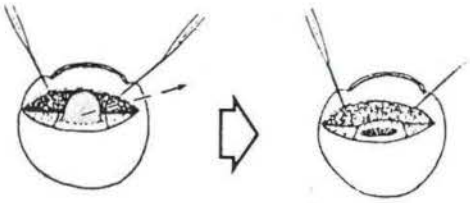


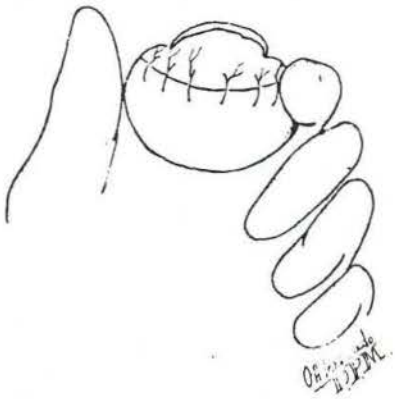


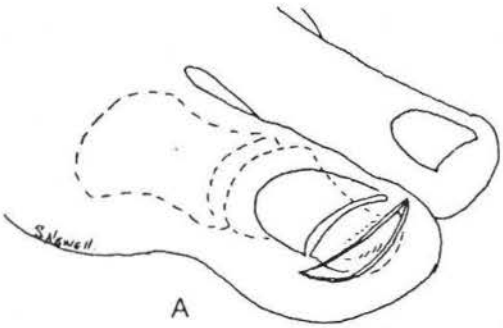
CIRUGIA DE LA EXOSTOSIS SUBUNGUEAL. EXOSTICECTOMIA ABIERTA

Técnica del Dr. Mercado

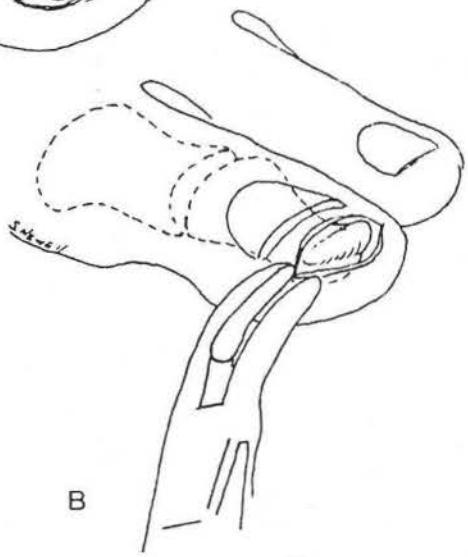






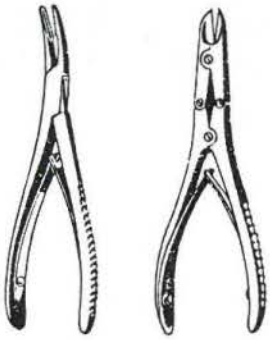


A



B

Pinzas-gubias
Pinzas cortantes



RESTAURADOR MANTO ACIDO

PROTECTOR
EPIDERMICO
PODOLOGICO

Mantener un pH adecuado resulta imprescindible para tratar de evitar infecciones de todo tipo. En los pies, además, corrigiendo los trastornos de la sudoración, tanto por exceso como por defecto, se tiene solucionada una buena parte de la salud de los mismos.

RESTAURADOR MANTO ACIDO, CPI, normaliza rápidamente la fisiología de la piel en los pies ante las permanentes agresiones diarias que éstos sufren, dejando la zona tratada: **TERSA, HIDRATADA, NUTRIDA** y con un **pH FISIOLOGICO** de 5,5. Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

COMPOSICION:

Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%;
Sustancias humectantes (Glicerina, Propilenglicol, etc.), 10%;
Derivados de lanolina, 2%;
Triglicéridos vegetales, 1%;
Aminoácidos y sales inorgánicas, 2%;
Emulsionantes no tensoactivos, 2,5%;
Acido láctico c.s.p. pH = 5,5.

INDICACIONES:

Alteraciones en la fisiología normal de la piel del pie regulando su hidratación, tanto en la excesiva sudoración como en la sequedad. Protección frente a microorganismos patógenos.

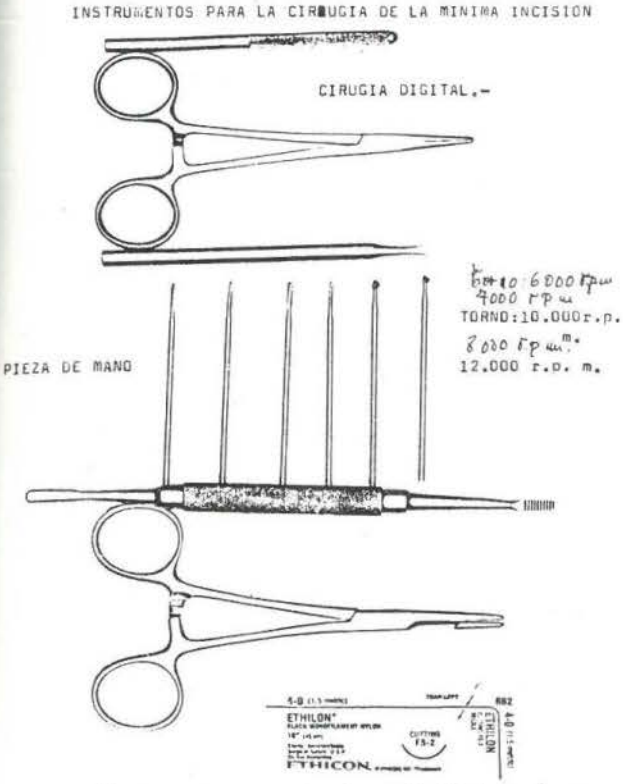
MODO DE EMPLEO:

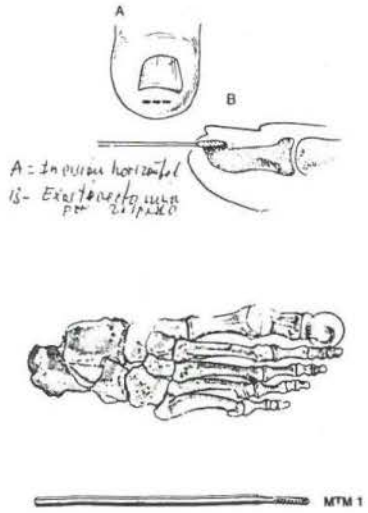
Tras el baño o ducha, extender la emulsión por todo el pie, friccionando suavemente. No deja sensación grasa.

PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 200 cc., 650 pts.

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL
Sagitario, 12
ALICANTE
España





Una vez comprobado radiológicamente la exóstosis subungueal, en dos proyecciones, dorso plantar y lateral, persuadido el paciente que la única forma de solucionar el problema es una pequeña intervención quirúrgica. Si le manda una analítica HEMATOLOGICA, V.S.G. HEMOGLOBINA. Glucosa en Sangre, Uricemia. Tiempo de hemorragia y coagulación. Protrombina.

Se le hace una exploración vascular: OSCILOMETRIA. DOPPLER, se le toma el pulso en las arterias tibial anterior, pedia, POPLITEA y FEMORAL.

Comprobada la analítica y la exploración vascular, se le cita al paciente un día determinado.

La ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL para la cirugía sobre el hueso es importantísimo, si se dispone de una habitación como quirófano, es lo ideal, pero con frecuencia lo hacemos donde hacemos las Quiropodias, es muy importante desinfectar con antisépticos adecuados el sillón podológico, las lámparas, etc.

La esterilización de batas instrumental lo ideal es disponer de un AUTOCLABE, metemos los instrumentos en el AUTOCLABE a 120º C ó 140º Centígrados, manteniéndolo durante 15 minutos.

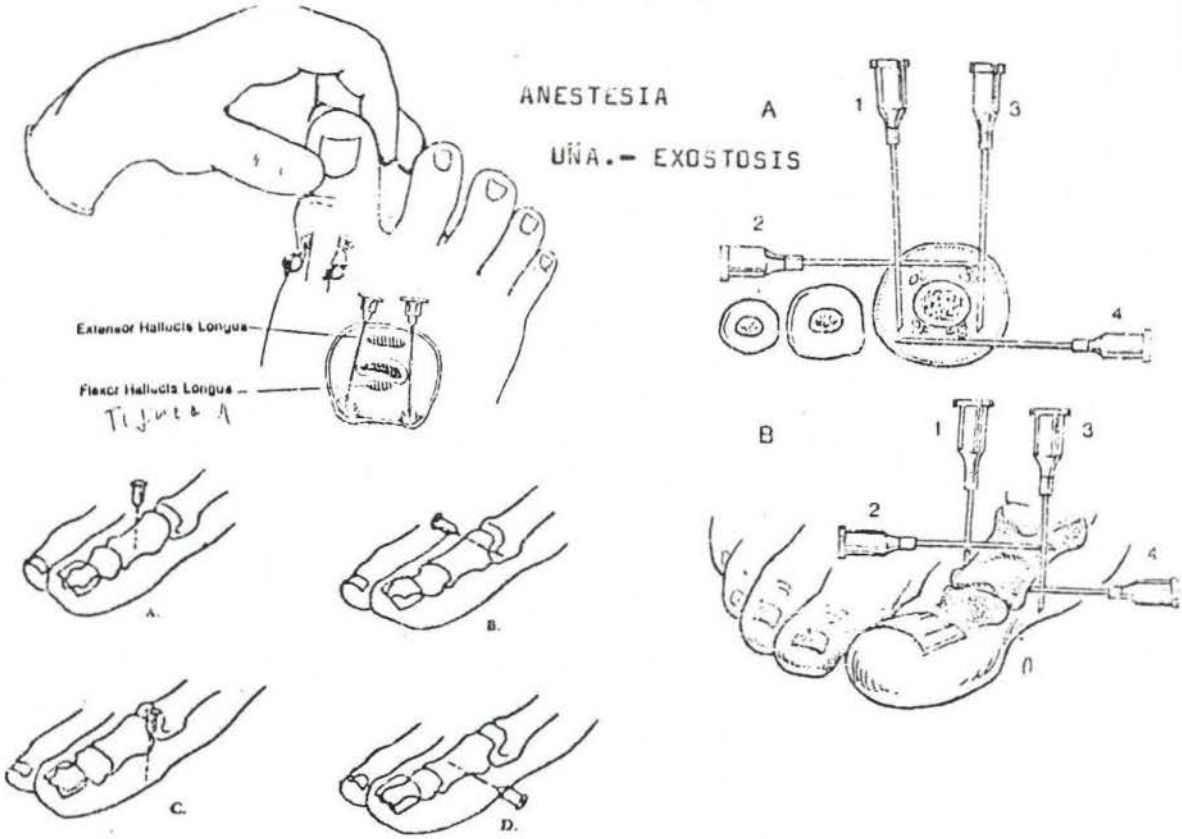
LA ASEPSIA TANTO DEL CAMPO OPERATORIO COMO EL INSTRUMENTAL tiene que ser muy severa, os pongo el ejemplo que intervenciones de CIRUGIA ORTOPEDICA ABIERTA una persona que entra en el quirófano sin mascarilla provoca una INFECCION EN EL HUESO.

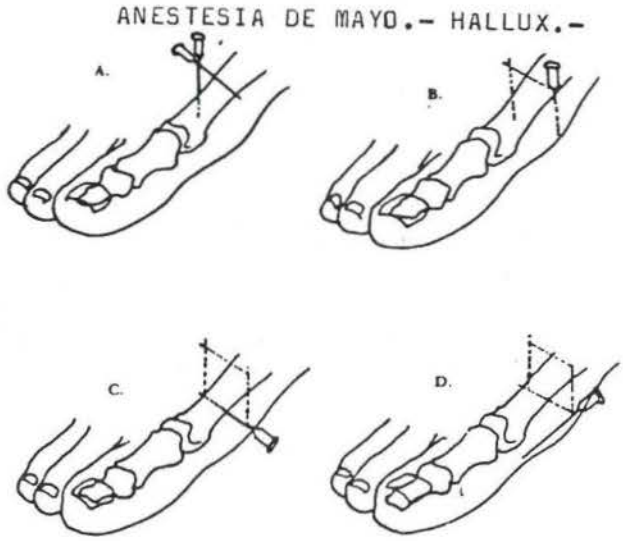
ANESTESIA LOCAL. Como decía el Profesor Guillén en el último curso de ANATOMIA CLINICA del pie, el paciente sobrevalora el dolor, y una parte importante del éxito quirúrgico está en la ANESTESIA LOCAL, con la jeringa de DERMOJET se le dan dos disparon en la zona que van a inyectar la anestesia, antes habremos desinfectado el campo operatorio, mejor es todo el pie con JABON ANTISEPTICO y después ANTISEPTICOS QUIRURGICOS. Conviene que la anestesia esté templada, la más usada es LIDOCAINA al 1% y 2% SIN ADRENALINA, la ADRENALINA EN EL DEDO PRODUCE NECROSIS, la más usada es MEPIVACAINA al 1% y 2%.

Es muy importante poner nada más la anestesia justa, esperar un poco, que poner más anestesia.

En la figura 1 se puede anestesiar bien el dedo inyectando según la figura al lado del extensor largo del dedo gordo.

Obviamente antes de inyectar hay que aspirar. Como las figuras son muy explícitas no hago comentarios.





LA ANESTESIA DE MAYO del HALLUX muy conocida y aplicada por los podiatras americanos, se inyectan 2 cc. en el primer espacio según la figura A., se cambia la dirección de la aguja según la figura B, se inyecta 2 cc. de anestesia. El segundo pinchazo se hace según la figura C, se inyecta 2 cc.

De 5 a 6 cc. de XILOCAINA, NOVOCAINA, MEPIVOCAINA al 1% ó 2% es suficiente para operar HALLUX VALGUS. JUANETE DORSAL. OSTEOTOMIAS DEL PRIMER META etc.

La cirugía de la mínima incisión para la EXOSTOSIS SUBUNGUEAL (EXOSTICECTOMIA) de la falange distal del primer dedo o dedo gordo, suele dar mejores resultados que la cirugía abierta, hace unos meses leía en la Revista Española de Podología un trabajo científico escrito por el Sr. Gabin que decía que después de la extirpación de la Exostosis RECIDIVAN, cierto, yo conozco casos.

Tenemos que pensar que si extirpamos la Exostosis, si hay una uña ONICOGRIFOSICA al ir engrosando la uña producirá otra EXOSTOSIS, o si tenemos el dedo gordo en FLEXION DORSAL, los microtraumatismos de la uña hará que el proceso vuelva otra vez. Hay que poner los medios previo estudio de la biomecánica del pie, aplicarle una terapéutica adecuada, a veces hay que hacer una tenotomía del flexor del dedo gordo, la extirpación de la uña ya sea total o lateral según la localización de la Exostosis, una ORTOSIS DE SILICONA postoperatoria. El paciente cuando va a la consulta de Podología es por el callo, lo que le duele es el callo, debajo del callo está la EXOSTOSIS SUBYACENTE.

En las figuras del maestro en CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION HYMES, se ve claro donde se hace la incisión y con una lima adecuada para esta clase de cirugía se hace como indica la figura, otras veces depende de la localización de la exóstosis haremos la incisión lateral y según la figura se raspa la exóstosis.

Si en vez de utilizar las limas usamos las fresas la más adeucada es Shannon 44 o shanon 42, los tornos de 6.000 r.p.m. a 12.000 r.p.m., al iniciarse es mejor usar tornos de poca potencia, por palpación se nota muy bien cuando se ha eliminado la Exóstosis, que como no se pone torniquete para que la sangre arrastre la pasta del hueso, después de lavado con suero fisiológico, podemos usar para limpiar mejor cucharillas adecuadas.

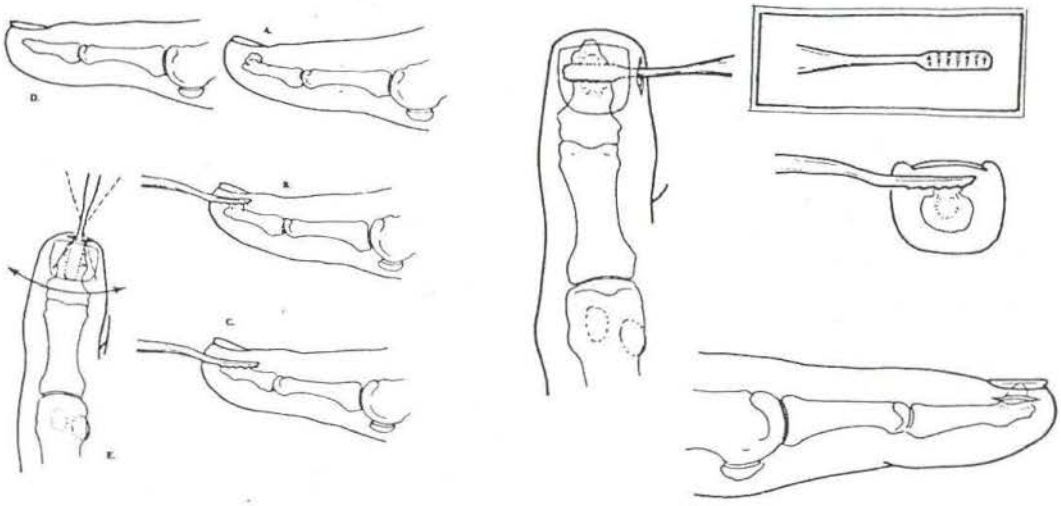
No hace falta poner puntos, se le pone un vendaje que para evitar el edema postoperatorio usamos venda de COBAN, la infiltración de DECADRAN. Un cuarto de DEXAMETASONA lo podemos mezclar con la Anestesia o aplicarlo después de la intervención. Los Podiatras lo aplican después tanto a cielo abierto como cerrado.

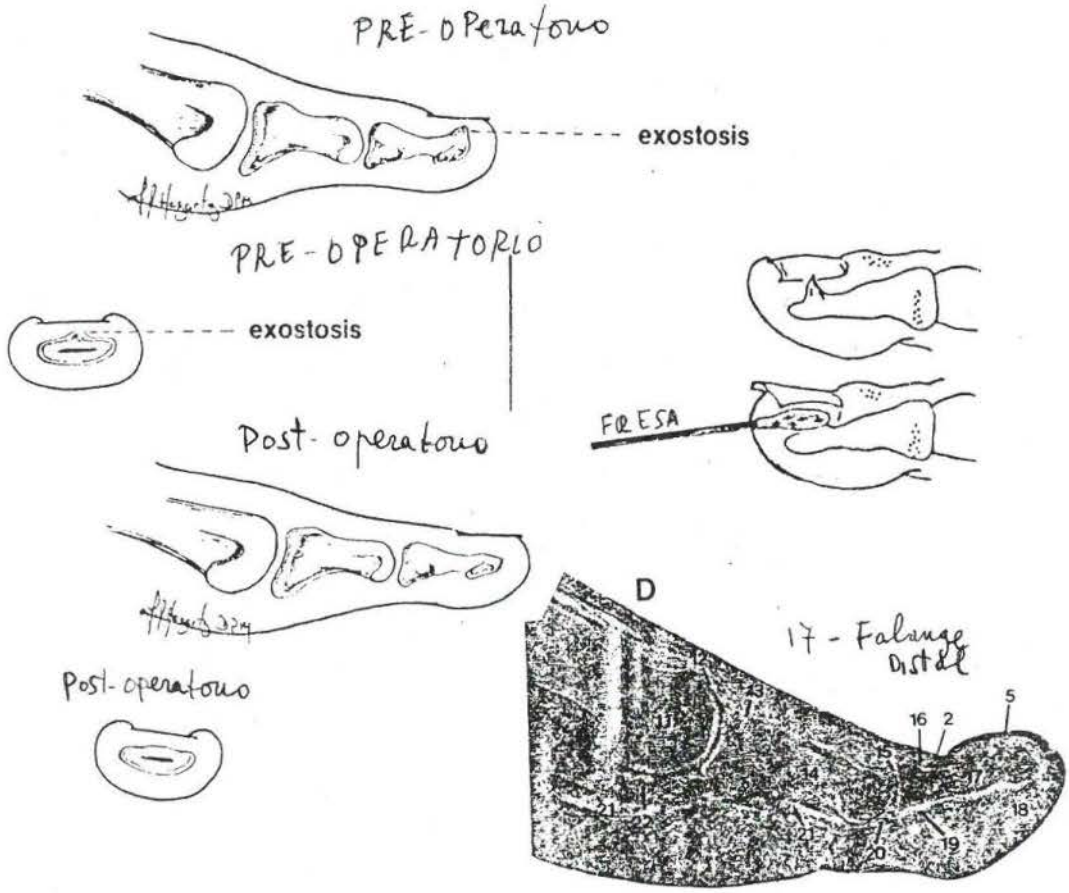
Indicar al paciente que eleve la pierna, puede desplazarse por la casa. Hay podiatras que antes de poner el apósito lo empapan de betadine, solución quirúrgica, o poner un antibiótico en polvos, Postoperatoria antibiótico, antiinflamatorio y analgésico.

La primera cura la hago al día siguiente, ya que sangró y puede ser un foco de infección.

El postoperatorio es indoloro.

CIRUGIA MINIMA INCISION EXOSTOSIS SUBUNGUEAL





ATRIBUCIONES PROFESIONALES Y PODOLOGIA

El paso del tiempo va creando en la sociedad nuevas circunstancias y necesidades y en su consecuencia las profesiones se actualizan robustecen sus conocimientos y competencias y aumentan sus atribuciones, dando lugar a un servicio más eficaz y a un ejercicio más lógico y humano.

Así vemos que el gobierno francés ha autorizado a las Matronas a prescribir los medicamentos que precisen en su habitual quehacer profesional, dentro de unas amplias listas previamente aprobadas. Ello es justo y aplaudimos la acertada medida, ya que en partos normales la profesional técnica es la Matrona, y logicamente bajo su personal responsabilidad, debe prescribir los fármacos que el cumplimiento de su noble misión requiera. Las Matronas españolas están ya tardando en seguir el ejemplo y recabar de los poderes públicos idénticas facultades que sus colegas del vecino país.

Los Ingenieros y Arquitectos Técnicos, acaban de ver aumentadas sus atribuciones profesionales en virtud de una Ley que se encuentra ya en el Senado, para su definitiva aprobación. En virtud de ella, estos profesionales de Grado Medio podrán firmar planos y entender en proyectos de su especialidad sin ninguna limitación. Nada más lógico y razonable, si se tiene en cuenta que son ellos los auténticos técnicos en sus respectivas parcelas. Todo argumento en contrario, mientras no tenga otro sentido que la defensa de viejos privilegios y de particulares intereses, se descalifica por sí mismo y así lo ha entendido el gobierno.

¿Y qué decir de los Podólogos? Ellos son también Técnicos de Grado Medio, con formación de bachiller superior, tres años de Escuela Universitañria y dos más en una Escuela Oficial de Podología adscrita a una Facultad de Medicina. Es decir, dos años más que cualquier otro profesional de Grado Medio. El Podólogo es el único responsable, legalmente autorizado, para el tratamiento de los males de los pies y su profesión ha logrado mediante el estudio y el esfuerzo colectivo, un prestigio que la coloca sin el menor género de dudas en el primer puesto en Europa. Y en el segundo en el mundo, tras los Estados Unidos donde el Podólogo tiene el carácter de doctor. Es lógico entonces, que este profesional tenga la facultad de prescribir, bajo su responsabilidad, los productos o substancias que requiera el tratamiento de los pies que la ley les tiene expresamente confiados. El tener que recurrir a otro profesional ajeno a su especialidad, para proveerse de los medios necesarios para cumplir correctamente su misión, es una monstruosidad jurídica que debe resolverse de inmediato. Procediendo con ellos de igual forma que con los profesionales de su misma clase, antes mencionados. La justicia y la razón están sobradamente de su parte.

Miguel Hernández
Sta. Cruz de La Palma

ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

SR. D.
MIGUEL HERNANDEZ

En primer lugar darte la razón en cuanto que es una incongruencia que no esté regulada para el podólogo la prescripción de los medicamentos necesarios. Cuestión a la que habrá que dedicar un gran apoyo tras la aprobación de nuestro Real Decreto.

Ahora bien, la Orden del 14 de Agosto de 1965 (vigente en la actualidad) enumera la lista de medicamentos que para su dispensación requiere receta médica. No están en esa lista un gran número de preparados que no necesitan por lo tanto de receta médica y que pueden ser dispensados sin este requisito a solicitud de la portera del caso.

Por lo tanto hay formas de posibilitar dentro de la Ley el tratamiento requerido aunque limitado.

No podemos recetar y menos de la lista adjunta, pero podemos indicar específicos que no estén en ella.

Afectuosamente,

J.J. ARAOLAZA

12927 **Orden 14 de agosto 1965 (m.º Gob., B.O. 28 sept.). Normas para la dispensación de los medicamentos que indica.**

1.º Para la dispensación en las oficinas de farmacia de los medicamentos y especialidades farmacéuticas incluidos en los grupos farmacológicos y de medicamentos específicos que se determinan en el Anexo de la presente Orden, será requisito indispensable la prescripción facultativa en receta firmada por el Médico, en la que constará el número de colegiado del mismo y la fecha de prescripción.

2.º La vigencia de la receta será de diez días, a partir de la fecha de su prescripción, y solamente será válida para una dispensación. Sin embargo en tratamientos de larga duración, podrá utilizarse la receta para varias dispensaciones, hasta un período máximo de tres meses, siempre que así lo haga constar el facultativo en la receta.

3.º El farmacéutico, en el momento de la dispensación de medicamentos o especialidades farmacéuticas a que se contrae la presente norma, copiará y registrará la receta en el libro oficial. En la receta, que será sellada, consignará el número que le corresponde en el libro oficial de registro y la fecha de dispensación.

En el caso de que en la misma receta hubiere más de una prescripción y el farmecéutico no pudiera dispensar en ese momento algún medicamento o especialidad farmacéutica de los prescritos, lo hará constar anotando aquellas que hubiera dispensado.

4.º Los laboratorios habrán de fijar en los envases de las especialidades comprendidas en los grupos farmacológicos o medicamentos específicos señalados en el Anexo la leyenda "con receta médica".

5.º El incumplimiento de lo dispuesto en la presente Orden será sancionado en la forma prevista en el art. 23 del Regl. de Especialidades Farmacéuticas, según establece el D. de 3 de dic. 1959.

El D. 3 dic. 1959, núm. 2201/59 (M.º Gob., B.O. 15.R. 1738), dispone:

Artículo único. Los artículos 21 y 23 del Regl. de Especialidades Farmacéuticas, de 9 febrero 1924 (n.º 12016), quedarán redactados de la siguiente manera:

(Téngase en cuenta el D. 10 agosto 1963, n.º 12055).

Art. 21. Todas las especialidades farmacéuticas que se presenten a registro serán analizadas y dictaminadas por el Centro Técnico de Farmacobiología.

Tanto por lo que se refiere a las especialidades que en lo sucesivo se presenten a registro como a las que ya están registradas, si se plantea alguna duda que pudiera dar lugar, por iniciativa de la Administración, a suprimir la especialidad o a modificarla esencialmente, la Dir. Gral. de Sanidad solicitará informe del referido Centro Técnico de Farmacobiología.

Los informes de dicho Centro sobre los medicamentos no podrán ser publicados ni referidos en los impresos o en la propaganda, bastando consignar que están reglamentariamente registrados.

La Dir. Gral. de Sanidad, a la vista del informe del Centro Técnico de Farmacobiología, podrá denegar el registro de una especialidad o concederlo. En este último caso, si después de inscrita se comprobase alteración en la composición declarada no sólo en la cantidad, como asimismo en lo concerniente al precio y a la forma de presentación de sus envases y etiquetas previa la instrucción del expediente a que haya lugar, con audiencia del interesado, el laboratorio productor será sancionado, como igualmente el Director técnico, o los dos, según sea la falta cometida.

En estos casos las sanciones a imponer aislada o conjuntamente por el M.º Gob. podrán consistir en multa y supresión de la especialidad con carácter temporal o definitivo, sinperjuicio del decomiso a que pueda haber lugar y de las responsabilidades que correspondan a otras jurisdicciones.

Las multas podrán ser hasta de 10.000 pesetas la primera vez, y en caso de reincidencia, de 10.000 a 50.000 pesetas.

La infracción de las obligaciones establecidas para el normal funcionamiento de los laboratorios de especialidades farmacéuticas, tales como la continuidad en la constitución de la sociedad propietaria: la de residencia en la misma plaza; la de preparar los medicamentos en supropio laboratorio y no elaborar, envasar ni almacenar los que sean de la propiedad de otro; la legalización y permanencia de la Dirección Técnica, el mantenimiento de medios de análisis y control; el cumplimiento de las normas comerciales establecidas por las autoridades sanitarias, el respeto a al legislación de estupefacientes; la realización del control de los medicamentos especiales antes de su venta; la práctica en su propaganda y relaciones profesionales de las normas deontológicas mínimas establecidas y, en general, cualquiera otra de naturaleza analóga será sancionada en la misma cuantía y en idéntica forma que la consignada en elpárrafo anterior, pudiendo llegar en casos graves al cierre o clausura del laboratorio.

Las multas y supresión de la especialidad con carácter definitivo, cuando se trate de no reincidentes, serán acordadas por el Director general de Sanidad.

Las sanciones a los reincidentes y, en todo caso, el cierre o clausura de los laboratorios, se acordarán por el Ministerio de la Gobernación.

En cuanto a las especialidades farmacéuticas de uso veterinario, se estará a lo dispuesto en el ap. 13 de la base 16 de la Ley 25 nov. 1944 (n.º 27017).

Art. 23 Los almacenistas de drogas productos y espcialidades farmacéuticas y plantas medicinales sólo podrán vender especialidades farmacéuticas a las oficinas de Farmacia legalmente establecidas quedándoles prohibida la venta de las mismas al público. Toda persona natural o jurídica que no estando autorizada trafique con especialidades farmacéuticas incurrirá en la sanción correspondiente. Será también responsables los farmacéuticos que dispensen sin receta de facultativo las especialidades en que así esté ordenado y conste en la etiqueta.

En estos casos las infracciones será sancionadas con multas de hasta 5.000 pts. la primera vez por el Director general de Sanidad y en caso de reincidencia con multa de 5.000 a 25.000 pts. por el Minsitro de la Gobernación quien asimismo podrá acordar el cierre temporal o definitivo del establecimiento bien como sanción única, bien como complemento de la multa.

6.º Se faculta a la Dir. Gral. de Sanidad para modificar por Resolución el contenido del Anexo, respecto a inclusión o exclusión de grupos farmacológicos o medicamentos específicos.

7.º Los laboratorios gozarán del plazo de un año, a partir de la entrada en vigor de la presente Orden, para cumplimentar lo dispuesto en el núm. 4, respecto de las especialidades que tuvieran en el mercado.

8.º La presente disposición entrará en vigor el día 1 nov. del presente año.

ANEXO

I. Preparados que contengan algún producto estupefacientes de la listall, parobada por las Naciones Unidas en la Convención única sobre estupefaciones.
II. Anestésicos generales.
III. Anticoagulantes.
IV. Anticonvulsivos.
V. Antiepilépticos.
VI. Preparados antihemorrágicos de alcaloides del cornezuelo de centeno y derivados.
VII. Antileprosos, antipalúdicos y leishmanicidas específicos.
VIII. Preparados biológicos: Sueros y antitoxinas.
IX. Citostáticos.
X. Antileucémicos.
XI. Corticosteroides inyectables.
XII. Diuréticos mercuriales.
XIII. Fungostáticos y fungicidas, excepto los de aplicación local.
XIV. Otras hormonas y productos de acción hormonal, excepto anabolizantes de uso oral en mezclas complejas de uso tópico.
XV. Barbitúricos.
XVI. Anfetaminas.
XVII. Medios internos de diagnóstico.
XVIII. Occitócicos.

Redactado el Anexo con las modificaciones del ap. 1.º de Res. 2 nov. 1965 (Dr. Gral. Sanidad B.O. 25. R. 2041), que además, dispone:

2.º Si algún preparado de los que por su composición debiera estar incluido en el anexo fuese considerado por el interesado como susceptible de ser expendido sin necesidad de receta médica a causa de su especial fórmula, indicaciones terapéuticas o moderada dosis de los productos activos que lo integran, podrá ser declarado por esta Dirección General exento de tales formalidades de venta, a petición del titular del mismo.

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel.

P.V.P.
333,— Ptas.

No precisan apositos ni vendajes.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
227,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

CIRUGIA PODOLOGICA, UNA ALTERNATIVA EN DESARROLLO

Javier Aycart Testa
Manuel González Sanjuan
MADRID

INDICE

INTRODUCCION

La cirugía se nos presenta como una baza a jugar en los próximos tiempos, ya que las técnicas se multiplican ampliando considerablemente el campo profesional.

Para llegar a alcanzar el alto "status" profesional que en la actualidad tiene el podólogo norteamericano, a pesar de no contar en sus orígenes con el apoyo legal que de siempre tiene la Podología en España, es preciso que la CIRUGIA PODOLOGICA se desarrolle y sea puesta en práctica, con acierto, por los podólogos.

Con la intención de contribuir a este fin cuestionamos ante el elenco de profesionales las indicaciones de la MINIMUN INCISION SURGERY (M.I.S.), en este momento estamos limitando nuestra intervención a un modo de hacer, el de la CIRUGIA AMBULATORIA. Previamente se analizarán los diferentes criterios decisorios entre tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico, para finalizar señalando la necesidad de dar nueva pauta al espectro formativo del Podólogo.

CRITERIO DECISORIO ENTRE TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUIRURGICO

Es difícil resumir aspectos múltiples y complejos, que a su vez se ven influenciados por circunstancias externas, en base a las cuales decidir el tratamiento a seguir. De suerte que nosotros mismos en momentos diferentes, podemos modificar una decisión previa sin que ello signifique error alguno.

Ante un paciente que presenta patología susceptible de tratamiento conservador y quirúrgico debemos analizar: su CONDICION FISICA, CONDICIONANTES PERSONALES y las INFLUENCIAS EXTERNAS que puedan incidir en la relación paciente-podólogo.

Condición física

Podemos comenzar por tomar en consideración la EDAD, a este respecto valoraremos la relación edad cronológica y edad aparente de donde se puede deducir el estado general de salud, o cuando menos la rapidez de involución.

En general existe una relación directa entre edad y agudeza visual, agilidad y flexibilidad, facultades que se requieren para actos tan simples como la colocación acertada de una ortosis, el cuidado de las uñas o, en síntesis, la higiene personal del pie.

El estadío y la vida sexual, en relación o no con la edad, tiene en ocasiones manifestaciones podálicas.

La SALUD del paciente tiene múltiples aferencias con las actuaciones del podólogo. El padecimiento de diabetes es una razón suficiente para procurar la solución definitiva de los problemas podológicos, ya que la recaída o padecimiento cronificado de un heloma, uña incarnada, etc., implica riesto reiterado de infección. Tanto en este caso como en cualquier otra discrasia, ya sea hemostática o tóxica esta indicada la cirugía.

En toda enfermedad en fase de estado es posible un control de la misma, momento este de realizar la intervención con todo tipo de precauciones. La concurrencia de patología sistémica y podológica nos situa en ocasiones ante una valoración de doble sentido, de suerte que: si las dos alteraciones son importantes o siendo grave la sistémica es mínima la del pie seguiremos un tratamiento conservador. Cuando el tratamiento quirúrgico del pie pueda significar agravamiento o descompensación de enfermedad sistémica también evitaremos la intervención quirúrgica.

Si nos encontramos ante una enfermedad invalidante la decisión se ha de tomar en razón a las limitaciones o a la velocidad de instauración de las mismas.

Condicionantes personales

Todos ellos pueden considerarse triviales pero nos enfrentamos diariamente con estas circunstancias, y en ocasiones no estar preparados para realizar una intervención y resolver definitivamente el problema supone que aquel paciente tenga que recurrir a otro profesional, ya sea médico o podólogo.

En otros casos tales como: la dificultad para acudir a consulta con frecuencia o de fijar una hora previa de consulta, la proximidad de un viaje o del Servicio Militar, la situación económica del enfermo o el imperativo estético, podrán decidirnos hacia la opción quirúrgica.

Influencias externas

Cuando un paciente entra por la puerta de nuestra consulta ya está siendo condicionado, positiva o negativamente; si desde este momento se muestra confiado nosotros nos encontraremos en plena libertad de decisión. En ocasiones el paciente acude por referencias demandando, en su fuero interno, una demostración del poder curativo de nuestras técnicas, incluidas aquellas que pudieran parecer mágicas. Es ahora cuando debemos ganar su confianza en nuestra credibilidad y/o demostrar nuestra eficacia y competencia aún con medios desproporcionados.

Un ejemplo puede ser el supuesto de un heloma periungueal, en una persona que ha pasado de podólogo en podólogo, a quienes a recurrido siempre tarde, y que ha sufrido molestas manipulaciones sin que ellas hayan significado la curación.

Decidida la ablación radical del borde ungueal, y tras realizarla con todo lujo de detalles quirúrgicos, quedará probado el buen hacer del profesional.

Sólo en este momento será probable conseguir su atención para nuestros consejos y recomendaciones.

CAMPO DE APLICACION DE LA CIRUGIA AMBULATORIA Y DE MINIMA INCISION

Nos limitamos a la enumeración de los cuadros con indicación quirúrgica y con aplicación de técnicas de M.I.S.

En dedos

Desviaciones
Deformidades
Helomas: dorsal, interdigital, subungueal
Onicocriptosis y patología periungueal
Tumor glómico y condroma

En metatarso

Hallux valgus
Juanete de satre
Exóstosis del 5.º metatarsiano
Neuroma
Queratosis plantar

En tarso

Exostósis del calcáneo, espolón, Haglund, lateral
Otros cuadros son: Bursitis
Verrugas
Tofos gotosos

CONSIDERACIONES A TITULO DE COLOFON

Amigos, la historia de la Podología, según datos recopilados con rigor científico se remonta 5.000 años atrás; en Egipto ya se conocia y trataba el pie zambo congénito, la periostitis y la osteomielitis. La atención y cuidados que el hombre prestaba al pie esta reflejado en varios pasajes de la Biblia.

Entrando en el siglo XX, es en 1895 cuando se funda la primera asociación de quiropodístas del mundo: NEW YORK PEDIC SOCIETY.

En 1926 se establece una Consulta Podológica en la CLINICA MAYO, en la ciudad de Rochester, Minnesota.

En 1928 se abre otra clínica en el seno de un hospital en Boston.

Es en 1932 cuando FRANKLIN CHARLESWORTH funda la BRITISH ASSOCIATION OF CHIROPODY, y posteriormente en 1938 la BRITISH MEDICAL ASSOCIATION reconoce al quiropodista como auxiliar médico. Un año más tarde, en 1939, lo hace la AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION.

En 1957 se acuña el término PODOLOGIA, siendo reconocido oficialmente en 1960 por Gran Bretaña y en 1963 por U.S.A.

En España es reconocida legalmente la Especialidad en 1962, y con parquedad y cautela 15 años más tarde lo recoge la Real Academia de la Lengua.

En resumen, hace 50 años que nuestra profesión es reconocida por la clase médica y 30 que se define con su actual denominación.

Nos es difícil aceptar los "mutilados" planes de estudio actualmente en vigor, y que llegue a los estudiantes información sobre la Cirugía Podolígica por cauces que extrañan los intereses de la profesión.

La CIRUGIA AMBULATORIA del pie y en concreto la M.I.S. debe abrir brecha entre los profesionales, rompiendo las ligaduras del miedo "infundado", de suerte que alcance su perfeccionamiento el PODOLOGO, progrese la especialidad y se contribuya a un bien de la sociedad.

Desde esta tribuna queremos recabar de Vds. su apoyo en busca de la vía de entrada de la CIRUGIA en los planes de estudios. Y les sugerimos la reunión de quienes, sintiendo inquietudes respecto a la M.I.S., necesiten mantener un tráfico de experiencias con otros podólogos, tanto de España como del extranjero.

Cuando se habla de Podología se hace referencia al tratado del pie, su anatomía, fisiología, patología y tratamiento médico y quirúrgico, en esta definición deben de estar nuestras "METAS DE FORMACION" y los "LIMITES PROFESIONALES".

Existen asociaciones nacionales e internacionales de Podología de las cuales forman parte médicos ortopedistas o traumatólogos muy especializados en el pie, pues bien esta circunstancia, de la cual nos felicitamos, no puede significar que vayamos a aceptar ser desplazados y delimitados en las funciones que legalmente nos asisten, con menoscabo de la dignidad profesional, en virtud de la cual nos asiste el derecho de intentar seguir los adelantos de esta CIENCIA, que como tal ha de desarrollarse con el VALOR y POTESTAD de los PODOLOGOS.

COMENTARIOS DE LIBROS

SURGERY OF THE FOOT (CIRUGIA DEL PIE). 5.ª edición. Autor Roger Mann (M.D.), año 1986, 1.584 ilustraciones. Editorial Mosby. U.S.A. Precio 19.180 ptas.

El contenido del libro es el siguiente: BIOMECANICA DEL PIE Y TOBILLO. Principios de Exploración del pie y tobillo. Examen radiográfico del pie normal. HALLUX VALGUS y complicaciones del HALLUX. Deformidades de los dedos. Pie reumático. Artritis. Callos o helomas de la planta. Enfermedades de los nervios en el pie. Patología sesamoidea y accesorios. Casuística de afecciones de los pies. PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTOS CONSERVADORES EN LA OFICINA. Cirugía del pie y tobillo. Cirugía mayor del tobillo, tarso y mediotarso.

Enfermedades neurológicas en el pie. El pie miolodisplásico.

Parálisis cerebral y el pie. Cirugía del pie en las enfermedades motoras.

Enfermedades neurológicas adquiridas en el adulto en los pies.

Afecciones de los pies. Infecciones en los pies.

Dermatología y enfermedades de las uñas.

El pie diabético y amputaciones en los pies.

Traumatismo del pie y tobillo.

Alteraciones ligamentosas. Alteraciones en los tendones. Casuísticas.

El pie y la danza. Alteraciones del pie en la danza.

Deformidades congénitas del pie.

Fractura y dislocación en el tobillo.

Fracturas y dislocación del pie. Fracturas del calcáneo, astrágalo, cuboides.

Fracturas de las uñas, metatarsianos, falanges, sesamoideos, dislocación del astrágalo, dislocación del astrágalo-escafoides, dislocación cuñas cuboides. Dislocación metatarso falángica.

Este interesantísimo libro titulado CIRUGIA DEL PIE, que abarca los tratamientos conservadores y quirúrgicos de los pies, Biomecánica del pie y tobillo es de gran interés para el PODOLOGO y estudiantes de Podología.

LUIS PASCUA SAN MIGUEL
PODOLOGO. LEON

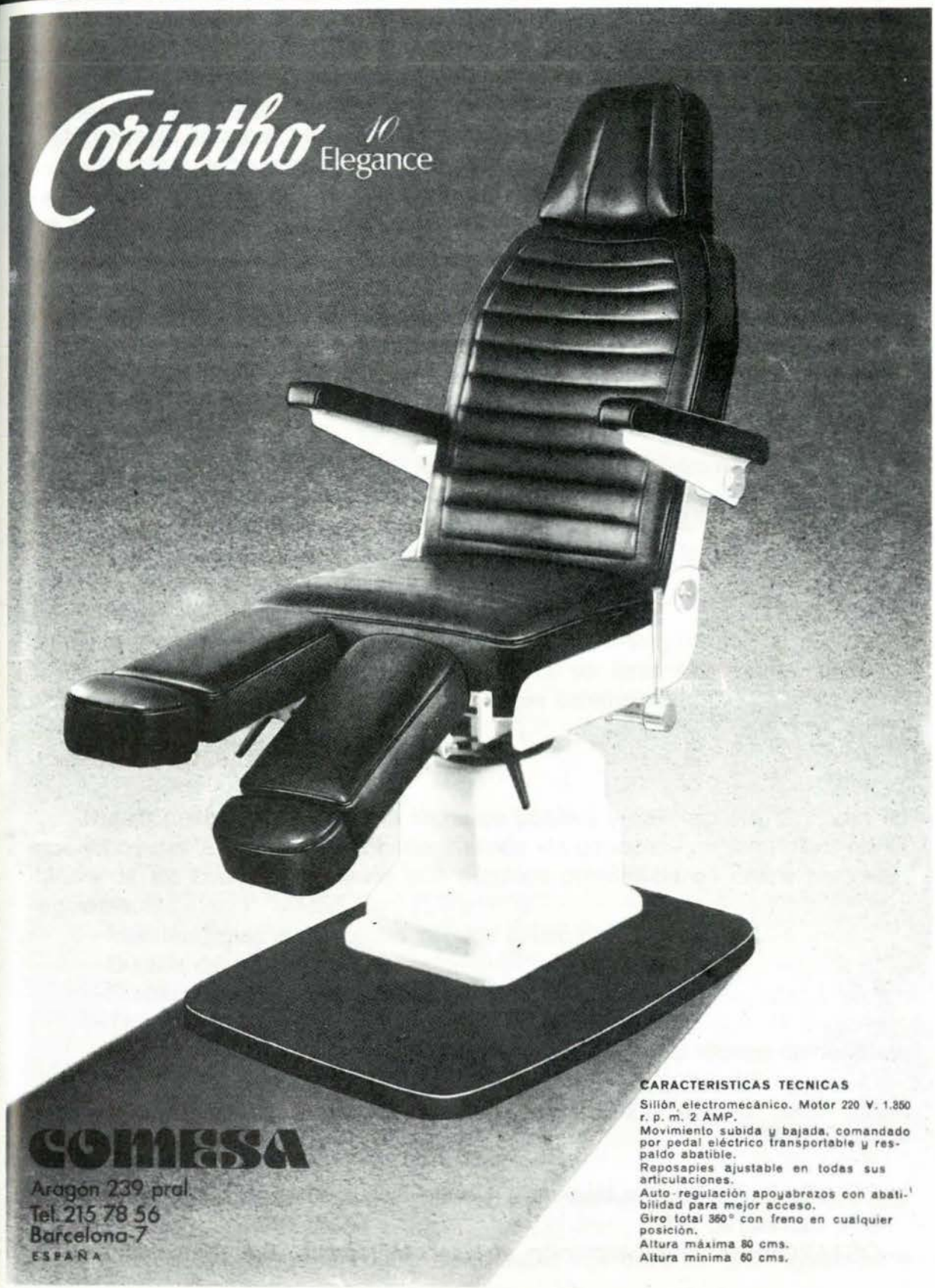
ZAPATOS DE SALON

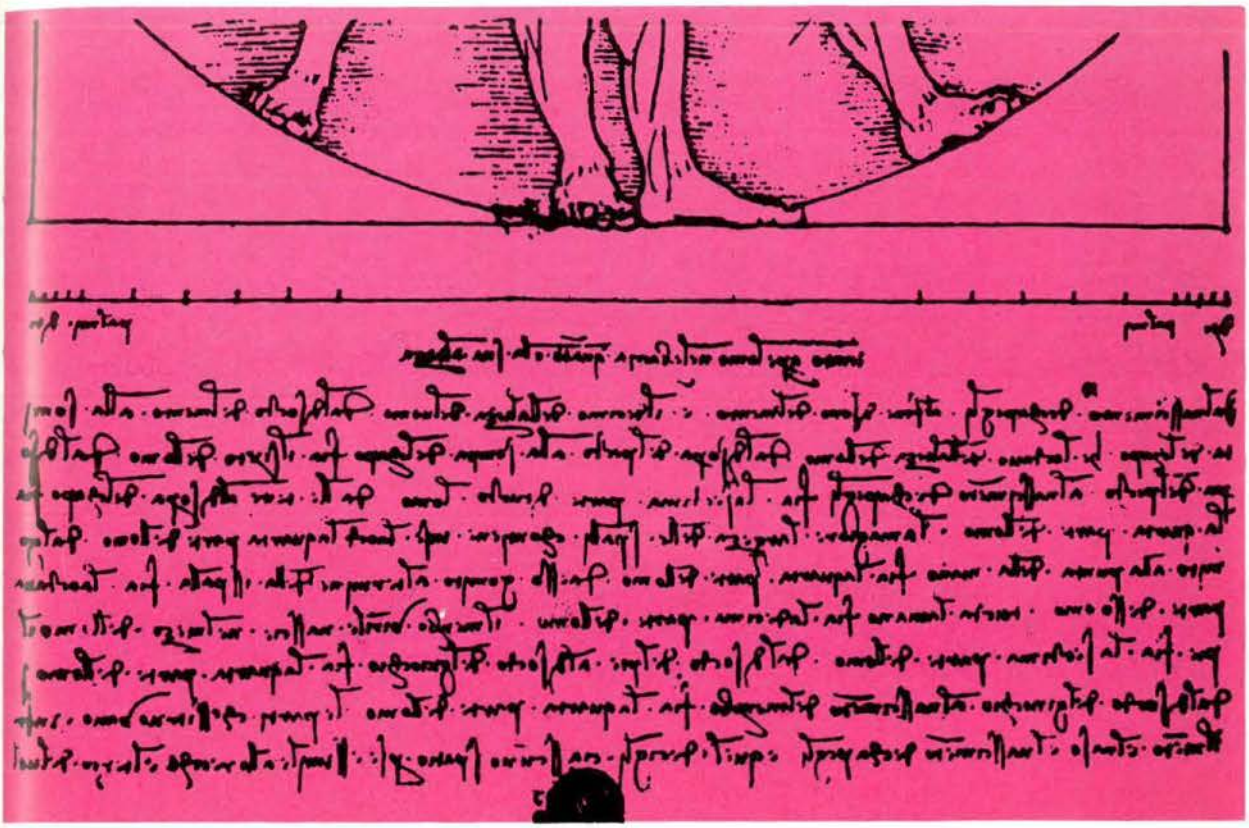
Utilizar siempre zapatos con tacón y de corte salón, lo más escotados posible. Los abotinados, reservarlos para los pantalones.

ZAPATOS DE SALON

Los modelos de corte salón alargan la pierna y son perfecto para tobillos más bien anchos. Cuanto más escotados, mejor, más esbeltez... El tacón es pieza clave en esta argumentación. Quien persiga la esbeltez, y no la tenga por otra de la naturaleza, que se acostumbre a llevarlos de la mañana a la noche, renunciando a los cómodos mocasines que producen exactamente el efecto contrario. Además le quitan gracia y armonía al andar. No es necesario recurrir al de aguja, uno medio (de 5 cm. aproximadamente) y un poco ancho será más que suficiente para obtener buenos resultados. Las que se resistan a esta solución, que piensen en esas alzas que existen en el mercado: metidas en el zapato a modo de plantilla, levantan unos centímetros del suelo. Respecto a las botas, que sean de caña larga y color oscuro, las de media pierna acortan la figura y no favorecen. De cualquier manera siempre es más aconsejable usar zapatos, dan un aire más ligero al total de la figura.

ANA SERRANO
Leído en la Revista "Complice"
Belleza n.º 9
Sin Comentarios


Corintho 10 Elegance
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.850 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.



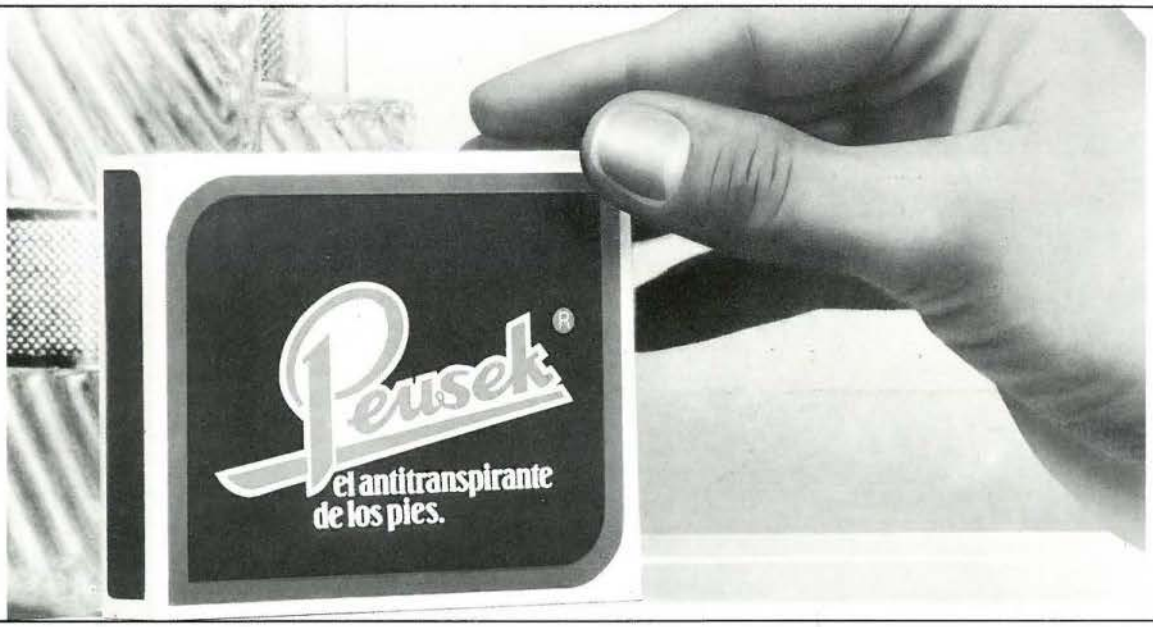
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

MARZO-ABRIL
1986

A.E.P.
n.º 104

PEUSEK®

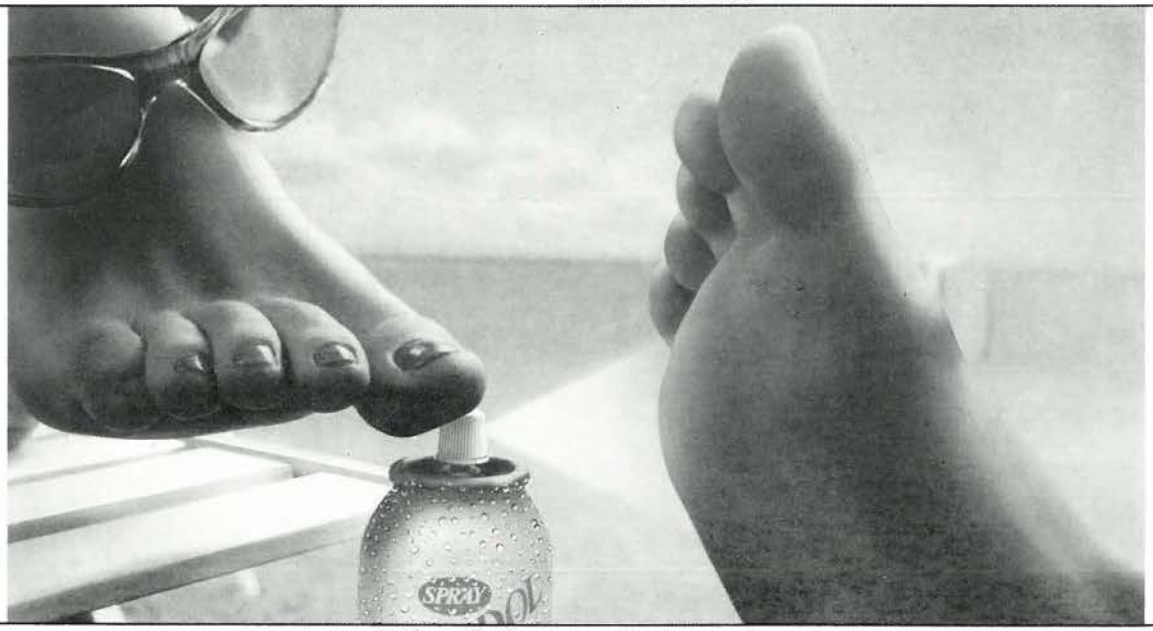
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION
P E U S E K , S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

ARCANDOL®

- DE ACCION REFRESCANTE Y DEFATIGANTE DE LOS PIES
- APLICADO ANTES Y DESPUES DEL USO DIARIO DE PLANTILLAS O ZAPATOS ORTOPEDICOS, MINIMIZA LAS MOLESTIAS DE ADAPTACION
- RECOMENDABLE A PERSONAS QUE FATIGAN SUS PIES EN EL TRABAJO HABITUAL, Y EN LA PRACTICA DE LOS DEPORTES.



El relajante de los pies

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
San Bernardo, 74
Teléfono 222 87 63
28015 - MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime
Repro. Garval
Lucero, 12
Telf.: 479 69 73
28047 - MADRID

Empresa de Publicidad
Garsi, S.L.
Londres, 17
28028 - MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215

SUMARIO

Rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

La Organización del Congreso de Zaragoza ha iniciado una modalidad de colaboración económica con los ponentes seleccionados, que creemos de justicia y acierto.

Año tras año, un grupo más o menos definido de podólogos se molesta en presentar las ponencias que son la base de los Congresos. Sin ponencias no hay Congreso.

El presentar una ponencia implica un gasto económico por su aspecto audiovisual, y una dedicación de tiempo en cuanto se trata de recopilar información en textos o de su propio archivo, y eso, cuando no ha adquirido la teoría o técnica que quiere participar a sus compañeros a través de algún viaje al extranjero que sus buenos dólares ha costado.

Independientemente de que el primer beneficiario de su esfuerzo es el propio ponente, no podemos comparar con la tranquilidad y comodidad del Congresista que va a escuchar lo que le "largan".

Y si de gratificar una ponencia se trata, es incuestionable la más estricta selección de los trabajos, por su originalidad, se presentación, su valor científico, la novedad de su aportación, etc. etc. Selección por criterios de calidad antes que cantidad.

En el terreno de las cuotas de inscripción creemos que hay que hacer dos apartados realmente estancos.

La cuota de inscripción a los actos científicos ha de venir obligada a compensar el posible déficit de los gastos propios de las sesiones científicas sobre ingresos por este mismo aspecto. Las subvenciones oficiales, de exposición comercial, publicidad, etc., etc., serán destinadas a cubrir los gastos de la organización de actos científicos.

Todos los actos sociales, comidas y cenas, viajes y excursiones irán a repercutir directamente sobre la cuantía de la cuota para este fin.

Sería adecuado no existiera ni déficit ni superávit, y la experiencia de 18 congresos anteriores tiene que permitir afinar el presupuesto a la realidad práctica.

Málaga tiene la palabra.

HALLAZGOS YATROGENICOS EN CIRUGIA DE MINIMA INCISION (M.I.S.). SU EVALUACION Y TRATAMIENTO

Dr. Edwin Probber D.P.M.

L. Aycart. D.P.M.

Resumen y traducción de L. AYCART

YATROGENIAS EN LA M.I.S.

AL igual que en otros actos médicos la práctica de la M.I.S. (cirugía de mínima incisión) en ocasiones da lugar a patología yatrógena. De los cuadros que pueden presentarse enumeraremos por su interés y frecuencia los siguientes:

1. Superficies oseas irregulares.
2. Partículas oseas que varian desde diminutos fragmentos a otras de mayor tamaño.
3. Formación de nuevas exostosis.
4. Artrodesis articulares.
5. Rigidez parcial.
6. Fracturas.
7. Luxaciones.
8. Procesos inflamatorios postquirúrgicos.
9. Demora en la formación de callo de fractura.
10. Osteoporosis.
11. Lesión de transferencia a otro dedo sano.
12. Ulceración crónica en la zona de la incisión.
13. Cicatriz queloide.

1. SUPERFICIES OSEAS IRREGULARES

Como durante las intervenciones de M.I.S., el cirujano explora, escinde y esculpe una superficie que nunca ha visto descubierta ante sus ojos, podría producir irregularidades en la superficie osea, fisuras y siempre presencia de fragmentos oseos. Todo ello se puede minimizar:

a) Favoreciendo la hemorragia natural, utilizando los anestésicos sin epinefrina.

b) Cerrando momentáneamente la herida con una pinza de hemostasia, permitiendo que la sangre se acumule en el interior. A continuación se abre la pinza y fuerza la evacuación de la sangre, con lo cual se removerán los detritus oseos.

Por este motivo la hemorragia intraoperatoria trabaja a favor del cirujano.

c) Aplanando y deshaciéndose del exceso de hueso por medio de una lima.

2. PARTICULAS OSEAS QUE VARIAN DESDE DIMINUTOS FRANMENTOS A OTRAS DE GRAN TAMAÑO
3. FORMACION DE NUEVAS EXOSTOSIS

Las partículas óseas siempre serán visibles en una placa radiográfica, así pues, enjuiciadas por un inexperto, éste podría diagnosticar osteomielitis. Una cuidadosa comparación entre las placas previa y postoperatoria ante la historia clínica es la clave de una evaluación acertada. En veinte años de práctica de la M.I.S. (el autor del artículo Ewing Probber) ha comprobado que la osteomielitis es extremadamente rara, menor de el uno por diez mil.

A la pregunta que formulan algunos pacientes: ¿qué sucede con las partículas de hueso que se han podido quedar dentro?, puede responderse que la mayoría de los fragmentos se expulsan a través de la incisión y tan solo una pequeña cantidad podría permanecer. Los fragmentos mayores quedan inmersos en el tejido conectivo en formación y permanece asintomáticos. Los trozos más diminutos son reabsorbidos por los linfáticos.

Conclusión.– En el tres por ciento de los casos, cuando los elementos son abundantes, pueden llegar a organizarse y dar lugar a la formación de una exostosis. Esto es una clara patología yatrógena.

4. ARTRODESIS ARTICULARES
5. RIGIDEZ PARCIAL

Estos cuadros son el resultado adverso de la M.I.S. en el 5% de los dedos martillo y el 10% en la cirugía del Hallux Valgus.

El daño ocasionado a superficies articulares y la presencia de fragmentos oseos es la causa de que tras la osteogénesis aparezca artrodesis o limitación articular parcial.

Observación.– Todo paciente que se somete a intervención por motivo estético debiera conocer el riesgo de ver limitada la movilidad articular, si bien, desde el punto de vista funcional tendría poca importancia, y además no supera la limitación que origina el uso del calzado.

Por fortuna estas rigideces son más frecuentes en los dedos más cortos, probablemente como consecuencia de la ausencia de uso.

6. FRACTURAS

La posibilidad de fractura debe descartarse ante las placas radiográficas pos-intervención. Insistiendo cuando el enfermo padece dolor o inflamación persistente.

Durante la corrección de un dedo en martillo es más probable ocasionar una fractura, cuando se manipula sin haber estudiado previamente una placa radiográfica en proyección lateral, ya que en un porcentaje alto de casos, la falange proximal en su parte dorso-distal presenta exostosis deformativa, que primero habrá que eliminar antes de efectuar la reducción, o de otra manera se puede fracturar por su cuello la antedicha falange.

7. LUXACIONES

Como ilustración pasamos a relatar el siguiente caso clínico:

La Sra. "X" visitada hace 15 años presentaba un juanete que fue intervenido. Al tomar la placa postoperatoria presentó luxación parcial de la articulación metatarsofalángica. Durante la primera cura el pie presentaba gran inflamación y dolor. A la tercera semana comienza ostensible mejoría de los síntomas. Se repite el control radiológico y se observa luxación completa de la articulación. Ante lo cual se evaluaron metódicamente las causas y la futura corrección. Entre las causas puede enumerarse:

a. Trauma inadvertido.

b. Artropatía previa a la cirugía.
c. Pérdida de cápsula articular a consecuencia de la cirugía.
d. Debilitación de los tejidos de sostén.
e. Artritis sistémica que asienta en la articulación operada.

Permitir que la naturaleza tome el curso del tratamiento está probado que es una sabia medida. Controlar el dolor con tratamiento fisioterápico y administración de prednisolona en dosis de 5 mg. cada 4 horas. Controlar al enfermo dos veces por semana. Con esta actuación el caso presentado se resolvió con felicidad.

8. PROCESOS INFLAMATORIOS POSTQUIRURGICOS

Hay dos causas que pueden dar lugar a estos procesos. Un foco de infección o la obstrucción de los vasos linfáticos originada por la absorción de residuos osteo-sanguíneos. En el primer caso la causa concierne de lleno al Podólogo, mientras que en el segundo caso hay una fase en el proceso de curación que se prolonga durante unos meses hasta que el dedo recupera su forma normal.

9. DEMORA EN LA FORMACION DE CALLO DE FRACTURA

Después de una osteoclasis, osteoplastia u osteotomia la ausencia de callo-fractura es muy infrecuente transcurridos 45 días. Cuando no se evidencia en las radiografías signos de consolidación es impropio considerar la falta de unión entre los fragmentos oseos que estarán unidos por tejido conectivo radiopermeable. En este caso el enfermo no aqueja dolor agudo. Sin embargo hay que explicar al paciente que la incomodidad desaparece al cabo de varios meses, ya que la remodelación del hueso puede durar entre seis y diez años.

10. OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es el resultado final de la verdadera ausencia de callo de fractura. Se acompaña de dolor importante por tiempo superior a noventa días. Ante esta situación la utilización de una plantilla de descarga podría favorecer la resolución, pero si no se obtiene solución será preciso reintervenir para la fijación de los fragmentos.

11. LESION DE TRANSFERENCIA A OTRO DEDO SANO

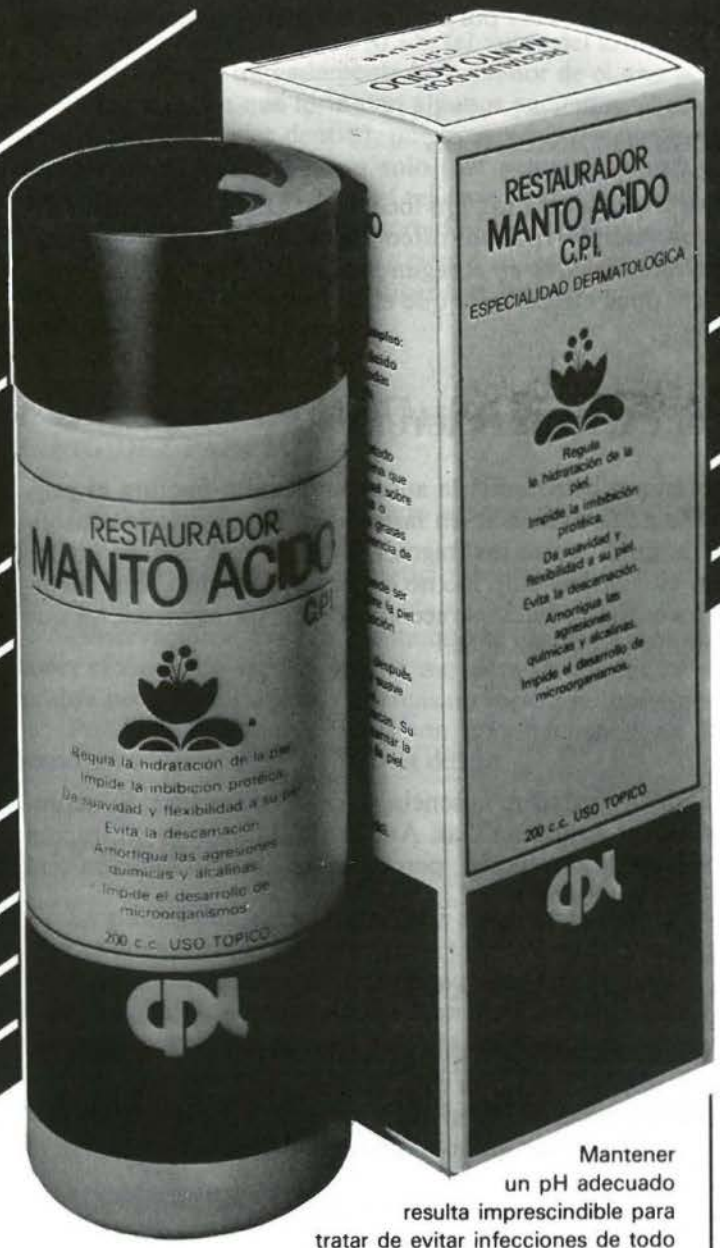
El tratamiento quirúrgico por M.I.S. de la hiperqueratosis plantar recidivante consiste en la osteotomia del cuello del metatarsiano responsable. Esta técnica puede originar lesiones que denominaremos de transferencia –es decir–, la hiperqueratosis aparece bajo la cabeza de un metatarsiano vecino, esta segunda lesión rara vez será tan dolorosa como la primitiva y responderá satisfactoriamente a una ortosis.

En estadística del autor desde 1970 a 1980 obtiene los siguientes datos:

OSTEOTOMIA METATARSAL DEL	CASOS DE LESION DE TRANSFERENCIA
5º	5%
4º	10%
2º y 3º	25%

RESTAURADOR MANTO ACIDO

PROTECTOR
EPIDERMICO
PODOLOGICO



Mantener un pH adecuado resulta imprescindible para tratar de evitar infecciones de todo tipo. En los pies, además, corrigiendo los trastornos de la sudoración, tanto por exceso como por defecto, se tiene solucionada una buena parte de la salud de los mismos.

RESTAURADOR MANTO ACIDO, CPI, normaliza rápidamente la fisiología de la piel en los pies ante las permanentes agresiones diarias que éstos sufren, dejando la zona tratada: **TERSA, HIDRATADA, NUTRIDA** y con un **pH FISIOLOGICO** de 5,5. Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

COMPOSICION:

Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%;
Sustancias humectantes (Glicerina, Propilenglicol, etc.), 10%;
Derivados de lanolina, 2%;
Triglicéridos vegetales, 1%;
Aminoácidos y sales inorgánicas, 2%;
Emulsionantes no tensoactivos, 2,5%;
Acido láctico c.s.p. pH = 5,5.

INDICACIONES:

Alteraciones en la fisiología normal de la piel del pie regulando su hidratación, tanto en la excesiva sudoración como en la sequedad. Protección frente a microorganismos patógenos.

MODO DE EMPLEO:

Tras el baño o ducha, extender la emulsión por todo el pie, friccionando suavemente. No deja sensación grasa.

PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 200 cc., 650 pts.

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL
Sagitario, 12
ALICANTE
España

12. ULCERACION CRONICA EN LA ZONA DE LA INCISION

Cuando la cicatrización no es óptima puede cursar con lentitud o aparecer ulcerada la piel. La fricción de las estrias de las fresas a mayor velocidad de 1.000 r.p.m. produce una quemadura responsable de la desvitalización de los tejidos. La ulceración recibirá el tratamiento adecuado hasta su total resolución.

13. CICATRIZACION QUELOIDE

La suturación es en M.I.S. innecesaria, pero en caso de hacerlo deben evitarse los puntos de sobrecarga de la planta, como así mismo toda incisión en estas zonas.

EL problema de la cicatriz dolorosa puede ser debido, en orden de frecuencia, por:

a. Fragmentos óseos entre los labios de la herida.
b. Salientes óseos que aparecen bajo la escara.
c. Exóstosis en formación bajo el área de la incisión.
d. Nervio pinzado por sutura innecesaria.
e. Formación de adherencia subdérmicas.

Para comenzar el tratamiento se aconseja al paciente un ejercicio de movilización y fricción de la zona afectada (fisioterapia), encomendando evitar incremento del dolor. Al cabo de dos semanas se puede observar mejoría del dolor como consecuencia de relieves óseos o adherencias.

Cuando el dolor es causado por compresión nerviosa, efectuar bajo anestesia local una incisión de unos seis mm. en la proximidad de la escara para despejar el tejido por debajo de la lesión, con la ayuda de una pinza de hemostasia de puntas largas.

Las exóstosis y relieves óseos pueden requerir reducción por medio de una fresa o pequeña lima de mano.

REFLEXIONES ADICIONALES

Tener presente que toda radiografía postoperatoria evidencia marcadas alteraciones óseas. DAR TIEMPO AL TIEMPO, y al pie una oportunidad de acomodarse a estos cambios.

En la práctica se encontrará con la mayoría de los pacientes satisfechos por los resultados de su operación.

–EN SU CONSULTA TRATE A SUS PACIENTES Y NO A LAS PLACAS RADIOGRAFICAS–.

Es imperativo el control delpaciente durante el tiempo que se demore la curación.

Antes de considerar que se precisa una segunda intervención abreviada debe transcurrir un período de al menos tres meses, exceptuando cuando el paciente se muestra molesto y rebelde.

Cuando se decide una segunda intervención, hacerlo tan pronto como sea posible, con preferencia en la próxima visita. Los retrasos o dilaciones mezcladas con la aprehensión crean en el paciente un dilema mental indeseable.

Cuando se enfrente con un pobre resultado quirúrgico causado por otro compañero trate de ponerse en comunicación con él para discutir el caso abierta y libremente. –Dos cabezas piensan mejor que una–, el próximo paso en falso puede ser el suyo.

Conviene estar alerta ante el paciente que busca su juicio crítico respecto el trabajo de otro compañero; mañana este mismo paciente puede ir en su contra.

Este trabajo es parte del publicado
por la Revista "CURRENT PODIATRY",
Premio de Plata en memoria del Dr. M.N. Cupshan,
concedido al Podólogo neoyorquino Edwin Probber D.P.M.
revelante figura de la M.I.S.

Secretaría: Avenida Crokaert, 97 - B-1150 Bruxelles 02/770 50 86

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DEL C.L.P.C.E. BRUSELAS 12 DE ABRIL 1986

El Señor Jean-Lou EMONET, Presidente, abre la sesión y ruega que se pase lista de los miembros.

PAISES MIEMBROS C.E.E.

	Asociaciones	Delegados Presentes
ALEMANIA	Zentral Verband der Fusspfleger Deutschland (Z.F.D.)	Señor Grewy
BELGICA	Association Belge des Podologues (A.B.P.)	Sra. Charlier (Secret. C.L.P.C.E.) Sra. Roofthooft Sr. Charlier (Miembro honorario del F.I.P.)
DINAMARCA	Landsforeningen af Statsaut Fodterapeuter (L.S.F.)	Sra. Nielsen
ESPAÑA	Asociacioón Española de Podólogos (A.E.P.)	Sr. Cajal-Roibal Sr. García de Andrés (Vicepresidente F.I.P.)
FRANCIA	Federation Nationale des Podologues (F.N.P.)	Sr. Emonet (Presidente F.I.P. C.L.P.C.E.) Sr. Villedieu (Tesorero (C.L.P.C.E.) Sr. Moreau (Secret. F.I.P.)
G. BRETAÑA	Society of Chiropodists	Srta. French Sr. Shenton (en calidad de observadores)
ITALIA	Associazione Nazionale Italiana Podologi (A.N.I.P.)	Sr. Zanetti
	Associazione Italiana Podologi (A.I.P.)	Sr. Montesi

PAISES OBSERVADORES

AUSTRIA	Verband Osterreichischer Fusspfleger (V.O.F.)	Sra. Schicho Sra. Gebauer
FINLANDIA	Suomen Jalkojenhoitajain Liito R.Y. (S.J.L.)	Sra. Westerlund Sra. Elomma
SUIZA	Schweizerischer Podologen Verband (S.P.V.) Union des Associatines Romandes de Pédicures (U.A.R.P.)	Sra. Quain Sra. Anfray (Tes. F.I.P.) Sr. Aébi

ORDEN DEL DIA

1. APROBACION DE LOS ACTAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DEL 23/3/84 Y DEL 10/4/85

Ambas actas se aprueban por unanimidad.

2. INFORME DEL PRESIDENTE

El Señor Emonet: He centrado lo esencial de mi acción en la investigación de la Proposición de Directriz de la C.E.E. referente al Reconocimiento de los Títulos de Enseñanza Superior. Se trata de un texto bastante inesperado porque pensaba que la Comisión no iba a dar su opinión tan pronto y sobre todo de esta manera.

He intervenido a nivel político con el fin de que se enmiende dicho texto y se lo olvide, si es posible.

Por el momento, el Parlamento Europeo no lo ha adoptado. Tenemos que quedar vigilantes puesto que el futuro de nuestra profesión depende de este texto.

3. INFORME DE LA SECRETARIA

La Señora Charlier lee atentamente a la asamblea el largo informe sobre las actividades, el cual se resume así:

Desde la última Asamblea General que se celebró en marzo de 1985:

- la secretaría redactó el Acta de la Asamblea General del C.L.P.C.E. en Barcelona,
- y mandó los actas a las Asociaciones,
- y tuvo al día la correspondencia,
- y reclamó las cuotas,
- y presenció las reuniones del SEPLIS,
- y organizó la Asamblea General del 12 de abril de 1986.

– Año de las Profesiones Liberales. La Secretaría no ha recibido ninguna sugerencia de parte de las Asociaciones salvo la proposición del Sr. Emonet relativa a la organización de un gran

congreso. El SEPLIS que tampoco recibió sugerencias propone: en enero de 1987: organización de un coloquio en el Comité Económico y Social que se halla en Bruselas.

En diciembre de 1987: un coloquio en Estrasburgo.

En el trasncurso de los demás diez meses: coloquios organizados en cada Estado. Tendrían por objetivos temas específicos y sin embargo interesantes para el conjunto de las Profesiones Liberales. Conmover a la Prensa. Establecer contacto con las Asociaciones que representan a las Profesiones Liberales en los países respectivos.

– Se ruega al C.L.P.C.E. que presencie el 22 y el 25 de mayo de 1986 la celebración del décimo aniversario de la fundación del SEPLIS.

– Noticia referente a la creación de una nueva asociación "Association Européenne des Podologues" fundada por la Sra. Demoulin, los podólogos catalanes y unos disidentes franceses.

– Transmisión a las Asociaciones de un cuestionario cuyas respuestas están solicitadas a fin de constituir una documentación completa en la Secretaría del C.L.P.C.E. a la que cada Asociación pueda dirigirse para obtener los datos que quiera.

– El detabe referente al texto de la Proposición de Directriz relativa al Reconocimiento Mutuo de los Títulos de Enseñanza Superior que les interesa a todas las Asociaciones firmantes de las "Proposiciones de Directrices - Podólogos"; la Society of Chiropodists aceptó la invitación del C.L.P.C.E.

La N.V.P. (Países Bajos) se disculpó de asistir al debate por razones financieras.

La Asociación irlandesa no respondió a la invitación.

La Sra. Charlier distribuye a cada delegación un ejemplar de la Proposición de Directriz C.E.E. en los distintos idiomas de cada país representado.

Luego expone las razones por las cuales la Comisión redactó esta Directriz global para todas las profesiones que deban seguir un curso superior de capacitación profesional y destaca los peligros acarreados por esta directriz que fue objeto de una moción de protesta de parte del SEPLIS.

La Sra. Fontaine, Diputada Europea, nombrada Ponente de la Comisión Jurídica del Parlamento Europeo fue encargada para examinar los textos y enmendarlos eventualmente.

Según los últimos informes, no se ha puesto a votación esta Directriz y la Comisión elabora un texto nuevo teniendo en cuenta las enmiendas propuestas. La Comisión rogaría a los Gobiernos que le den la lista de las profesiones a las cuales se accede gracias a un curso superior de capacitación profesional. Los cuestionarios que el Sr. Jenkins, Secretario de la Society of Chiropodists, transmitió al C.L.P.C.E. parecen confirmar que se toma esta dirección.

La Sra. Charlier termina su informe expresando el deseo que todas las Asociaciones muestren la voluntad de mantener la Proposición de Directriz-Podólogos sea formando parte de una Directriz global, sea integrándose en dicha Directriz.

El Sr. GREWEY (Alemania) conoce a un funcionario que pudiera tomarse interés por nuestra directriz si supiera a quien tiene que dirigirse en la C.E.E.

4. INFORME DEL TESORERO

EL Sr. Villedieu entrega a cada asociación un ejemplar de las cuentas. Insiste en que se abone el pago de las cuotas por Giro Postal para evitar los gastos bancarios que ocasionan pérdidas financieras a la tesorería.

Al examinar el balance, se nota que algunas cuotas de países observadores se contabilizaron en el balance del año 1985, mientras que sólo son válidas para el año 1986. Después de haber comprobado la exactitud de esta observación, se va a modificar el balance de 1985 como es conveniente.

Teniendo en cuenta que el Sr. Villedieu va a efectuar dichas modificaciones, se aprueba por unanimidad el informe del tesorero. Entonces, el Sr. Villedieu presenta un presupuesto anticipado del cual distribuye una copia a cada uno.

Los delegados deciden mantener la cuota para 1987 a 1.200 FF.

5. EXAMEN DE LA SITUACION FRENTE A LAS NUEVAS PROPOSICIONES DE DIRECTRICES PARA LAS PROFESIONES LIBERALES

El Sr. EMONET analiza la situación de la manera siguiente:

La Comisión de Bruselas ha sometido a la aprobación una Proposición de Directriz de Reconocimiento de los Títulos de Enseñanza Superior a fin de permitir el libre establecimiento de los profesionales en los distintos países miembros.

Este texto engloba al conjunto de las profesiones liberales que no son regidas por una directriz relativa a un sector tales como los médicos, los dentistas, los farmacéuticos, los enfermeros, etc.

Desgraciadamente, se puede temer que el trabajo sea mal hecho por haber querido obrar con rapidez. Entre las imperfecciones, se puede señalar:

1.º) La forma: no se consultó con los representatnes de las profesiones.

2.º) El contenido: los criterios de valoración de los títulos no son definidos con precisión. Se les deja a las Administraciones de los distintos países miembros una posibilidad tremenda para interpretar los textos. Los problemas de equivalencia de títulos quedan planteados y pueden acarrear algunos peligros.

Este es el ejemplo dado por la Sra. Charlier:

Según el texto actual, un estudiante deseoso de hacerse podólogo, que considera demasiado difíciles los estudios en su país puede conseguir su diploma yendo a otro Estado donde el curso de capacitación profesional es más fácil y luego puede volver a su país de origen para ejercer su profesión.

Hay peligro de que algunos países se especialicen en dar formaciones menos estrictas y más cortas sobre todo dado que las circunstancias actuales son poco propicias para que los gobiernos den subsidios a la enseñanza. Corremos el riesgo de ver aparecer un mercado de los títulos.

Por otra parte, si se aplicara este texto, los profesionales procedentes de países en los cuales existe una reglamentación así como una formación de nivel superior irían a establecerse en los países donde la formación en podología se situa a nivel inferior, lo cual perjudicaría a los naturales del país. Con la abolición de la noción de nacionalidad no permanece ningún obstáculo administrativo.

Por lo tanto conviene pensar mucho en las consecuencias que resultan de tal directriz y exigir el derecho a la discusión, sea gracias a la negociación con el SEPLIS sea por cualquier otro medio.

El Sr. Grewey (Alemania): Me parece interesante que el Sr. Emonet nos habla de "Título de Enseñanza Superior", pero no hay que olvidar que nuestra profesión no es una profesión universitaria sino una profesión que se dedica a la salud (un podólogo no es un médico) y no necesita una formación de nivel superior.

Por eso pienso que una discusión directa con la Comisión a propósito de NUESTRAS proposiciones de directrices sería más útil.

EL Sr. Emonet (Francia): Temo que el Sr. Grewey se equivoque en su apreciación del nivel de formación en los países sometidos a un reglamento. Estos países dan una formación superior de tipo universitario. Es decir que para tener acceso a los estudios de podología, hace falta tener


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA,
A DARLE LA CONFIANZA Y
SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

un diploma de enseñanza media. En Francia, los podólogos tienen un régimen especial en el campo de la medicina.

La Srta. French (Gran Bretaña): El podólogo que trabaja en el marco del "Health Service" tiene que ser REGISTERED CHIROPODIST, pero para el podólogo que trabaja fuera de este marco no hay control.

El Sr. García de Andrés (España): En nuestro país se trata también de una formación universitaria. Un decreto reglamenta el acceso a la profesión.

La Sra. Schicho (Austria): Como nuestro país es miembro de la EFTA, estos problemas nos interesan también porque lo que han decidido los Estados miembros de la C.E.E. puede servir de norma para los países de la EFTA.

He logrado reunir los informes siguientes de fuente gubernamental:

En adelante, ya no será posible que la Comisión redacte Directrices relativas a un sector y la Comisión va a proponer que se apliquen nuevas directrices según una división en tres grupos:

GRUPO A: Todas las profesiones correspondientes a un título de enseñanza superior (tipo universitario).

GRUPO B: Todas las profesiones correspondientes a un título de enseñanza media.

GRUPO C: Todas las profesiones correspondientes a una formación básica.

Tomando como base estos grupos, cada país miembro de la C.E.E. tendrá que reglamentar las profesiones. Según los informes reunidos, la Podología sería clasificada en el tercer grupo. Pero antes que lleguemos a este resultado, es menester primero determinar el futuro de las profesiones que pertenecen a los dos primeros grupos y eso requerirá unos cinco años.

El Sr. Emonet (Francia), quisiera que la Asamblea decidiera cuales gestiones la Mesa vaya a tener que hacer para poder colaborar en la elaboración de este texto y precaverse contra los inconvenientes más graves.

El Sr. Zanetti (Italia), desearía conocer las disposiciones de las Directrices establecidas para las profesiones en el campo de la medicina a fin de que pudiéramos sacar la mayor cantidad de información. Si bien es verdad que existe el peligro que los profesionales procedentes de países sometidos a un reglamento vengan a establecerse en países sin reglamentación, es posible que esta razón mueva los gobiernos de los susodichos países a legislar.

El Sr. Emonet (Francia): Efectivamente, los países de que se trata deben aprovechar esta ocasión para obtener una reglamentación, pero tengo miedo que, frente a la situación actual, los funcionarios de la C.E.E. escojan la solución de facilidad, es decir, el status quo. La Sra. Charlier ha redactado un cuestionario y les invito a contestarlo rápidamente. Desearía que Ustedes adjuntaran todos los textos legales relativos a las cuestiones de modo que Ustedes suministran a la Secretaría una documentación completa que les sea útil a todos.

El Sr. Montési que está negociando con su Gobierno (Italia) pide que la Secretaría le transmita rápidamente estas noticias.

La Srta. French (Gran Bretaña): En Inglaterra, el Gobierno ha entregado un cuestionario relativo a los textos de la directriz cuya copia fue enviada a la Sra. Charlier. La respuesta que quisiéramos dar a nuestro Gobierno es que conviene referirse a las PROPOSICIONES DE DIRECTRICES aceptadas por el C.L.P.C.E. en 1975; además preferíamos una directriz fundada en los textos de 1975 y referente solamente a la podología.

EL Sr. Emonet (Francia): Pienso que es lo que todos deseamos y me permito decir que cuanto más el C.L.P.C.E. será representativo, tanto más tendremos posibilidades de éxito.

La adhesión reciente de España a la C.E.E. permite que la A.E.P. llegue a ser miembra de pleno derecho del C.L.P.C.E. Por eso, voy a pedir a nuestros amigos españoles que ratifiquen esta adhesión firmando las Proposiciones de Directrices-Podólogos, como lo prescriben nuestro estatutos.

El documento está firmado por el Sr. Cajal, Presidente de la A.E.P. y el Sr. García de An-

drés que expresa satisfacción ver España integrar la Comunidad Europea. El Sr. Cajal y él mismo están dispuesto a ayudar a la Federación Internacional.

El Sr. Emonet contesta que está seguro de que la entrada de España en la C.E.E. es una ventaja para la podología.

Al Sr. Grewey que pide esclarecimientos sobre las distintas formaciones, el Sr. Emonet contesta:

El Tratado de Roma que instituye la Comunidad Europea obliga los Estados miembros a buscar la posibilidad para hacer intercambios de personas competentes gracias a la supresión de la mayor cantidad de obstáculos. Para favorecer estos intercambios, la C.E.E. propuso directrices relativas a algunas profesiones para las cuales fue posible establecer una equivalencia de los niveles de formación.

Este trabajo duró muchos años.

Deseábamos que la C.E.E. hubiera abordado nuestra Proposición de Directriz desde un punto de vista similar pero unas nuevas disposiciones con el fin de activar la integración europea obligaron la C.E.E. a cumplir las gestiones más rápidamente, de donde resulta la proposición de directriz global que no nos da satisfacción. Reivindicaremos hasta el fin una directriz específica para la podología porque no podemos consentir en que una reglamentación sea establecida en detrimento de algunos estados donde las asociaciones quieren que la podología alcance un nivel superior.

La Sra. Charlier (Bélgica): La crisis económica no favorece este desarrollo completo. En Bélgica, tenemos, desde hace dos años, una enseñanza superior de podología organizada por una Institución privada, pero aún no reconocida por el Estado. Porque si el Estado reconoce una escuela, se compromete en otorgarle subsidios. Como el Estado carece de dinero, no otorga subsidios y por lo tanto no reconoce la Institución.

El Sr. Aébi (Suiza): Por desgracia, las personas que se encargan de nuestra profesión en los Ministerios son funcionarios –ya médicos, ya no– que no entienden nada de nuestra profesión. si tuviéramos a un representante efectivo de nuestra profesión, nos hubieran reconocido desde hace mucho tiempo.

6. RENOVACION DE LOS MIEMBROS DE LA MESA

El Sr. Grewey (Alemania): Antes que empecemos la elección, pido que votemos la descarga de los miembros de la Mesa a propósito del trabajo que efectuaron.

La Asamblea vota la descarga.

El Sr. Zanetti (Italia): En lo sucesivo, propongo organizar un sistema de rotación a ejemplo de lo que se hace en la C.E.E.

Los Sres Cajal y García de Andrés (España), piensan que no es el momento dada la importancia de las actividades pendientes de esta mesa.

El Sr. Emonetl (Presidente): Se puede considerar la proposición del Sr. Zanetti bajo el punto de vista político pero, en la práctica, se plantearín problemas graves de competencias y conocimientos de los expedientes. De todos modos, nuestro reglamento interno nos obliga a elegir cada tres años a un Presidente, un Secretario General y un Tesorero.

El Sr. Emonet pregunta: ¿Hay candidatos?

Como nadie presenta su candidatura, los miembros descargados y reelegibles son:

EL Sr. EMONET - La Sra. CHARLIER - El Sr. VILLEDIEU.

Cada uno de los tres candidatos consigue 6 votos por 7 votantes. Hay una abstención.

El Sr. Emonet sale reelegido para el puesto de Presidente.

La Sra. Charlier sale reelegida para el puesto de secretaria.

El Sr. Villedieu sale reelegido para el puesto de Tesorero.

7. MATERIAS DIVERSAS

EL Sr. García de Andrés (España), declara que son unos Catalanes con la Sra. Demoulin los que tomaron la iniciativa de crear una Asociación europea. Estos Catalanes sólo representan a ellos mismos y no a España.

Sin embargo, frente a esta nueva asociación tenemos que cuidar de que mostremos nuestra eficiencia gracias a nuestro trabajo, nuestro dinamismo y los resultados que vamos a conseguir.

El Presidente levanta la sesión.

Bruselas a 24 de mayo de 1986
El Ponente: La Sra. S. Charlier

Continuación del Acta

Enviamos el 25 de abril de 1986 una carta a la Comisión para pedir para la Podología una Directriz específica fundamentada en los textos presentados por el C.L.P.C.E. en 1975.

En la misma fecha, la Secretaría envió una carta para dar la aprobación a las Proposiciones de Directrices - Podólogos.

Cuestionario

Se plantean estas preguntas en relación con la Directiva propuesta al Consejo por la Comisión Europea. Dicha Directiva tiene relación con el reconocimiento general en cuanto a los títulos de Enseñanza Superior.

NOMBRE DEL PAIS

1. ¿Cuál es el nivel escolar previo a los estudios de podología?
2. ¿Cuál es el nivel escolar al que corresponde la formación en podología?
3. ¿Dónde se dan los cursos de podología, en Institutos públicos o privados?
4. ¿Cuánto tiempo dura la formación en podología?
5. ¿Esto incluye un cursillo de capacitación - período de prueba o se da éste después de los estudios?
6. ¿Qué título menciona el diploma? ¿Quién entrega el diploma?
7. ¿Cuál es la Autoridad que impone y/o sanciona la formación?
8. ¿Cuál es el campo de actividad del podólogo?
9. ¿El podólogo está afiliado a una Liga o a un Colegio Profesional?
10. ¿El podólogo debe observar un código deontológico? ¿Quién impone este código? ¿Cuál es la Autoridad que examina los casos de infracción?
11. ¿La Podología tiene estatuto legal en lo que atañe a:
    a) ¿La protección del título?
    b) ¿La protección de la actividad?
12. ¿A qué departamento ministerial compete en su país la Podología?
13. ¿En su país, está sujeta la Podología a la T.V.A. (tasa sobre el valor añadido)?

Se ruega manden copias de los textos legales relacionados a las preguntas planteadas.

Sentencia de la Audiencia Territorial de Madrid, estimando la demanda del Consejo General de ATS y D.E. sobre impugnación de la promoción de la Asociación Española de Podólogos por no ser sus Estatutos conformes a derecho.

Tras esta Sentencia, que ha sido recurrida por la Asociación Española, la Junta Directiva ha propuesto a los Presidentes de las distintas Asociaciones la constitución de la Federación para lo que ha iniciado las negociaciones del contenido de sus Estatutos, teniendo el propósito de llegar a un acuerdo con el Consejo General de A.T.S. y D.E.

SENTENCIA

INCIDENTE

Secretaría Sala 1.ª Civil
Jdo. n.º 7 Rollo 1483-83

SALA PRIMERA DE LO CIVIL
Iltomos. Sres. Magistrados:
D. Miguel Alvarez Tejedor
D. Eduardo Fernández-Cid de Temes
D. Francisco Saborit Marticorena

En Madrid, a veinticuatro de marzo de mil novecientos ochenta y seis.

Vistos ante la Sala Primera de lo Civil de esta Audiencia Territorial, en grado de apelación los autos de juicio incidental procedentes del Juzgado de Primera Instancia número 7 de los de Madrid, seguido entre partes, de una, como demandante-apelante, Consejo General de los Colegios de A.T.S. de España, representada por el Procurador de los Tribunales D.ª Mercedes Marín Iribarren, y defendida por el Letrado D. Jesús Valdés y Menéndez Valdés, y de otra, como demandados-apelados Don Eleuterio González Gómez, Don José L. Velasco Barriuso, Don Manuel Meneses Garde, Don Manuel Montes Vicente y Don Antonio Cros Palencia, representados por el Procurador de los Tribunales Don José Sampere Muriel y defendidos por el Letrado D. Fernando Navarro, siendo parte el Ministerio Fiscal, y sobre impugnación de la promoción denominada Asociación Española de Podólogos.

ANTECEDENTES DE HECHO

Por esta Sala se dan por reproducidos los antecendentes que constan en la resolución de primera instancia.

1.ª Por el Juzgado de Primera Instancia número 7 de los de Madrid, con fecha 30 de septiembre de 1983, se dictó sentencia, cuya parte dispositiva dice: "Que desestimando las excepciones alegadas por la parte demandada, debo desestimar y desestimo la demanda interpuesta por el Procurador Don Fernando Gómez Carbajo y Maroto, en nombre y representa-

ción del "Consejo General de los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España" sobre impugnación de la promoción de la denominada "Asociación Española de Podólogos" y contra sus promotores firmantes del Acta de Constitución de la misma, Don Eleuterio Enrique González Gómez, Don José Luis Velasco Barriuso, Don Manuel Meneses Garde, Don Manuel Montes Vicente y Don Antonio Cros Palencia, habiendo sido parte el Ministerio Fiscal, absolviendo a los mencionados demandados de todas las pretensiones deducidas en su contra en el escrito inicial, y todo ello sin hacer expresa imposición de costas en este juicio incidental".

2.º Contra la anterior resolución se interpuso recurso de apelación por la Procuradora Sra. Marín, en la representación que ostenta, el que fue admitido en ambos efectos, solicitando la representación de la parte demandada el recibimiento del pleito a prueba, acordándose su recibimiento por auto de fecha 11 de octubre de 1984.

3.º Para la Vista se señaló el día 11 de marzo actual, la que tuvo lugar con la asistencia de los letrados de las partes, los que informaron en apoyo de sus pretensiones, sustanciándose el recurso por sus trámites.

4.º En la tramitación del presente procedimiento se han observado las prescripciones legales.

Visto, siendo Magistrado ponente el Iltmo. Sr. D. Francisco Saborit Marticorena.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

No se aceptan los considerandos de la sentencia apelada.

1.º A través de la demanda se pretende que se declare que no son conformes a derecho los estatutos de la Asociación Española de Podólogos que se quiere constituir al amparo de la Ley 19 de 1977 de 1.º de abril, por atribuirse funciones y competencias que quedan legalmente fijadas en favor de los Colegios Profesionales de Ayudantes Técnicos Sanitarios aprobados por Decreto de 29 de junio de 1978, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 8 de agosto de ese mismo año, y centrada así la cuestión, según quedó planteada por el escrito inicial del proceso, no se puede trasladar a un ámbito distinto como sería tratar y decidir que los estudios de Podología y el diploma que se conceden por el Decreto de 12 de diciembre de 1980, configuran otra profesión de la de Ayudante Técnico Sanitario que exige autonomía e independencia de regulación de los Colegios Profesionales de A.T.S.; tema éste que si, ciertamente no carece de interés, es ajeno al objeto del litigio, ya que los demandados no discuten la pertenencia actual de los podólogos a los Colegios Profesionales de A.T.S. y lo que promueven, aparentemente, es una asociación sindical profesional, y para conseguir su reconocimiento, expresamente, invocan la Ley de 1.º de abril de 1977 y la libertad de sindicación consagrada por la Constitución española en su artículo 28,1; por tanto, no se intenta constituir una asociación profesional amparada en la Ley de 1964 lo que, también, prohibe el artículo 45 de los Estatutos de los Colegios Profesionales de A.T.S. para los colegiados refiriéndose a las negociaciones profesionales de especialistas entre los que, probablemente, se quiso comprender a los podólogos.

2.º Pese a la imprecisión de que ha gozado el concepto de sindicato que poco a poco ha venido construyéndose por la doctrina acumulando las experiencias adquiridas, puede distinguirse hoy entre las llamadas asociaciones sindicales de un lado, y las asociaciones profesionales y los colegios profesionales de otro. Con independencia de las asociaciones amparadas por la Ley de 1964 y de las organizaciones profesionales para la defensa de los intereses económicos a que se refiere el artículo 52 de la Constitución y la Ley de 1.º de abril de 1977, los Colegios Profesionales que fueron respetados, incluso, por las legislaciones antigremialistas de tiempos pasados, se organizan como Corporaciones de Derecho Público para la defensa de las profesiones tituladas, y, como requisito indispensable para el ejercicio profesional, siendo manifestación obligatoria de vida corporativa, siempre diferente de los sindicatos, como expresión de un derecho de autodeterminación para regular el ejercicio profesional bajo la vigilancia del Estado. Así, con independencia de la normativa que puede promulgarse

en el futuro, según el artículo 36 de la Constitución, en ese campo, la exclusividad se atribuye a estos Colegios exceptuando, incluso, a los sindicatos sin perjuicio del ámbito específico de sus funciones, (artículo 2.º del Decreto de 29 de junio de 1978 y Ley de Colegios Profesionales de 13 de febrero de 1974).

3.º Esta diferenciación en competencias, actividades y finalidades entre los Colegios Profesionales y las Asociaciones Sindicales de carácter profesional, impone el respeto mutuo y la independencia entre ellas, de modo que trató de impedirse la intromisión recíproca, según se entienda de los respectivos estatutos; y en el caso que se contempla es evidente que los estatutos de la futura Asociación Española de Podólogos la conceden atribuciones, facultades y competencias que son propias de la organización colegial de A.T.S. a la que, obligatoriamente, pertenecen los podólogos, como cuando se refieren a los fines de la asociación en los artículos 3.º y 4.º; se pretende la potestad disciplinaria, atribuída a los Colegios Profesionales de A.T.S., en el apartado h, del artículo 3.º de sus estatutos; se faculta para proponer y establecer, en su caso, los honorarios profesionales para la prestación de los servicios cualquiera que sea la persona u organización prestataria, en el artículo 4.º, número 9, en contradicción con lo que es, quizás, una de las funciones más características de los Colegios Profesionales; se regulan facultades en el intrusismo de la profesión que constituyen también función colegial, y conceden la facultad de dictar normas deontológicas en el ejercicio de la profesión de podólogo en contra del apartado i, artículo 5.º de la Ley de Colegios Profesionales y en el h, del artículo 3.º de la organización colegial de A.T.S., entre otras particularidades, que ponen de manifiesto que la asociación que se pretende se introduce, abiertamente, en las funciones de los Colegios Profesionales de A.T.S., con infracción de la Ley 1974 y del Decreto de 29 de Junio de 1978, constituyéndose como una corporación de carácter representativo en defensa de los intereses profesionales de todo tipo, lo que la hace más parecida a un colegio profesional que a un sindicato y en ella no aparecen las funciones específicas de éstos. Por todo ello, y sin perjuicio del derecho de los demandados a asociarse como sindicato dentro de su ámbito propio, como ya reconoce el Tribunal Supremo en Sentencia de 20 de noviembre de 1981, procede estimar la demanda, declarando que los Estatutos de la Asociación Española de Podólogos no son ajustados a derecho, lo que significa revocar la sentencia apelada, sin hacer expresa condena en las costas de las dos instancias.

Vistos los artículos citados y demás de pertinente aplicación al caso,

FALLAMOS

Que estimando el recurso de apelación interpuesto por el Procurador de los Tribunales Doña Mercedes Marín Iribarren en nombre y representación del Consejo General de los Colegios Profesionales de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de España, y con revocación de la sentencia dictada en 30 de septiembre de 1983 por el Iltmo. Sr. Magistrado-Juez de Primera Instancia número 7 de los de Madrid, debemos estimar como estimamos, la demanda interpuesta por la mencionada Procuradora en la representación que ostenta y declaramos improcedente la promoción de la llamada Asociación Española de Podólogos por no ser conformes a derecho sus Estatutos; y sin hacer imposición de costas en las dos instancias.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se unirá certificación literal al rollo de Sala, los pronunciamos, mandamos y firmamos. Miguel Alvarez, Eduardo Fernández-Cid, Francisco Saborit. Rubricados. PUBLICACION: Leida y publicada fue la anterior Sentencia por el Iltmo. Sr. Magistrado Ponente D. Francisco Saborit Marticorena, estando celebrando audiencia pública la Sala que la dictó. Certifico. Carmen Buendía Cánovas. Rubricado.

Corresponde fielmente a su original y para unir al ROLLO, expido y firmo la presente en Madrid, a veinticuatro de Marzo de mil novecientos ochenta y seis.

PATOLOGIA SUBUNGUEAL

José Ferré Anglada

La patología subungueal es, sin duda alguna, responsable de un gran número de dolencias podológicas localizadas en la porción distal de los dedos. Estas enfermedades, deberían estar incluídas dentro de una denominación común, como parte importante de las algias de los dedos del pie que podríamos denominar dedalgias o digitalgias, términos que no sé por qué usamos en podología puesto que cuantitativamente son mucho más importantes estas dolencias que por ejemplo, las talalgias o las metatarsalgias.

Pero dejemos ya estas disquisiciones de lenguaje y comencemos a desarrollar el tema que nos ocupa, pues la patología subungueal es una cuestión interesante y de mucha actualidad ya que es mucho más frecuente de lo que comunmente se cree.

El hecho anatómico de que las distintas enfermedades que estudiaremos a continuación se desarrollen debajo de la lámina ungueal, es causa de que su estudio sea, tal vez, más difícil y de que en muchos más casos de los que sería de desear, el podólogo tenga dificultades para llegar a un diagnóstico veraz y objetivo, de la causa que produce la dolencia por la cual acude, el paciente, a nuestra consulta.

Comenzaremos por estudiar, de una manera muy esquemática ya que el teimpo de que disponemos no nos daría para más, las principales alteraciones que podemos encontrar en los tejidos situados por debajo de la uña y que según sus causas dividiremos en tres grupos:

1) Traumáticas: Helomas, durezas, hematomas, fracturas, etc.

2) Sistémicas: Reumatismos, Gota.

3) Tumorales: a) Benignas: Fibromas, granulomas, acantomas, angiomas, glomus, condromas, osteomas, osteocondromas. b) Malignas: sarcomas, melanomas.

Este último grupo, o sea el de los tumores, es sin duda, el más importante, no solo por número y variedad, sino porque en el mismo existen algunos de acusada malignidad, cuyo conocimiento y correcto diagnóstico es fundamental para que el podólogo se abstenga de realizar imprudentes manipulaciones o intervenciones.

Es, sin embargo, en el tratamiento de los tumores benignos en donde tiene el podólogo un extenso campo en donde aplicar sus conocimientos terapéuticos y lograr con una cirugía facilmente realizable, grandes éxitos en la aplicación de unos tratamientos, en general, muy agradecidos y de espectaculares resultados.

Estudiaremos también en este apartado, los condromas, osteomas y osteocondromas, tumores que pueden ocasionar alteraciones estructurales de la falange distal y dar origen a exóstosis subungueales, muy frecuentes en la patología de esta parte del pie.

Fibroma: Tumor de tejido conjuntivo, muy frecuente en el surco ungueal y bajo el borde libre de la uña. Es muy semejante a una dureza.

Granuloma: Lesión pediculada de tipo fungoso, que puede llegar a cubrir toda la uña. Su origen es periungueal. Color rojizo, sangra facilmente, no cura con antibióticos y no es doloroso (mameloma de la uña encarnada).

Acantoma: Verruga o papiloma. Tumor de origen vírico. Muy doloroso, aparece como una mancha debajo de la uña. Está siempre conectada con el borde libre de la uña o con los surcos ungueales. Producida por contagio, traumatismo repetido consecutivo a una onicocriptosis crónica o a durezas del borde de la uña.

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante **STOCK** de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto **ASIENTO** del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

Angioma: Tumor de células desarrolladas a partir de vasos sanguíneos o linfáticos. Aparece como una débil mancha roja bajo la uña, que desaparece al presionar sobre ella por vaciamiento.

Glomus: Tumor glómico que está formado por un paquete o apelotamiento de anastomosis arterio-venosas. Se visualiza por transparencia. Muy pequeño del tamaño de un grano de arroz o menor. Muy doloroso.

Condroma: Tumor de células cartilaginosas. Se desarrolla debajo de la uña, la eleva o la deforma. Menos denso que el osteoma.

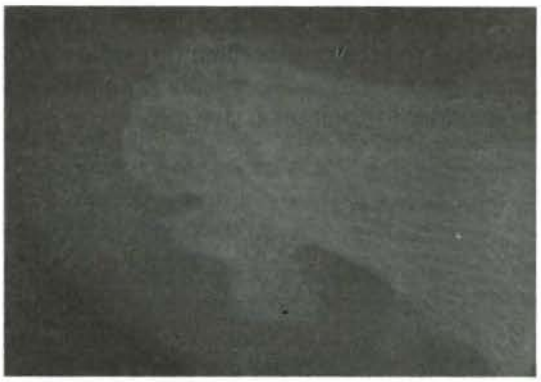
Osteoma: Tumor de tejido oseo. En sentido generico aparece en la cara plantar del calcáneo (espolón), sobre el dorso del primer metatarsiano, primera cuña, escafoides y en la cara dorsal de la cabeza de la última falange (exostosis subungueal).

Osteocondroma: Tumor compuesto por elementos oseos y cartilaginosos.

He dejado expresamente en el último lugar el estudio, en profundidad, de los tumores responsables de la aparición de la exostosis subungueal por tratarse de un tema que me interesa mucho. Ya en la 1.ª Manifestación Nacional de la Salud del Pie, celebrada en Málaga el año 1968, presenté una ponencia y una película dedicada a este tema. Desde entonces, he tenido ocasión de ver con cierta frecuencia esta enfermedad en pacientes mios y poco a poco me he ido formando una opinión y una experiencia de la que quiero hacerles partícipes.

La mayoría de autores que he leído de mi modesta biblioteca podológica: Du Vries, Aston, Lelièvre, Ruiz Moreno, Runting, Bosch Olives, Weinstein, Wallet, etc., etc., parecen coincidir en la apreciación de que, la causa de los condromas es, una hipergenesis local de tejido oseo o cartilaginoso.

J.N. Aston dice de la exóstosis subungueal, que consiste en el crecimiento excesivo del hueso a nivel de la punta de la falange distal, que empuja la uña hacia arriba y da lugar al engrosamiento reactivo de la piel que lo rodea. La uña afectada con más frecuencia es la del primer dedo y de éste el borde interno o tibial de la falange distal.



Ostoecondromas (niños 10 y 16 años).

Du Vries dice concretamente: "...esta hipergenesis, suele afectar a los jóvenes y es muy dolorosa, pues al crecer, va levantando la uña y ésta se va desprendiendo".

Yo, aquí, me atrevería a afirmar respetuosamente ante la opinión de autores tan relevantes, de que existe un cierto confusionismo respecto a la nomenclatura usada para describir esta enfermedad y que la que se da con más frecuencia en el joven es el condroma o como mucho el osteocondroma o sea, se dan exóstosis osteogénicas, pues es en esta edad o etapa de la vida cuando el proceso osificador y los mecanismos osteogenéticos están en plena actividad, mientras que en el adulto vemos ya las alteraciones oseas de diverso origen, que darán lugar a las exostosis más densas, más osificadas o sea a osteomas verdaderos, que sin duda alguna son estadísticamente mucho más numerosos que los condromas.

Los osteomas, aunque morfológicamente menos exuberantes, como veremos en las diapositivas, se visudalizan mucho mejor y constituyen en muchos casos hallazgos radiológicos que pueden ser asintomáticos.

Ya E. Wallet, en su pequeño pero magnífico libro para la época en que fue editado "maladies du Pied" Paris 1961, el autor hace una exposición magnífica y escueta de la exostosis subungueal y dice textualmente: "Le terme d'exostose sous-unguéale, parait improp. En effet, la tumeur n'a rien de commun, ainsi que son nom pourrait le faire croire, avec les exostoses si fréquentes au niveau des orteils: c'es un petit chondrome pédiculé, ffectant le plus souvent la forme d'une pire, dont la quieue s'insère sur la phalangette". Y esto es verdad, puesto que en mi caso durante más de 36 años de ejercicio profesional me he encontrado unicamente con 7 casos de condromas floridos, con propulsión de la uña y prominencia o incluso en algún caso rotura del tejido dérmico (muy fáciles de diagnosticar dada su exuberancia clínica) mientras que osteomas o exostosis de características semejantes a las que se desarrollan en los demás huesos de los dedos (cabeza o base de las falanges que dan origen a los molestos y rebeldes helomas interdigitales) me he encontrado solamente en un Servicio de Podológos que regento con más de 35 casos. Si tenemos en cuenta que el Servicio está en un Centro Geriátrico que alberga a 700 personas mayores de 65 años y de que me hice cargo del Servicio hace dos años y medio, veremos que el porcentaje no es nada despreciable y desde luego muy superior al de condromas.

En mi experiencia personal nunca me he encontrado con esta imagen radiológica de simil frutal, que describe el autor, ni mucho menos con una inserción pediculada en la falange, tan diferenciada, pero para clarificar las cosas me parece aceptable la descripción.

ETIOLOGIA

Aunque la causa más comunmente aceptada como factor desencadenante de la hipergenesis que origina el tumor, son los traumatismos o los factores irritativos, no podemos aceptar totalmente esta hipótesis, puesto que no en todos los individuos jóvenes, en que aparece el condroma o el osteocondroma, están demasiado claros. Debemos suponer pues en consecuencia, que existen otros factores endógenos predisponentes.

En los adultos o personas de la tercera edad, la relación causa-efecto, puede ser más evidente; como en los casos en que existen: onicogrifosis u onicriptosis crónicas, el uso de zapatos inadecuados (cortos o estrechos) o insultos y traumatismos repetidos en una misma zona, como se da en determinados deportistas. También pueden ser factores determinantes la existencia de enfermedades infecciosas o sistémicas.

SINTOMATOLOGIA

Aparición de una zona de piel tersa, brillante y enrojecida en la punta del dedo.

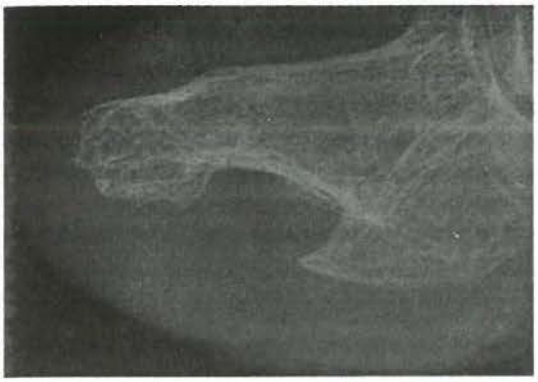
Elevación de la uña con propulsión hacia el borde libre, (en los condromas sobre todo) en algunos casos agudos, rotura de la dermis, en orificio circular, por donde asoma el condroma.

Dolor en la marcha que tarda en desaparecer cuando ésta cesa. En muchos casos sigue doliendo al acostarse.

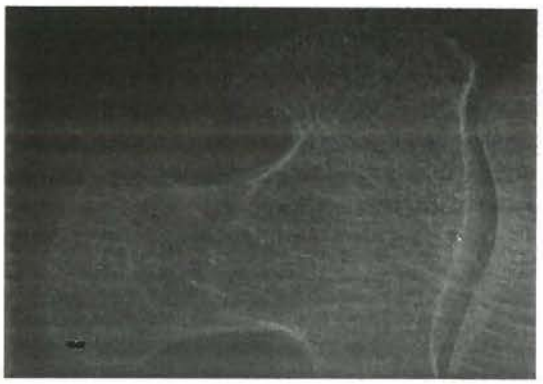
Dolor agudo a la presión de la uña, sobre el plano oseo de la falange, al igual que en el caso de la verruga o del heloma subungueal.

A pesar de estos síntomas, que en algunos casos pueden darnos un correcto diagnóstico, lo que deberá proporcionarnos la certeza absoluta de la situación, importancia y morfología del tumor, será la radiografía que deberá realizarse en todo caso sospechoso. Es lamentable que en muchas ocasiones, el podólogo, no recurra a este medio de diagnóstico, que con un coste adicional muy pequeño, le permitirá llegar siempre a diagnosticar con certeza y en muchas ocasiones, le conducirá a hallazgos importantes o simplemente curiosos.

La radiografía deberá hacerse solo del dedo. Las radiografías de todo el pie o del antepie, frecuentemente no son demasiado demostrativas, pues dada la diferencia de densidad de los diferentes huesos del pie, resultan demasiado duras a nivel de las falanges distales (por sobrexposición). Yo particularmente, uso placas dentales Kodak Ultra-Speed de 31 × 41 mm. efectuando



Espolón en laa cara plantar de la falange distal del primer dedo. (Mujer, 72 años).



Hipertrofia del condilo interno de la base de la 2.ª falange del dedo 1.º (H. 73 años).

un disparo de 1 segundo con una intensidad de 40 KV, a una distancia de 30 cm. con los resultados que ven Udes. en las diapositivas que les presento.

Existen muchas exostosis asintomáticas, que naturalmente no deberemos de tratar, ni de alarmar al enfermo.

En general deberemos pensar en la posibilidad de que exista una exostosis en todos aquellos casos en que exista:

a) Dolor, no específico, en la porción distal de cualquier dedo.
b) Onicocriptosis rebeldes o recidivantes (con o sin granuloma).
c) En el Hallux rigidus.
d) En los dedos hiperextendidos o hiperflexos.
e) En los helomas crónicos o rebeldes de las falanges distales.
f) En las úlceras, fibromas o granulomas periungueales o distales.
g) En las verrugas del surco ungueal o borde libre de la uña.

TRATAMIENTO

Si bien el tratamiento de los fibromas, granulomas, acantomas, angiomas y tumores glómicos, podrá intentarse y en muchas ocasiones lograrse con medios químicos o físicos (Queratolíticos, caústicos, electrolisis, cauterizaciones, fulguración, crioterapia, radioterapia o incluso con citostáticos inyectados en la base del tumor papilomatoso o verruga plantar); el tratamiento de las exostosis será siempre quirúrgico. Solo en el caso de que no sea posible realizar la intervención se procederá al corte de la uña hasta detrás de la exostosis a fin de evitar la compresión y se procederá a la aplicación de un vendaje con algún tipo de protección para la uña (fieltro, gomaespuma, plancha de silicona, etc.) y se procederá a la realización de una ortesis.

La intervención para la extirpación de la exostosis es muy sencilla y no requiere material exclusivo para este fin, como pueden ver.

Previa cuidadosa asepsia del operador y del ayudante, se procede al lavado de la región con una solución antiséptica (alcohol yodado, armil, etc.).

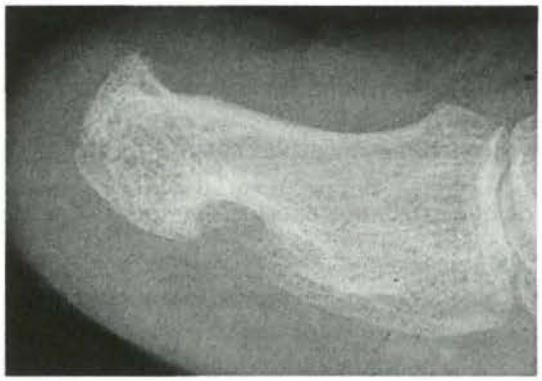
A continuación se procederá a realizar la anestesia. Yo personalmente, realizo siempre un pre-anestesia de la dermis a fin de mitigar la desagradable impresión de la introducción de la aguja, con cloruro de etilo, inyectando a continuación la anestesia (novacaina al 1 o Scadicain, siempre sin vasoconstrictores; 2 ó 3 cc. son suficientes).

Antes de comenzar la intervención aplicaremos una venda de goma en la base del dedo como hemostásia preventiva y realizaremos a continuación una pequeña incisión en el borde ungueal o en la punta del dedo, debajo del borde libre de la uña, según la localización del tumor; se introduce por la herida unos alicates de punta fina y se corta la exostosis, lo más cerca posible de la falange. Se procede después con una lima al raspado del lugar de la inserción y a continuación se lava la cavidad con suero fisiológico inyectado a presión con unajeringa de 10 cc. a la que podrá aplicarse una aguja de gran calibre 10/10 o 11/10. Si los bordes de la herida

quedaran algo separados se procede a su aproximación mediante una lámina de Opsaid o tiritas adhesivas estériles. Nunca empleo la sutura.

Finalmente, se procede a la aplicación de una pomada con algún tipo de antibiótico y se realiza un vendaje ligeramente compresivo. Esta cura se renovará a los 3 ó 4 días y a los 8 ó 10 días la herida habrá cerrado completamente. Como norma postoperatoria, se prescribirá el uso de un calzado de puntera ancha y holgada. Si se trata de un sujeto joven se le prohibirá hacer deporte durante un mes.

Las exostosis subungueales, si se extirpan correctamente, no recidivan y la intervención no resulta comprometida, pues con el único tumor maligno, con el cual podría ser confundido es el osteosarcoma o el fibrosarcoma, pero estos tumores afortunadamente, no suelen implantarse en el sector distal de los dedos del pie.



Exóstosis subungueal intervenida (Mujer 77 años).

Radiografía de la misma enferma 3 años después.

Du Vries, que hace un exámen muy meticuloso de la inserción, virulencia y recidivas de los tumores malignos, registra 69 melanomas subungueales estudiados por Pack y Adair pero no describe ningún caso de sarcoma en la zona que ahora estudiamos y eso a pesar de que el 70% de los casos de sarcoma se dan en individuos jóvenes (de 10 a 30 años) y de que aproximadamente el mismo porcentaje se da en la extremidad inferior. Reseña sarcomas de astrágalo, de cuñas, de calcáneo y desde luego de las diáfisis de los huesos largos de la extremidad caudal, pero ni uno, en los dedos del pie.

En mi larga trayectoria profesional, no he visto nunca descrito un sarcoma de dedo y mucho menos del segmento distal, no obstante deberemos proceder siempre al exámen anatomapatológico de la pieza después de su extracción, sobre todo cuando se trate de individuos jóvenes.

Solo nos resta ya decir algo sobre el melanoma subungueal, el único tumor maligno que aparece en esta zona y cuya presencia será siempre motivo de seria preocupación por su extraordinaria virulencia.

El melanoma aprece como una úlcera fungosa de color pardo-oscuro o negro, en el borde de la uña o en la matriz uncular destruyéndola. No es doloroso. Ni responde a los tratamientos habituales. Lo más aconsejable es remitirlo inmediatamente al dermatólogo, quien dirigirá el tratamiento a seguir.

Y ya, finalmente, con la experanza de que la experiencia adquirida durante tantos años de vida profesional pueda haberles sido de alguna utilidad, les agradezco sinceramente a todos la atención y la paciencia que han tenido al escucharme. Muchas gracias.

José FERRE ANGLADA
Podólogo
BARCELONA

CURSOS Y JORNADAS

LABOR DE LAS DELEGACIONES - MALAGA

En esta Delegación de Podólogos de Málaga, durante los días 31 de Enero y 1 de Febrero y con motivo de la remodelación y modernización de nuestra sede, han tenido lugar unos actos científicos y culturales, que han venido a demostrar, el grado de unión e interés, por todo cuanto se refiere a nuevos conocimientos y técnicas podológicas y sobre el uso y tratamientos con laserterapia aplicados a la Podología.

EL día 31, como ya mencionamos anteriormente, tuvimos nuestra Asamblea Provincial, para tratar asuntos locales, como así mismo, presentar a todos los compañeros la remodelación de nuestra sede, que ha quedado según manifestaciones de todos los invitados, como deben de estar todas, dignas, bien montadas, cómodas y abiertas a todos los compañeros que quieran pertenecer a ella; cuando se procedía a presentar el estado de cuentas, todos los presentes dieron muestras de la extraordinaria confianza, que tienen en la Junta Directiva, dando su aprobación y conformidad por aclamación, siendo felicitados los artífices directos de esta remodelación, Srs. Tellez, Don Eloy, Delegado en Málaga, de la Asociación Española de Podólogos y D. Eugenio Rojas, Delegado de la Asociación Andaluza en Málaga, como también a los restantes miembros de la actual Junta.

El día 1 de Febrero, los eminentes Podólogos, Srs. D. Manuel Albalá y D. José Carmona, dieron unas magistrales conferencias, que fueron del máximo interés de todos los asistentes.

El Sr. Albalá, demostró con unas magníficas diapositivas, como también con un videocassette, la intervención por él practicada, con trepano, sobre la extirpación de rodete y espícula ungueal en la onicocriptosis, demostrando su extraordinario saber y desinterés, para con todos los compañeros, mostrándoles sus conocimientos y bien hacer de todo tipo (nuevas técnicas, propias de su interés de investigación, económicas, etc.) a todas luces encomiebles ya que no suele reparar en gastos propios, cuando se trata de enseñar a sus compañeros aquellas técnicas por él empleadas para la extirpación de rodetes y mamelones con trepano, vuelvo a insistir de una belleza y limpieza quirúrgica extraordinaria.

Posteriormente el Sr. Carmona, nos deleitó con su magnífica conferencia sobre "Aportaciones a la Cirugía, por la mínima incisión" con la aplicación de la Laserterapia en la cicatrización y hemostasia, dándonos toda una lección sobre fundamentos, tratamientos, dosificación y resultados de la mencionada técnica.

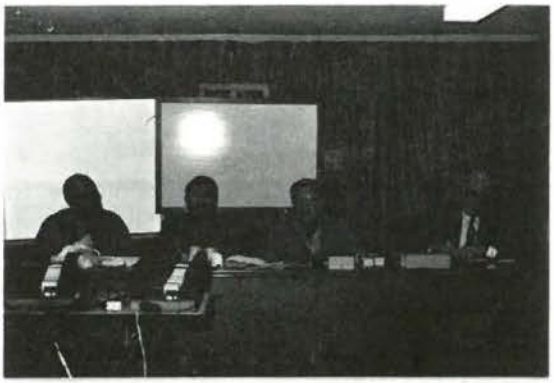
Ambos conferenciantes, posteriormente tuvieron la gentileza de mantener una mesa redonda, donde todos los asistentes pudieron intervenir ampliando aquellos conceptos y técnicas que no hubiesen quedado suficientemente claros en sus exposiciones anteriores.

Por la noche, después de las conferencias, todos los Podólogos y respectivas Sras., fueron obsequiados con una grata velada, en un afamado Restaurante de esta bella ciudad de Málaga, que a todos nos ha dejado un agradable recuerdo.

De esta forma, es como se hace una buena PODOLOGIA, con unión y confraternidad entre todos los PODOLOGOS, por el bien de nuestra profesión. VIVA LA PODOLOGIA.

Eugenio Rojas Aguilar

1.ª JORNADA TECNICO-PRACTICA DE ORTOPODOLOGIA CELEBRADA POR LOS PODOLOGOS DE CASTILLA-LA MANCHA



Se celebró en Albacete el día 8 de Marzo de 1986 con gran éxito de asistencia, el primer acto formativo profesional de los Podólogos manchegos.

La asistencia de más de 50 compañeros fue el mejor facicate para continuar en un futuro próximo con dichas sesiones.

La clausura y entrega de Diplomas fue presidida por el Vice-Rector de la Universidad de Castilla-La Mancha y contó además con la aportación didáctica y práctica del compañero Evaristo Rodríguez Valverde.

Luis Juan Navarro
Delegado de Albacete

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel.

P.V.P.
333,— Ptas.

No precisan apositos ni vendajes.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
227,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

FORMACION POST-GRADUADA DEL PODOLOGO
FORMACION HUMANA DEL PODOLOGO

José Luis Moreno de la Fuente
MADRID

La última parte de la ponencia, en la que trataremos de la formación post-graduada y humana del podólogo, la expondré personalmente, porque estoy convencido de que las Asociaciones, y naturalmente los presidentes, tenemos una gran responsabilidad en este sentido, y no sere yo quien la eluda, al menos intencionadamente.

Es un tema árido pero trascendental, por lo que me voy a permitir rogaros toda vuestra atención a la vez que me comprometo a ser breve y conciso. Al final os pasaremos un vídeo y luego entraremos en el coloquio que os anunciaba al principio.

Para empezar, fijaremos los objetivos a conseguir a través de esa formación y que serán:

- Conseguir el mayor desarrollo científico-técnico del Podólogo.
- Aumentar la seguridad personal en el ejercicio de la profesión.
- Facilitar el intercambio de experiencias.
- Vertiente externa: Demostrar a la sociedad nuestra preparación y nuestro deseo de superación.

Para conseguir estos objetivos podemos utilizar los siguientes medios:

- Conferencias-Coloquios.
- Cursos.
- Seminarios. Para temas más concretos y un número más reducido de asistentes.
- Congresos.
- Revistas y publicaciones profesionales.

Una vez fijados los objetivos y vistos los medios que podemos utilizar, y para facilitar su estudio, vamos a desglosar la acción formativa en:

- Propiamente podológica.
- Inespecífica (jurídico-legal, social, etc.).

Empezaremos comentando esta última, ya que la formación inespecífica tiene gran importancia y en ella vamos a incluir la formación humana del Podólogo. Como ejemplo de la importancia que tiene este tipo de formación, baste decir que los psicólogos industriales aseguran que un trabajador hace bien su cometido, y por tanto rinde, cuando funcionan las estructuras informales, es decir, aquellas que facilitan los contactos y la formación no propiamente profesional.

Para nosotros, la formación inespecífica o no propiamente podológica, deberá tender a:

- Facilitar el desarrollo de nuestra profesión de podólogos.

- Incrementar la seguridad en nosotros mismos.

- Crear mentalidad de "clase", entendiendo como "clase" un conjunto humano con unas metas comunes, con una problemática socio-laboral igualmente común y la unión en torno a estas ideas.

- Hacer ver a la sociedad la necesidad del podólogo.

Dentro de este tipo de formación podemos incluir conferencias o charlas sobre temas tan diversos como "La fotografía científica" o el marco legal de la podología, información sobre la utilización de ordenadores en la consulta del Podólogo o la documentación que se ha de tener en la consulta, etc.

Un aspecto importante en este tipo de formación es el ejemplo que podamos dar desde los puestos representativos, o el modo en que nos preocupemos por organizar nuestros cursos o actividades, ya que siempre, además de los aspectos científicos de lo organizado, hay detalles que se captan casi incoscientemente y que pueden influir sobre el comportamiento de terceras personas.

Antes de meterme con la formación propiamente podológica, quiero hacer un inciso para comentar un aspecto importante para la formación propia, para la de otros compañeros y para establecer bases seguras en las que fundar la Podología; me refiero a lo bueno que sería que dedicáramos un cierto tiempo a tabular los datos de nuestros ficheros para hacer entre todos unas estadísticas reales con los porcentajes actualizados de los distintos tipos de patología del pie.

Estoy convencido de que guardamos en nuestros ficheros datos valiosísimos a los que podríamos sacar gran partido empezando por el enriquecimiento personal del compañero que dedique un poco de su tiempo a estudiarlos y verificarlos.

Una vez hecha esta puntualización, continuaremos con la formación propiamente podológica, a la que también podríamos desglosar a su vez en FORMACION PODOLOGICA ESPECIFICA y FORMACION PODOLOGICA GENERAL, que aunque imbrincadas, la primera sería aquella que se ocupa de la patología que vemos y tratamos en su totalidad y a diario, por ejemplo la uña incarnada, mientras que la segunda sería aquella imprescindible para el desarrollo de la actividad podológica, aunque a nosotros no nos corresponda en su totalidad. Este sería el caso de la diabetes o de la arteriosclerosis, de los que también estamos obligados a tener un extenso conocimiento.

Una vez estudiados los medios, objetivos y necesidades, es el momento de conjugar todos los datos y ver qué se debe de hacer para que la formación sea eficaz.

Nosotros creemos que para conseguir altas cotas de eficacia hay que partir de unas ideas básicas claras: El éxito en la formación no vendrá nunca dado por la duración de los cursos, ni por la pomposidad o las ostentaciones en la organización o en los ponentes; el éxito, vendrán de la mano de la asistencia, de la participación y de la posterior utilidad que de ello se pueda sacar a corto plazo. De aquí podemos sacar una primera conclusión: sacrificar el lucimiento y las fastuosidades en beneficio de la utilidad.

Otra cuestión es motivar a los podólogos para que por propia iniciativa deseen adquirir esta formación. Para ello, hay que hacer un estudio profundo utilizando todos los datos posibles, aplicando los conocimientos sobre comunicación y poniéndose en el lugar de cada uno para intentar averiguar qué es lo que quiere que se le ofrezca.

Nosotros, después de estudiarlo detenidamente, meditar y contrastar opiniones, creemos que las características que deben reunir las acciones formativas para cumplir su objetivo, podrían resumirse en:

- Programa atractivo que tenga visos de utilidad inmediata.

- Bajos costes para el asistente.

- Fechas y horario que no interfieran demasiado la actividad laboral.

Me dentedré un momento para comentar el segundo punto.

La formación nunca deberá plantearse como negocio, por una parte porque es un servicio que "no tiene precio" y que únicamente deberá tender a autofinanciarse, y por otra porque en el caso de estar organizado por las Asociaciones, lo que es nuestro caso, van dirigidos a personas que ya pagan sus cuotas para recibir unas prestaciones que incluyen, o deberían incluir, la formación continuada. Además, en el caso de montarse para que deje algo de dinero, el Podólogo siempre se preguntará "qué es lo que voy a recibir a cambio de lo que yo pago", y la verdad es que muchas veces se da bastante poco para los altos precios que se cobran en concepto de inscripciones.

Teniendo en cuenta estos datos, creemos que lo más eficaz, por aproximarse a los principios mencionados, son los CURSOS DE UN SOLO DIA DE DURACION, ya los dediquemos a tratar diferentes temas, o a uno solo con carácter monográfico.

Estos cursos pueden ofrecer un programa atractivo que tenga visos de utilidad inmediata, ya que al ser de duración corta no necesitan "meter paja" para rellenar los huecos libres ni cansan a los asistentes, lo que les permite mantener la atención a todas las exposiciones y por tanto sacar el máximo provecho.

Se pueden hacer con bajos costes para el asistente y además se evitan gastos hoteleros, que suelen ser elevados, y no se pierden los ingresos por dejar de pasar la consulta varios días. Finalmente, dan siempre opción a escoger fechas que no interfieran con la actividad normal.

Los actos de mayor duración, como el que estos días celebramos, también deberán planificarse ajustándose al máximo a las características reseñadas y deben reservarse para ocasiones muy determinadas, como puede ser el Congreso de la Asociación Española o para seminarios sobre temas prácticos o cursos más concretos como el III Curso de Técnicas Podológicas y los Cursos de Anatomía Clínica.

Esto es todo lo que os quería comentar, teniendo en cuenta que, como os decía al principio, he procurado resumir mi exposición sobre la formación del podólogo buscando la brevedad.

Ahora vamos a ver un vídeo confeccionado especialmente para esta ocasión en el que comprobaréis la enorme importancia de este tipo de acciones formativas para lo Podólogos, y posteriormente abriremos el coloquio.

COMENTARIOS DE LIBROS

Monographies de Podologie (Monografías de Podología) número 6. Pathologie del Orteils (Patología de los dedos), bajo la dirección de Claustre et Simon Editorial: Masson, en francés. Precio 7.550 ptas. 1985.

Contenido del libro Patología de los dedos: Anatomía y biomecánica de los dedos. Embriología de los dedos. Exámen de los dedos. Exámen clínico de los dedos. Radiografía de los dedos. Exploración scanergráfica de los dedos. Interés semiológico de la exploración de los músculos.

Malformaciones: Las malformaciones congénitas de los dedos. La Macrodactilia. El tratamiento quirúrgico del quinto dedo varo. Quinto varo supraductus, tratamiento en el adulto. Desviaciones laterales de los dedos.

CALLOS Y DEDOS Y GARRA

Cura de los dedos en garra por transplante de los flexores. Alteraciones del dedo gordo. Callos en los dedos, conducta práctica. El heloma interdigital: signos, diagnóstico y tratamiento. El síndrome doloroso del segundo dedo y la articulación metatarsofalángica.

Patología neurológica. Dedos espásticos y distonias de los dedos. Reflexología de los dedos y la paraplegia. Higiene de los dedos en el paraplégico. Hemiplegia en el adulto, los dedos.

Amputaciones. Amputaciones de los dedos, primer dedo. Transplante de los dedos de las manos a los pies.

El pies vascular: indicaciones y amputación de los dedos. Secuelas de los amputados arteriales.

PATOLOGIA INFLAMATORIA: Los dedos y el reumatismo. Los dedos soriásicos, atención en los dedos en el síndrome Fiessinger. Leroy Reiter.

Patología Infecciosa. Las infecciones piógenas de los dedos, Patología micótica de los dedos. Patología tropical de los dedos.

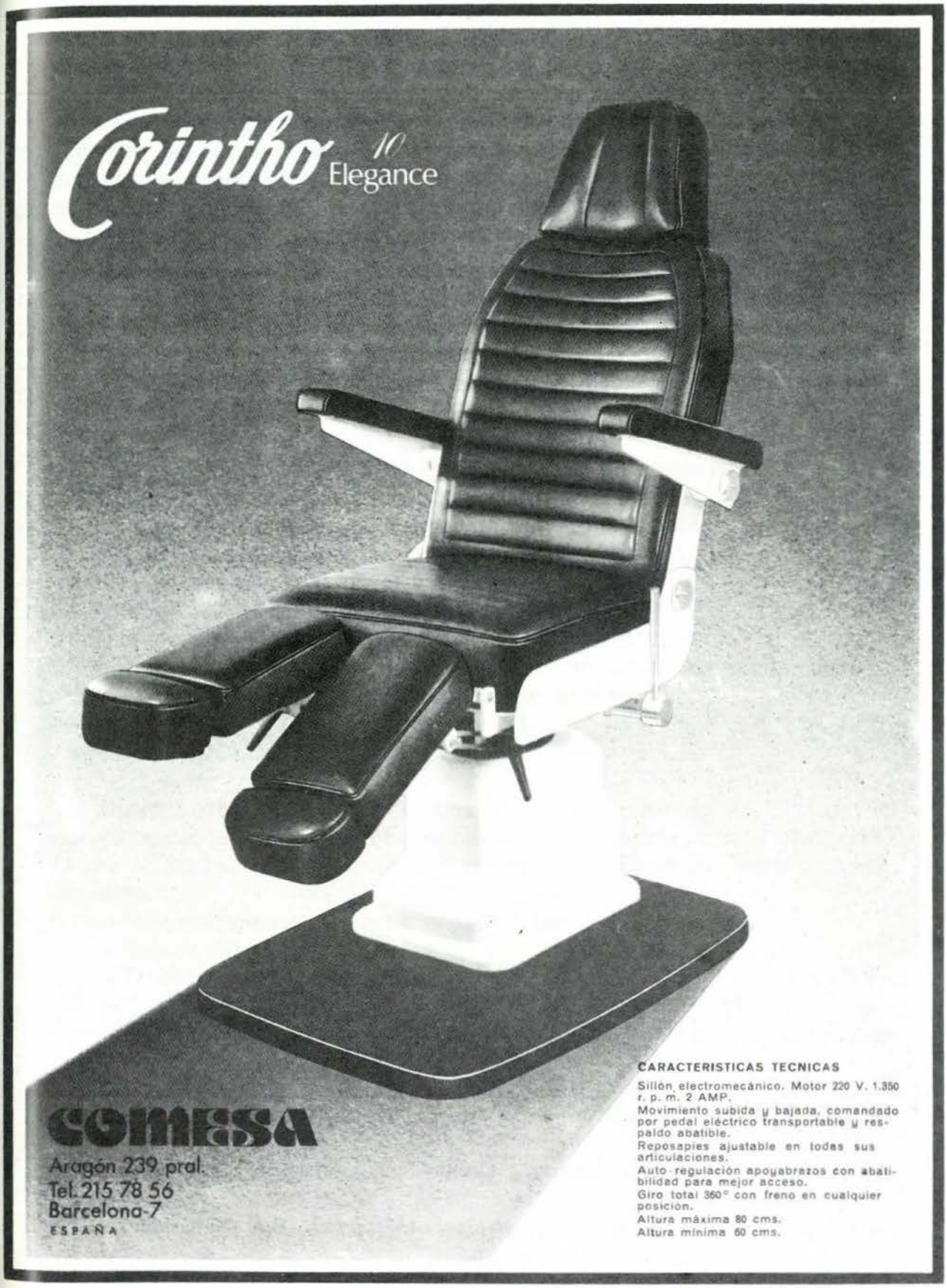
Patología Tumoral. Clasificación de los tumores en los dedos. Los osteomas en los dedos.

Patología Traumática. Patología Geriátrica.

La uña. Anatomía y biomecánica. La uña incarnada. La exostosis subungueal. Las anomalías ungueales. Lesiones ungueales en la poliartritis reumática. Tratamientos de los dedos. Ortosis, calzado, plantillas. Los protectores epidérmicos. Las ortosis de los dedos. Las ortosis de los dedos con elastómeros de siliconas. Resultados clínicos. La reeducación de los dedos. La ortonixia. La prótesis ungueal.

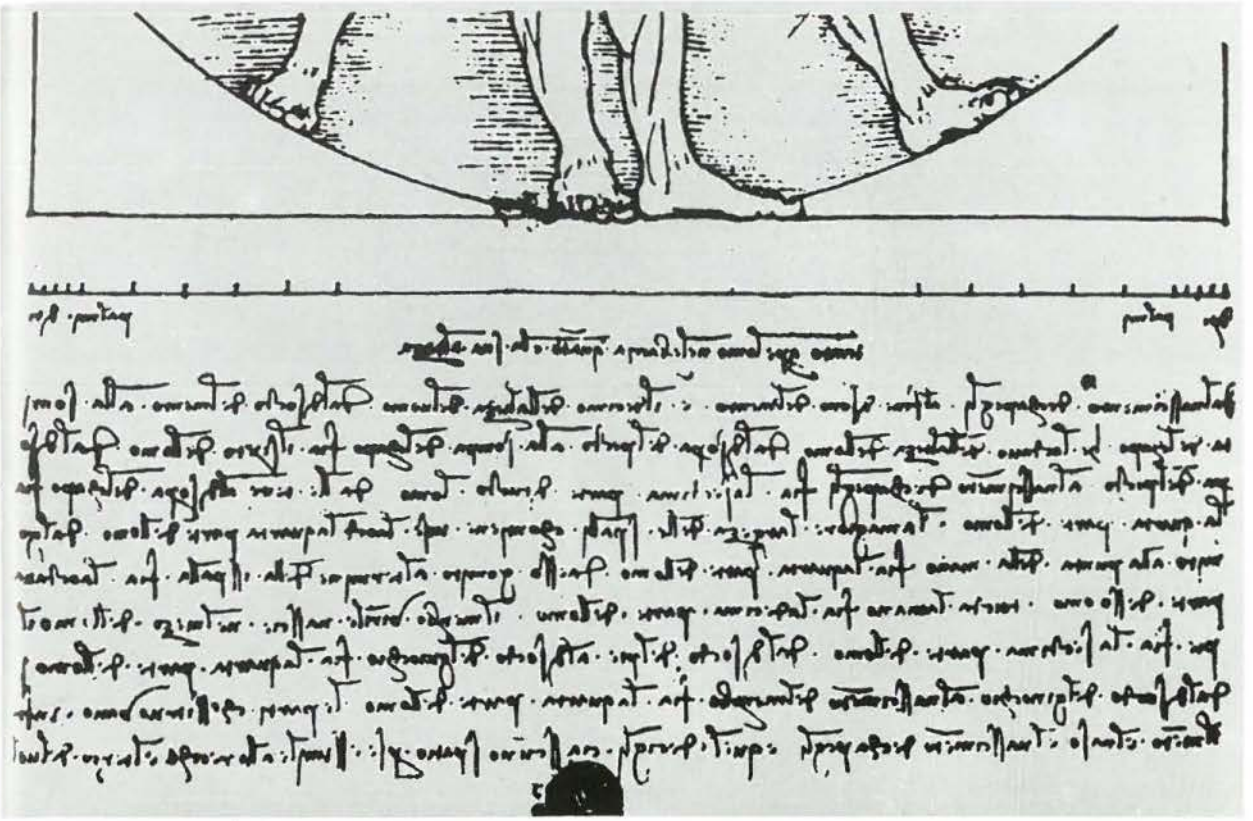
Historia de los dedos.

Luis Pascua. Podólogo
León


Corintho 10 Elegance
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

MADRID • Carretera Canillas, 99 bajo • 28043 Madrid • Tels.: 2003469 y 7594665
BARCELONA • Provenza, 281. 1.º, 2.ª • 08037 Barcelona • Tel.: 2157749

SUMINISTROS MEDICOS LUGA



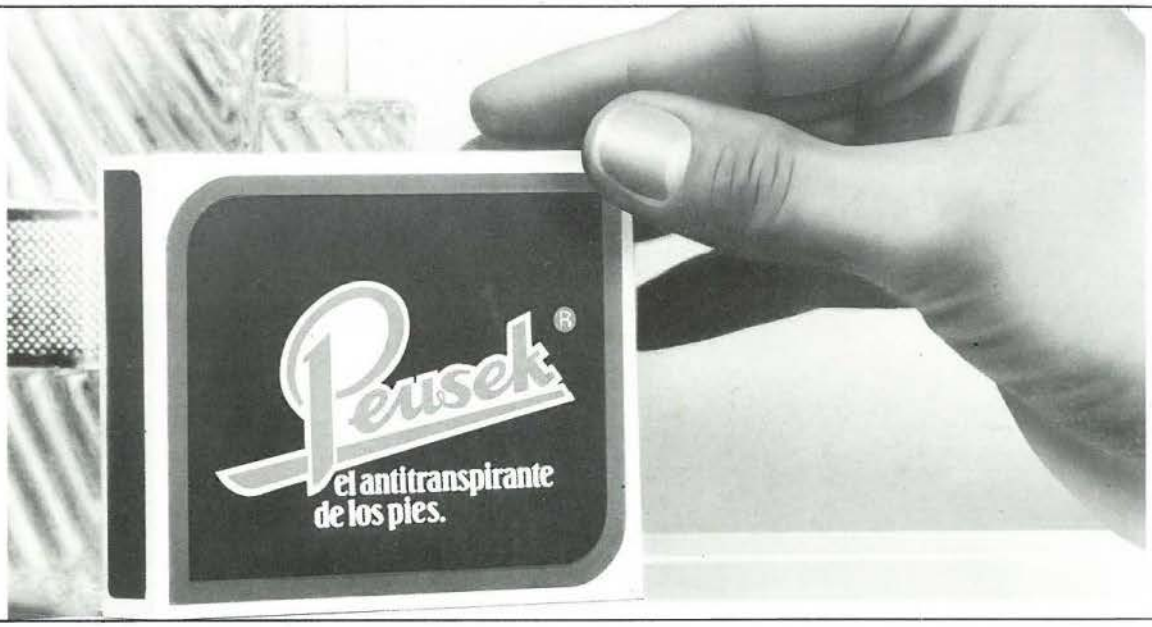
REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

MAYO-JUNIO
1986

A.E.P.
n.º 105

PEUSEK®

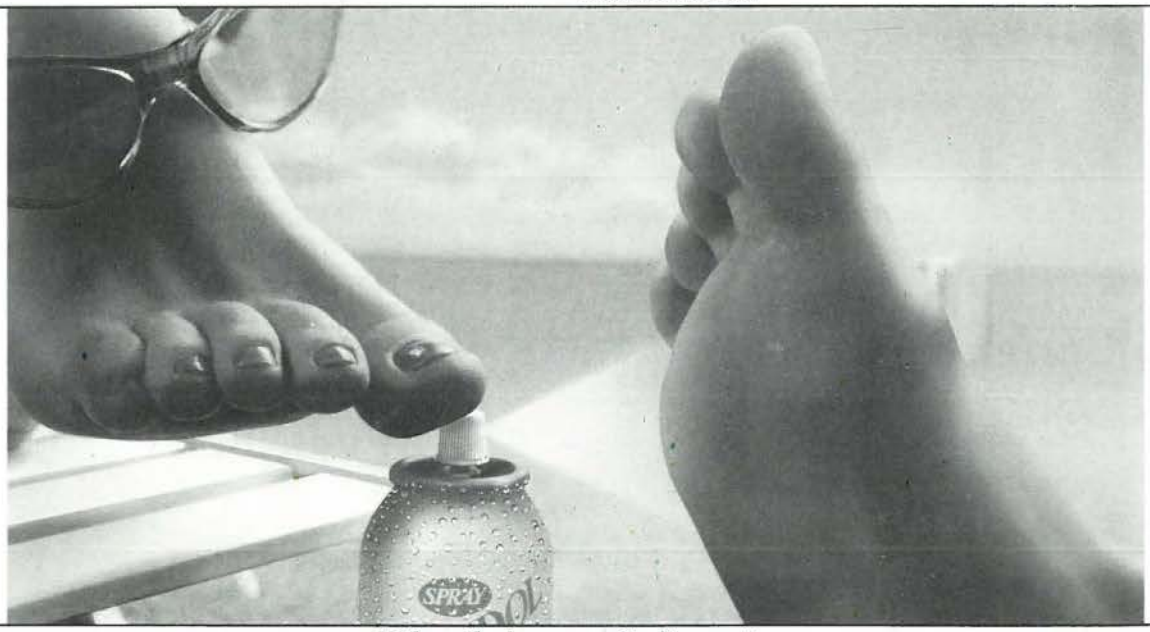
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS.



SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION
P E U S E K , S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

ARCANDOL®

- DE ACCION REFRESCANTE Y DEFATIGANTE DE LOS PIES
- APLICADO ANTES Y DESPUES DEL USO DIARIO DE PLANTILLAS O ZAPATOS ORTOPEDICOS, MINIMIZA LAS MOLESTIAS DE ADAPTACION
- RECOMENDABLE A PERSONAS QUE FATIGAN SUS PIES EN EL TRABAJO HABITUAL, Y EN LA PRACTICA DE LOS DEPORTES.



El relajante de los pies

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
San Bernardo, 74
Teléfono 222 87 63
28015 - MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime
Repro. Garval
Lucero, 12
Telf.: 479 69 73
28047 - MADRID

Empresa de Publicidad
Garsi, S.L.
Londres, 17
28028 - MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215

SUMARIO

Rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

¡Y por fin el Consejo emite Informe favorable!

En la larga lucha, no sin tropiezos, de la consecución del Decreto transformador de nuestros estudios, la postura contraria del Consejo ha sido factor determinante para que no se haya conseguido su aprobación.

La falta del Informe preceptivo en aplicación del art. 130.4 de la Ley de Procedimiento Administrativo en la aprobación del Real Decreto de 12-XII-80 sobre integración en la Universidad de los estudios de Podología, hizo posible el posterior Recurso y la anulación del citado Decreto por sentencia del Tribunal Supremo.

Posteriormente se ha luchado en varios frentes para conseguir la puesta en vigor de un nuevo Decreto.

No se ha evitado la relación con el Consejo, más o menos tempestuosa según los momentos y las circunstancias, pero esta Junta Directiva ha tenido claro que aunque la Ley de Procedimiento Administrativo no confiere carácter vinculante al Informe del Colegio Profesional, la Administración se vería mucho más resuelta a su aprobación si contaba con el apoyo corporativo.

Por dos veces ha tenido ocasión de emitir el informe correspondiente a otros tantos proyectos con resultado fuertemente negativo.

La determinación del M.º a no incluir Podología dentro de las especialidades de Enfermería y la situación de las negociaciones para la fijación del n.º de especialidades y la forma de su obtención, ha facilitado el acuerdo de compromiso para que ante una nueva consulta del proyecto por parte del M.º, el Consejo emite por primera vez un Informe favorable.

Es hora de felicitarnos ante este importante y memorable hecho, y cuando en otras ocasiones hemos echado en falta en el Consejo la voz solidaria y amiga del sentir de la mayoría de los podólogos, es justo reconocer que en estos momentos lo hemos encontrado.

Es de esperar que con la andadura del nuevo Gobierno y dado que no ha habido variación sustancial en los responsables del M.º de Educación y Ciencia, sea en poco tiempo un hecho nuestro ansiado Decreto.

Hacemos votos para que el espíritu de buena voluntad final del Consejo se mantenga por tiempo indefinido, ya que no han de faltar temas en los que va a ser necesario ir aunados en mutuo provecho, y esta Junta Directiva pondrá su mayor empeño en que así sea.

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS CELEBRADA EN ZARAGOZA EL DIA 5 DE MAYO de 1986

En la ciudad de Zaragoza, siendo las 9,30 horas del día cuatro de Mayo de 1986 se celebra la Asamblea General de la Asociación Española de Podólogos con la asistencia de 143 asociados siendo Presidente de la misma D. Luis Cajal Roibal y habiéndose cumplido los plazos legales de convocatoria a los 1.385 socios.

El Presidente saluda a los presentes agradeciendo la asistencia.

A continuación cede la Palabra al Secretario de la Asociación D. Juan José Araolaza Lahidalga quien da lectura al acta de la Asamblea anterior siendo aprobada por unanimidad.

Por ausencia justificada del Tesorero de la Asociación, el Presidente da lectura al capítulo de Ingresos y Gastos y Presupuesto para el próximo año.

Intervienen pidiendo diversas explicaciones, originadas por la diferencia del montante entre los gastos y el presupuesto presentado, los socios José Luis Mata Malas y Mariano Rodríguez Esteban.

Tras la debida aclaración de que uno y otro se refieren a plazos de tiempo diferentes ya que los resultados no son los comprendidos a un año completo, Mariano Rodríguez es de la opinión de que la Asociación debiera de realizar la compra de un local para su sede permanente, por considerar más gravoso el alquiler y los gastos de acondicionamiento.

El Presidente no comparte su opinión ni tampoco José Luis Moreno dando sus argumentos.

Tras estas intervenciones se somete a votación su aprobación siéndolo por unanimidad.

Se pasa a continuación el Informe de gestiones iniciando el Secretario con la situación de la aprobación del proyecto de Real Decreto. Hace incapié en la importancia del hecho que por primera vez se ha dado de que el Consejo General de A.T.S. y en la persona de su Presidente en funciones Máximo González Jurado haya emitido Informe favorable al Proyecto de Real Decreto. Este hecho de singular importancia ha sido dado a conocer por el propio Máximo González con ocasión de su asistencia a este Congreso, especialmente invitado por la Junta Directiva de esta Asociación.

Tras explicar las fases de tramitación que esperan a su aprobación hace votos para que se den lo antes posible, asegurando que no han de faltar esfuerzos de presión para que se de este hecho en el menor plazo posible.

El Presidente Sr. Cajal da las explicaciones necesarias para la comprensión de los trámites realizados respecto a la implantación del IVA. Lamenta que haya existido descoordinación y falta de precisión al dirigirse al órgano competente y haya ello originado una resolución no satisfactoria. Sin embargo se está estudiando el recurso pertinente que exima de IVA las ortesis que confeccionamos. Todo ello teniendo en cuenta que según la reglamentación del IVA nuestra actividad como asistencia sanitaria que está exento de tal impuesto.

A continuación el Secretario da cuenta de la sentencia de la Audiencia Territorial de Madrid por la que se anulan los Estatutos de la Asociación Española de Podólogos por no ser conformes a derecho. Se ha realizado el consiguiente recurso y al mismo tiempo se están estudiando unos nuevos Estatutos en una fórmula de tipo Federal.

El Presidente cede la palabra a Zacarías García de Andrés, Vicepresidente de la Federación Internacional de Podólogos, quién informa pormenorizadamente de la reunión celebrada en Bruselas del 11 al 13 de Abril.

En dicha reunión se decide que el próximo Congreso Internacional se celebrará en Roma en principio en las fechas del 20 al 23 de Octubre de 1988.

Se enviará información pertinente desde la organización del propio Congreso a cada asociado.

El Sr. Cajal informa de las razones que han obligado a dejar el local de Gran Vía y el traslado a la calle San Bernardo de la sede de la Asociación.

En el siguiente punto del Orden del Día, el Secretario da cuenta que la reunión de Junta Directiva de la Asociación Española de Podólogos del 11 de Enero de 1986 acordó por unanimidad proponer a la próxima Asamblea solicitar al M.º de Sanidad la concesión de la Cruz de Sanidad al compañero Joaquín Solé Cuch. Justifica esta propuesta con la lectura de los méritos del citado compañero.

De la misma forma, el vocal de la Junta Sr. Santomé eleva a la Asamblea la propuesta de la Junta aprobada en reunión del 15 de Marzo para solicitar también al M.º la misma distinción para D. Juan Vidán, dando lectura a los méritos por él contraídos.

Recogiendo el sentir de la Asociación Aragonesa, el Secretario da lectura también al acuerdo de Junta por la que se propone a la Asamblea la concesión de la medalla al Mérito Podológico para el compañero José Sánchez Luna.

Puesta a votación las tres propuestas, son aprobadas por unanimidad.

A continuación se plantea la designación del próximo Congreso Nacional.

A la ya solicitada en la anterior Asamblea por parte de Málaga se añade Valencia por palabras del Presidente de la Asociación Levantina Sr. Isaias del Moral Roberto.

Justifica este su solicitud en el deseo de su Asociación de rendir homenaje a la labor de Isaias del Moral Cejalvo, Vicepresidente 2.º de la Junta Directiva de la Agrupación durante muchos años.

El Delegado de Málaga Eloy Téllez manifiesta que con gran placer pueden organizar el citado homenaje en Málaga.

Puesta a votación la elección de las dos candidaturas es designada Málaga por mayoría.

Eloy Téllez da como posibles fechas del 1 al 3 de Mayo.

Dentro del capítulo de ruegos y preguntas interviene Antonio Rodríguez Santana proponiendo que la Asamblea se celebre en el intermedio del Congreso y D. José Sánchez Luna agradeciendo las muestras de cariño recibidos hacia su persona.

Y sin más asuntos que tratar se da por finalizada la Asamblea.

V.º B.º
El Presidente
Luis Cajal

El Secretario
J.J. Araolaza

EXPERIENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE VERRUGAS PLANTARES CON BLEOMICINA POR MEDIO DE DERMO-JET

José M.ª Bernadó i Bondia
Podólogo del CENTRO TERAPEUTICO DE BARCELONA

En el año 1980, ya dimos a conocer en Barcelona a los colegas españoles, nuestro sistema de tratamiento de las verrugas plantares por aplicación intralesional de Bleomicina por medio del aplicador Dermo-jet, método que fuimos los primeros en utilizar, por lo menos en Europa.

Utilizamos para ello, en aquel entonces, una dilución que correspondía a 0'075 mg. de sulfato de Bleomicina por disparo, aplicando, según el tamaño o profundidad de la verruga, entre uno y tres disparos.

Después de aquella experiencia, y basándonos en los trabajos realizados por Fujita, Nonami, Ikeda y otros, llegamos a la conclusión de que podíamos rebajar las concentraciones del producto, manteniendo su actividad y mejorando la problemática posterior de la frecuente formación del exudado intraverrugoso.

Al principio, de la dilución normal del vial de Bleomicina en 10 ml., de agua bidestilada, extraíamos 0'1 ml., con jeringa o aguja estériles, completando hasta 2 ml., de solución anestésica de mepivacaina al 2%, sin adrenalina.

Los resultados obtenidos con esta dilución fueron los que aparecen en esta primera estadística:

Seguimos investigando y actualmente utilizamos una concentración de bleomicina, que una vez depositada en el depósito del aplicador, es equivalente a 0,000015 gr. de producto.

Para llegar a esta dilución, extraemos del vial preparado de Bleomicina 3 ml., que mezclamos con agua bidestilada estéril hasta un total de 10 ml. y lo reservamos en otro vial esterilizado.

Con 0'1 ml., de esta dilución, completamos como en la técnica anterior, hasta 2 ml., de mepivacaina al 2%, también sin arenalina; con la mezcla cargamos del Dermo-jet, y como quiera que la dosis por disparo según el fabricante es de 0'1 ml., en cada aplicación infiltramos en la verruga 0,00000075 gr. o sea 0,000075 mg., dosis totalmente inocua para el organismo.

El número de infiltraciones y disparos no lo hemos variado. De uno a tres según el caso. Las molestias por aplicación y posteriores son mínimas, así como también la reacción exudativa.

Con esta dilución podemos acelerar el tratamiento en los casos de verrugas en mosaico y de siembras, ya que podemos tratar varias cada vez, sin peligro de complicaciones por acumulación de la Bleomicina en el organismo.

RESTAURADOR MANTO ACIDO

PROTECTOR
EPIDERMICO
PODOLOGICO

Mantener un pH adecuado resulta imprescindible para tratar de evitar infecciones de todo tipo. En los pies, además, corrigiendo los trastornos de la sudoración, tanto por exceso como por defecto, se tiene solucionada una buena parte de la salud de los mismos. **RESTAURADOR MANTO ACIDO, CPI,** normaliza rápidamente la fisiología de la piel en los pies ante las permanentes agresiones diarias que éstos sufren, dejando la zona tratada: **TERSA, HIDRATADA, NUTRIDA** y con un **pH FISIOLOGICO** de 5,5. Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

COMPOSICION:

Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%;
Sustancias humectantes (Glicerina, Propilenglicol, etc.), 10%;
Derivados de lanolina, 2%;
Triglicéridos vegetales, 1%;
Aminoácidos y sales inorgánicas, 2%;
Emulsionantes no tensoactivos, 2,5%;
Acido láctico c.s.p. pH = 5,5.

INDICACIONES:

Alteraciones en la fisiología normal de la piel del pie regulando su hidratación, tanto en la excesiva sudoración como en la sequedad. Protección frente a microorganismos patógenos.

MODO DE EMPLEO:

Tras el baño o ducha, extender la emulsión por todo el pie, friccionando suavemente. No deja sensación grasa.

PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 200 cc., 650 pts.

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL
Sagitario, 12
ALICANTE
España

INFORME FAVORABLE DEL CONSEJO GENERAL DE A.T.S. AL TEXTO DEL PROYECTO DE REAL DECRETO SOBRE ESTUDIOS DE PODOLOGIA

Ilmo. Sr.:

MAXIMO A. GONZALEZ JURADO, 1.er Vicepresidente y Presidente en funciones del Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de España, en aplicación del artículo 130.4 de la Ley de Procedimiento Administrativo en relación con los artículos 2.2 y 9.5 de la Ley 2/1974 de 13 de febrero sobre Colegios Profesionales, tiene el honor de emitir informe razonado sobre el proyecto de Real Decreto por el que se transforman los estudios de Podología en primer ciclo universitario, conducente al Título de Diplomado Universitario en Podología, dentro de los plazos previstos en la citada Ley Procedimental.

A la vista del citado proyecto de Real Decreto, este Consejo General emite INFORME FAVORABLE al mismo.

No obstante lo anterior creemos conveniente someter a la consideración de este Ministerio los siguientes aspectos del articulado:

1.º.- En la Disposición Transitoria Primera se contempla que por el Ministerio de Educación y Ciencia y por la Generalidad de Cataluña se fijará el plazo de un año, desde la publicación del Real Decreto sometido a informe, el calendario de *extinción* de las actuales Escuelas Oficiales de Podología.

Entiende este Consejo General que, con independencia de la aplicación del artículo cuarto del texto, las citadas Escuelas Oficiales de Podología deberían, en todo caso, de ser *transformadas,* pero no extinguidas, en función de criterios funcionales, económicos y humanos.

2.º.- Se considera conveniente y así lo entendió esa Dirección General de Enseñanza Universitaria en escrito de 29 de noviembre de 1984 (anexo número uno) que los nuevos Podólogos mantendrán los derechos profesionales que los Podólogos del sistema antiguo tienen conferidos por el Decreto 727/1962 de 29 de marzo.

Esta petición se fundamenta en que, con independencia de que el legislador en su día regule el ejercicio de la profesión de Diplomado en Podología, hasta tanto este hecho se produzca, el nuevo Podólogo no se encuentre con un vacío legislativo que pudiera inhabilitarle profesionalmente.

Por este motivo se sugiere que en la Disposición Transitoria Tercera se incluya un nuevo apartado, cuya redacción podría ser:

"Los efectos previstos por el artículo 1.º.2 y 5.º.2 del Decreto 727/1962 de 29 de marzo, serán igualmente de aplicación a los Diplomados en Podología que obtengan su título al amparo de lo establecido en el presente Real Decreto".

Dios guarde a V.I.

Madrid, 3 de mayo de 1986

Ilmo. Sr. Subdirector General de Centros y Especialidades de la Dirección General de Enseñanza Universitaria del Ministerio de Educación y Ciencia

IMPLANTES EN PODOLOGIA

Por L. AYCART D.P.M.

Ya hace algún tiempo, que los podólogos norteamericanos investigan sobre los implantes subdermales de silicona, aplicados a lesiones queratósicas recidivantes, especialmente en pacientes en que no es apropiado el tratamiento quirúrgico o lo rehusan sistemáticamente.

Así desde 1975 se ha estado probando este tipo de silicona líquida inyectable, con la cautela propia de un producto con reacciones tardías, nocivas para la salud del individuo. Por este motivo ha estado prohibida su venta a no investigadores y sometida a pruebas por la Academia Nacional de Ciencias, Consejo Nacional de Investigación y F.D.A. en los EE. UU.

Actualmente la Collagen Corporation de California, ha desarrollado un producto que posee características aplicables a la implantación por medio de inyecciones bajo las lesiones queratósicas, cuyo nombre comercial es "Implantes de Keragen".

Inyectada subdermalmente en el sitio de la lesión dolorosa, se transforma lentamente formando una robusta trama de gelatina colágena y forma una almohadilla protectora entre la piel y el hueso, productor de la agresión.

Este tratamiento es seguro, eficaz y muy conveniente para aquellos pacientes a quienes la Cirugía no es apropiada, rechazan el desprenderse de una pequeña parte de su cuerpo (casi siempre por motivos religiosos). Y para aquellos que desean un tratamiento más duradero que los cuidados rutinarios de quiropodia.

Su aplicación es sencilla, como cualquier inyectable, sin embargo el paciente ha de someterse a una prueba previa, con un producto preparado al efecto por la misma firma, pero que no tiene similitud al implante propiamente dicho.

En pacientes con reacciones alérgicas atípicas a otras sustancias, han de extremarse las precauciones, la inyección dentro de vasos subdermales puede ser causa de oclusión vascular o fenómenos de infartación o embolismo.

La implantación trascutánea tiene un riesgo inherente de infección y debe de evitarse su uso en zonas con procesos inflamatorios agudos.

La evaluación clínica del Keragen, se limita al seguimiento durante seis meses, su efectividad superior a este período de tiempo no ha sido establecida. Tampoco se puede establecer con seguridad su uso en mujeres preñadas o individuos de menos de 18 años.

Entre los pacientes que se aplicaron pruebas previas de Colagen para restauración de tejido blando con propósitos estéticos, se detectó ligera inflamación, enrojecimiento muy transitorio, ocurridos inmediatamente después de la inyección. Menos del 1% de los pacientes aquejaron una induración moderada, ligero edema y prurito, asociado con episodios de vasodilatación periférica. También se observó en la piel hematoma o decoloración, que se resolvieron espontáneamente.

Entre las reacciones adversas a las pruebas previas de Colagen 1,3% de los pacientes tratados, tuvieron episodios de sensibilización. La mayoría fueron de naturaleza inmunológica y tuvieron lugar a continuación de una prueba positiva que no fue debidamente interpretada. Los trastornos sistémicos fueron muy pocos casos por debajo del 0,03% en pacientes tratados con el test previo, consistieron en nauseas, astralgias, mialgias y cefalea. Una respuesta anafiláctica consistió en un episodio agudo de hipotensión con dificultad respiratoria.

El tratamiento consiguiente con Keragen propiamente dicho, en la mayoría de los casos el dolor duró menos de 72 horas, y estuvo asociado a una caminata intensiva después de la inyección o a una estancia prolongada de pie.

Un reducido número de casos en que se produjo necrosis en el sitio de la lesión (no más allá de una infiltración de papiloma con bleomicina) en los planos superficiales del tejido, cuya resolución tuvo lugar sin secuelas.

Las respuestas a la implantación de Keragen con hipersensividad local, ocurrión en un 1% de los pacientes tratados.

CONTRAINDICACIONES

Esta terapia no debe iniciarse si el paciente presenta:

a) Una respuesta negativa o de rechazo al Colagen previo.
b) Una historia personal de enfermedad de autoinmunidad.
c) Una historia de reacciones anafilácticas.
d) Una hipersensibilidad a la lidocaina o a los inyectables colágenos.
e) Diabetes o signos clínicos evidentes de enfermedad vascular periférica.

Los implantes de Keragen no están indicados para aumentar el tamaño del pecho en las mujeres, o para implantación dentro del hueso, tendón, ligamente o músculo.

Veánse más detalles insertos en el paquete de Keragen para podiatras, podólogos, con completa información sobre indicaciones, contraindicaciones, advertencias, precauciones, reacciones adversas y orientaciones para su uso.

Publicado por cortesía de Collagen Corporati on
2500 Faber Place
PALO ALTO
California 94303 U.S.A.

APUNTES DEL XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA - ZARAGOZA

Con estas notas o apuntes, tomados de los conferenciantes, quiero reflejar a modo de flash, algunas de las frases vertidas; quizás no sean las más relevantes o todo lo explícitas que fuera necesario, pero ciñendome al tipo de trabajo que quería realizar, han tenido cabida las presentes.

Por motivos ajenos a mi voluntad, se han omitido las firmas de M. y A. Rueda, J. Alonso, A. Cros.

A. Gil Acebes

"Podología en la 1.ª etapa: Empírica, artesanal, autodidacta: Cirujano-callista, pedicuro.

Podología en la 2.ª etapa: Legislativa, reglamentaria, académica: docencia, clínica, investigación: Podólogo".

Enrique González

"Deontología: Tratado de derechos y deberes.

Intrusismo: Delito recogido en el código penal, arts. 321, 324. Sospechas de intrusismo: Denominaciones confusas, titulaciones extrañas, tarifas bajas".

Antonio Carrasco

"La formación podológica, nunca deberá plantearse como negocio, únicamente tenderá a autofinanciarse; uno de sus fines será la de conseguir el mayor desarrollo científico-técnico.

El éxito en la formación nunca vendrá dado por la duración de los cursos ni por la pomposidad en la organización o en los ponentes, vendrá de la mano de la asistencia y de la participación".

Jośe Luis Moreno

"Toda investigación debe usar el método científico y basarse en tres datos: Observación, medición y experimentación.

Enfermedad de Thost-Unna: Trastorno hereditario dominante, de etiología desconocida, afectación exclusiva, palmas y plantas.

Protagonistas de la investigación, Villa de Fuetelviejo, habitantes".

Salvador Hervás

"El definitivo asentamiento y evolución de la Podología está condicionada en la actualidad por su situación Académica, haciéndose imprescindible la transformación de los estudios en primer ciclo universitario y la creación del Colegio profesional.

La proyección y evolución del Podólogo y la Podología, estará condicionada por la solvencia económica de nuestras corporaciones.

El colectivo profesional debe estar unido para conseguir los objetivos que nos marquemos, los proyectos nunca son eficaces si no son solidarios"

Francesc Farreras
Andrés Rueda
Rafael Avila

"La no oponibilidad del dedo gordo del pie humano adulto, es común a la no oponibilidad del pie fetal del primate, el cual alcanza la oponibilidad completa al convertirse en adulto al igual que los simios. Hay pruebas irrefutables de nuestro proceder hídrico, el celacanto y el eusthenopteron.

El pie humano, deriva de dos hojas embrionarias, ectodermo y mesodermo".

Salvador Hervas

"Origen del síndrome tóxico, la colza, total afectados unos 24.000; más afectadas las mujeres.

El pie, lo último que se ha tenido en cuenta.

De 35 a 40 años, la edad más frecuente

en que necesitan tratamiento podológico, común característica, falta de panículo adiposo, se realizan plantillas por elementos de material blando, algunas de silicona. Las mujeres como secuelas, problemas psíquicos. Los hombres "síndrome de renta", como conseguir la invelidez".

Manuel Meneses

Inauguración del Congreso en el bello marco del Aula Magna de la antigua Facultad de Medicina.

"La piel es un espejo del metabolismo alterado, la microangiopatía se caracteriza histológicamente por depósito de glucoprotina pas-positivo en la membrana basal engrosada de capilares, arteriolas y vénulas.

La necrobiosis lipoídica diabética, coexiste por lo menos en un 80% de los casos, con diabetes mellitus o con alteraciones en la glucosa. La lesión macroscópica atraviesa cuatro estadios: maculopapuloso, violaceo, de placa y ulceroso. Se caracteriza por su cronicidad".

Antonio Rodríguez

"La rehabilitación del pie, es la parcela más descuidada dentro del campo profesional de Podólogo.

La laserterapia ha obtenido buenos resultados en talagias, bursitis aquilea, metatarsalgias, procesos traumáticos, postcirugía, úlceras, sabañones.

La laserterapia, no es una panacea, se corre el riesgo de ser inconvenientemente utilizada, lo que conduce a la desacreditación social y profesional.

Entre los procesos contraindicados destacan, las neoplasias y en zonas infectadas".

Joaquín Alerm

"Una lesión situada en un punto del pie, puede ser el resultado de una alteración biomecánica alejada de él, de la misma manera, una posición anómala del pie, puede condicionar desequilibrios musculares por encima de éste.

Un conjunto de alteraciones de poca intensidad, que probablemente en un individuo de actividad física moderada no hubiera dado lugar a la aparición de ningún tipo de sintomatología, en un corredor u otro deportista son motivos de serios inconvenientes para la práctica de su afición".

Jordi Fluviá

"En el campo de la patología subungueal, la sintomatología subjetiva y objetiva, en algunos casos puede darnos un correcto diagnóstico, lo que deberá proporcionarnos la certeza absoluta de la situación, importancia y morfología del tumor, será la radiografía que deberá realizarse en todo caso sospechoso.

La radiografía deberá hacerse solo del dedo, uso placas dentales kodak, ultraspeed de 31 x 41 mm., disparo de un segundo, intensidad 40 Kv., distancia 30 cm.".

José Ferre

"Nos sumamos con ilusión a quienes no rechazan la cirugía "a priori" y pondremos siempre nuestro esfuerzo en la práctica de la cirugía de mínima incisión, bajo el imperativo de las mínimas condiciones de calidad y control. Debe ser una alternativa más, debiendo estar interrelacionado con las actuaciones en quiropodia, ortopodología y fisioterapia.

Queremos recabar de Vds. su apoyo en busca de la vía de entrada de la cirugía en los planes de estudio.

Cuando se habla de Podología se hace referencia al tratado del pie, su anatomía, fisiología, patología y tratamiento médico y quirúrgico, en esta definición deben estar

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel.

P.V.P.
333,— Ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
227,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

nuestras metas de formación y los límites profesionales".

Manuel González
Javier Aycart

"El tratamiento correctivo debe iniciarse lo antes posible, cuando se observen alteraciones de los ejes, se aplicará siempre previo exámen de la motilidad articular y de acuerdo con su balance, se deberá emplear plantillas rígidas termomoldeables, previa obtención del molde de escayola, corrigiendo la alteración, se revisarán periódicamente".

Evaristo Rodríguez

"Las señalizaciones de salientes óseos, cabezas metatarsales, en sedestación y correspondientes a la proyección ósea a través de las partes blandas sobre la superficie de la piel, es de dudosa correspondencia en carga, dinámica, por no existir uniformidad en los desplazamientos, y por encontrarse fuera de la realidad del pie, el calzado".

Juan Antonio Torres

"La obtención del molde de escayola (negativo) en decúbito prono, con flexión de rodilla de 90° a 110°, es el auténtico fiel reflejo del pie, por cuanto que quedan totalmente relajadas las partes blandas y en muchos casos la estructura ósea, en la posición fisiológica ortostática normal, sin tener que hacer excesivas maniobras de corrección, eliminando al máximo el riesgo de que el molde se desvirtue".

José Bernal

"Las lesiones del pie muchas veces van a ser consecuencia directa de desequilibrios que observaremos en estática o que en otras ocasiones solo se hacen patentes en la dinámica; dichos desequilibrios pueden estar determinados por una modificación en los ejes de la cadera, muy frecuentemente desde la rodilla y luego los determinados en el retropie o incluso en el antepie.

La posición de la columna, también va a incidir en la problemática del pie, bien por problemas estructurados o vicios posturales".

Angel Fco. Cabezón

"La filosofía del tratamiento con ortesis de silicona, consiste en reconstruir lo más perfectamente posible, la anatomía biomecánica del pie, consiguiendo, de una manera natural y atraumática, que los huesos que forman la malformación anatómica del mismo vuelvan a su posición fisiológica normal. En la formación de las metatarsalgias, intervienen el que las presiones y sobrecargas de los metatarsianos, hacen ceder a la cápsula articular y a las fibras elásticas y tendones que la sujetan, lentamente se va subluxando la articulación metatarsofalángica para luxarse posteriormente".

Conrado Giménez

Intervención del Presidente de la Asociación Española de Podólogos D. Luis Cajal Roibal en el acto inaugural.

"El empleo de los tubos de "moltopren" con o sin silicona tienen una gran aplicación y sus resultados son altamente positivos tanto en la práctica curativa como protectora.

La fabricación de estos tubos es sencilla y económica: Espuma de muy baja densidad, papel adhesivo "scotch", gasa "tull", rodillos de 9 y 7 cm. de circunferencia".

José Villafaina

"Como podólogos reclamamos el deber de estar presentes en el campo de la salud, y no solamente como elementos puramente asistenciales.

Cuando estemos presentes en todas las áreas de la salud pública, podremos decir que la podología está integrada en la sociedad".

Juan Marín

Grupo de congresistas ante la fachada de la antigua Facultad de Medicina.

"La atención podogeriátrica, tiene como preocupación primordial al paciente en su totalidad y la utilización de medios con otro personal de la medicina para lograr un enfoque de equipo de la atención al paciente.

Con la vida debe haber utilidad, aprecio, actividad y bienestar. La salud del pie es uno de los principales catalizadores para contribuir a lograr estos objetivos básicos de dignidad y respeto propio".

Armando Díaz

"Tenemos que pensar, que hay que hacer las cosas muy meditadas, sensatas y claras.

La cirugía de mínima incisión, por la simplicidad de su técnica y los sorprendentes resultados obtenidos, la hacen muy provechosa en nuestra práctica diaria para la curación radical y definitiva".

Luis Aycart

"Técnica quirúrgica de ls onicocriptosis con trépanos: Instrumental quirúrgico:
Motor y pieza de mano
Una pinza pean, y de disección.
Un trépano 3 mm. de diámetro.
Una gúbia plana 4 mm. de filo poco cortante
Una tijera recta, un portatorundas.
Una jeringa y aguja de 15-5, un smarch".

Manuel Albalá

"En el tratamiento ortopédico del pie equino varo congénito, preferimos las férulas a los yesos correctores por los siguientes motivos: Provocan menor atrofia muscular, permiten asociar las manipulaciones durante el tratamiento e igualmente es menos frecuente la aparición de lesiones yatrogénicas en forma de aplastamientos óseos".

José A. Calvo

Celebración de uno de los debates tras las sesiones de trabajo.

"Las sobrecargas metatarsales de una o varias cabezas tienen un tratamiento selectivo dentro de las posibilidades que ofrece la cirugía de mínima incisión (osteotomía del cuello del meta causante del trastorno), el tratamiento ortopédico con soporte de descarga (técnica radiográfica de localización del meta a efectos de la confección del soporte) y por ortosis de silicona digitoplantar.

El panorama de nuestra actuación posible en el antepie y los resultados obtenidos me hace ser ciertamente optimista".

Juan José Araolaza

ORDEN DE CONVALIDACION DEL TITULO DE FISIOTERAPIA

Por la importancia que puede tener en el futuro para la convalidación de nuestro título de Podólogo por lo que de antecedente pueda servir, publicamos el texto completo de la Orden sobre convalidación y adaptación de la especialidad de Fisioterapia para A.T.S. por el título de estudios correspondientes a las Escuelas Universitarias de Fisioterapia.

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

14379 *ORDEN de 28 de mayo de 1986, sobre convalidación y adaptación de la especialidad de Fisioterapia para ATS por el título de estudios correspondientes a las Escuelas Universitarias de Fisioterapia.*

Excelentísimo señor:

La disposición transitoria cuarta del Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre, sobre la integración en la Universidad de los estudios de Fisioterapia como Escuelas Universitarias de Fisioterapia, prevé que quienes estén en posesión del título de Enfermera, Practicante o ATS (Fisioterapeuta), los Ayudantes de Fisioterapia y los que están en posesión del Diploma de Fisioterapeuta, expedido por el Ministerio de Universidades e Investigación (hoy Educación y Ciencia) y deseen obtener el título de Diplomado en Fisioterapia por las Escuelas Universitarias de Fisioterapia, deberán reunir los requisitos que se fijen por este Ministerio.

A su vez, la disposición transitoria segunda de dicho Real Decreto establece que los alumnos que, una vez extinguidos los estudios de Fisioterapia reglamentados al amparo del Decreto de 26 de julio de 1957, no hubiesen superado las pruebas y deseen seguir los actuales estudios de Fisioterapia, deberán continuarlos en las Escuelas Universitarias correspondientes según los planes previstos en el artículo 3.º del Real Decreto anteriormente citado, mediante la adaptación que por este Ministerio se determine.

Es preciso, pues, por un lado, determinar los requisitos que permitan a los titulados que se citan en la disposición transitoria cuarta del repetido Real Decreto ejercer la facultad que se les reconoce en el mismo, en cuanto a la obtención del título de Diplomado en Fisioterapia y, consiguientemente, adquirir los derechos propios de dicho título, para lo cual, teniendo en cuenta las diversas vías y titulaciones que han permitido la obtención de los referidos Diplomas, se ha ponderado la carga académica que, en cada caso, vienen a representar tales Diplomas, de forma que su valoración, en unos casos automática por imperativo de esta Orden y, en otros, ajustada a unos criterios objetivos, asimismo reglados, determinará la vía de obtención del título antes citado. Al mismo tiempo se ha tenido en cuenta la singular vía de obtención de los repetidos Diplomas establecida por la Orden de 11 de abril de 1964, reconociendo para quienes se acogieron a la misma idéntico régimen para la convalidación de aquellos, ajustado en todo caso a sus personales circunstancias académicas y profesionales.

Por otra parte, al establecer el régimen de adaptación que permita a quienes, no habiendo culminado sus estudios de Fisioterapia al amparo del Decreto de 26 de julio de 1957, una vez que queden reglamentariamente extinguidos, conforme a las previsiones del párrafo 1.º del artículo 6.º de la Orden de 14 de septiembre de 1982, proseguir los estudios que se imparten en las Escuelas Universitarias de Fisioterapia, se ha tenido especialmente en cuenta el régimen establecido en el artículo 5.º del ya citado Decreto de 26 de julio de 1957, para la evaluación de aquellos estudios, estableciendo los correspondientes criterios en función de los diversos supuestos que conforme al mismo pueden presentarse.

En su virtud, previo informe de la Junta Nacional de Universidades y del Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios, este Ministerio ha dispuesto:

Artículo 1.º Quienes poseyendo el título de Ayudante Técnico Sanitario o del de Practicante o Enfermera, estén además en posesión de la titulación de Ayudante de Fisioterapia o del de Ayudante Técnico Sanitario (Fisioterapeuta), o del de Practicante (Fisioterapeuta) o del de Enfermera (Fisioterapeuta) o del Diploma de Fisioterapeuta, obtendrán, por convalidación el título universitario de Diplomado en Fisioterapia mediante el cumplimiento de los requisitos siguientes:

1. Presentación y evaluación positiva de su currículum académico y profesional en el campo de la Fisioterapia ante la Comisión constituída al efecto, prevista en el artículo cuarto.

La Comisión, tras evaluar las solicitudes de acuerdo con los criterios que se incluye en el anexo, resolverá con propuesta de otorgamiento de título o, en otro caso, con la exigencia de superación por los interesados del requisito que a continuación se establece.

2. Quienes no obtengan evaluación positiva deberán presentar un trabajo original sobre tema de su elección y correspondiente a una de las áreas establecidas en las directrices de los planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Fisioterapia (Orden de 1 de junio de 1982, «Boletín Oficial del Estado» del 4), en el que necesariamente se expondrán los objetivos del mismo, procedimientos o trabajos aplicados y conclusiones obtenidas, así como las fuentes de investigación y bibliografía consultada.

Los interesados registrarán el tema de su trabajo en la

UNED, que organizará en su seno los mecanismos necesarios para la tutela de los correspondientes trabajos y autorizará, en su caso, su presentación a efectos de su valoración final que, de ser favorable, dará derecho a la obtención del título de Diplomado en Fisioterapia.

Art. 2.º Se entenderán cumplidos los correspondientes requisitos y obtendrán el título de Diplomado en Fisioterapia quienes, estando en posesión de las titulaciones a que se refiere el párrafo 1.º del artículo primero, acrediten estar en una de las siguientes circunstancias:

Primera.– Estar en posesión del título de Diplomado en Enfermería.

Segunda.– Estar en posesión del título correspondiente a los estudios de COU o equivalente a efectos académicos.

Tercera.– Haber superado las pruebas de acceso a la Universidad para mayores de veinticinco años.

Art. 3.º Quienes estén en posesión del Diploma de Ayudante de Fisioterapia en virtud de la Orden de 11 de abril de 1964, o del Diploma de Fisioterapeuta según la redacción dada a dicha Orden por la de 10 de agosto de 1971, podrán obtener el título de Diplomado en Fisioterapia, conforme a lo establecido en los artículos 1.º y 2.º de esta Orden.

Art. 4.º 1. Se constituirá una Comisión, al menos, en el seno de la UNED que valorará los méritos alegados y los trabajos previstos respectivamente en los apartados 1 y 2 del artículo primero, proponiendo al Ministerio de Educación y Ciencia de la expedición del título de Diplomado en Fisioterapia cuando la evaluación sea positiva; a tal fin, la UNED establecerá los criterios de evaluación oportunos.

2. Dicha Comisión o Comisiones serán convocadas por la UNED y estarán constituídas por cinco miembros, Profesores de Universidad, de áreas correspondientes a las establecidas en las directrices de los planes de estudio de Fisioterapia (Orden de 1 de junio de 1982, «Boletín Oficial del Estado» del 4), nombrados por el excelentísimo y magnífico señor Rector de la UNED. En todo caso, la presidencia de las mismas corresponderá a un Profesor de dicha Universidad.

Art. 5.º Los interesados a que se refieren los artículos 1.º, 2.º y 3.º, acreditando el cumplimiento de lo dispuesto en esta Orden, podrán solicitar del Ministerio de Educación y Ciencia la expedición del título de Diplomado en Fisioterapia por conducto de la propia UNED. En los títulos que se expidan se hará constar que se han obtenido de conformidad con lo dispuesto en la presente Orden.

Art. 6.º 1. Los alumnos a que se refiere la disposición transitoria 2.ª del Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre, que no hayn concluído sus estudios en los respectivos Centros en los plazos previstos en la disposición transitoria primera, 2, de la Ley General de Educación, según el calendario de extinción de tales estudios, establecido en el artículo 7.º de esta Orden, podrán continuarlos en las Escuelas Universitarias de Fisioterapia con sujeción a los planes de estudios vigentes en cada momento, siempre que acrediten tener aprobado el Curso de Orientación Universitaria o haber superado las pruebas de acceso a la Universidad establecidas para los mayores de veinticinco años.

2. A los efectos de lo previsto en el punto anterior, los interesados deberán acreditar ante la correspondiente Escuela Universitaria de Fisioterapia en la que deseen continuar sus estudios, los que tuvieren aprobados conforme al Decreto de 26 de julio de 1957, los cuales se adaptarán al plan aprobado por Orden de 1 de junio de 1982, conforme a los siguientes criterios:

a) Los alumnos que, aún habiendo estado matriculados del primer curso del plan antiguo, no lo hubieran superado, deberán cursar todas las áreas y materias del plan vigente.

b) Los que acrediten haber superado el primer curso del plan antiguo se incorporarán al primer curso del plan actual, con las siguientes convalidaciones:

– Del área fisioterápica: Teoría General de la Enfermedad y de la Incapacidad y Teoría y Técnica Fisioterápica General.

– Del área médica: Anatomía General y Fundamentos de Fisiología.

c) Los alumnos que, aún habiendo estado matriculados del 2.º curso del plan antiguo, no lo hubieran superado, se ajustarán a lo previsto en el apartado b) de este punto.

3. Los alumnos que se hubieren acogido a lo previsto en este artículo y terminen sus estudios por el plan vigente, tendrán los mismos derechos y titulación que quienes los hubieren iniciado y terminado conforme a las previsiones del Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre, y seguido el plan de estudios aprobado por Orden de 1 de junio de 1982.

Art. 7.º De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6.1 de la Orden de 14 de septiembre de 1982, sobre integración en la Universidad de los estudios de Fisioterapia, los estudios de primer curso de Fisioterapia y sus pruebas finales según la reglamentación del Decreto de 26 de julio de 1957, quedarán totalmente extinguidos en la convocatoria de septiembre del curso 1984-1985, con la cual se entenderán agotadas las cuatro convocatorias de exámenes de enseñanza libre previstas en la disposición transitoria primera, 2, de la Ley General de Educación. A su vez y en iguales condiciones, en la convocatoria de septiembre del curso 1985-1986, se extinguirán el 2.º curso de los estudios citados, así como las pruebas finales correspondientes.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.– Por la UNED se arbitrarán los procedimientos para el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 1.º a 5.º de esta Orden, debiendo establecer durante el plazo de cinco años, a contar de la publicación de la misma, al menos una convocatoria anual por lo dispuesto en el artículo 1.º, 1, y dos períodos anuales para lo establecido en el artículo 1.º, 2.

En las sucesivas convocatorias para la evaluación de los currícula y realización de los trabajos a que se refiere el artículo 1.º, la UNED podrá limitar el número de solicitudes adecuándolo a la programación de la actuación de la Comisión evaluadora y de tutoría de los trabajos de investigación.

Segunda.– Queda facultada la Dirección General de Enseñanza Universitaria para dictar la resoluciones necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente Orden.

Lo que comunico a V.I.
Madrid, 28 de mayo de 1986.

MARAVALL HERRERO

Excmo. Sr. Secretario de Estado de Universidades e Investigación.

ANEXO

– Antigüedad profesional.
– Ejercicio de docencia en Escuelas de Fisioterapia.
– Publicaciones.
– Participación activa acreditada en Congresos, Conferencias, Simposios.
– Cursillos de especialización, actualización y perfeccionamiento profesional en el campo de la Fisioterapia.
– Conferencias pronunciadas o ponencias presentadas en actos celebrados en relación con la Fisioterapia.
– Otros méritos, estudios y actividades.

CONSIDERACIONES PREVIAS EN TORNO A LA APLICACION DE LA CIRUGIA DE MINIMA INCISION (M.I.S.)

Manuel González San Juan
Javier Aycart Testa
PODOLOGOS
MADRID

1. INTRODUCCION

1.1 Referencia al contenido

En esta comunicación referiremos, en síntesis, todos aquellos aspectos que se han de tener presentes hasta llevar a efecto una intervención quirúrgica y el seguimiento posterior del paciente.

1.2 Definición de M.I.S.

M.I.S. o Cirugía de Incisión Mínima, según HYMES, responde a un sistema de técnica quirúrgica de aplicación en el pié.
Se caracteriza por realizarse a través de la incisión más pequeña posible, que permita el trabajo, sin exposición directa de las localizaciones quirúrgicas profundas y con el traumatismo quirúrgico mínimo de los tejidos vecinos. Debe permitir la deambulación inmediata.

El interés que pueda despertar este título, según hemos podido constatar, obedece a que día a día se despeja el nuevo horizonte que a pesar de las dificultades de todo comienzo y el entorno hostil, viene a ensanchar los caminos sobre los cuales discurre nuestra actuación profesional.

2. PROCEDENCIA DE LA M.I.S.

2.1 RESEÑA HISTORICA

Con toda probabilidad las corrientes galvanofarádicas fueron testigo y copartícipes del origen de la M.I.S.

Entre 1945 y 1946, MORTON, POLOKOFF, utilizó estas corrientes para, aplicándolas a gubias, limas y lancetas muy finas, realizar un cierto tipo de cirugía subdérmica. Tiempo después MORTON POLOKOFF, nos ha justificado el uso de estas técnicas y su intención de seguir las respectivas leyes, que por aquel entonces acechaban a los podólogos en EEUU.

Con posterioridad, MORTON POLOKOFF, abandonó estas técnicas, para utilizar limas muy pequeñas y practicar una cirugía semejante a la que los cirujanos plásticos practicaban y practican en las rinoplastias; remodelado y extracción de los huesos nasales, a ciegas, con cirugía cerrada, muy semejante a la nuestra contemporánea M.I.S.

A principios de los años 60, el neoyorquino EDWIN PROBBER adoptó las técnicas de POLOKOFF, utilizando limas de mano más largas y técnicas más audaces.

En el primer quinquenio de los 70 se comenzaron a presentar técnicas de pequeña incisión para el antepie.

ALBERT BROWN, por aquel entonces, en DETROIT, comenzó a utilizar una simplificación de abordaje para la reducción de las exóstosis calcáneas al utilizar motores; aunque resulta más traumático en esta tan sensible zona, ha sido y es llevado a cabo, ya sea asociado al uso de limas como en solitario.

Las técnicas de osteoclasis para metatarsianos que en 1967 JOSEPH B. ADDANTE introdujo en la Podología, han sido adaptadas a la M.I.S., a pesar que las incisiones son algo mayores de lo habitual. Por ende, hoy en día se realizan con micromotor estas osteoclasis.

El primer libro sobre cirugía ósea podológica, utilizando motor rotativo con fresas, fue escrito por MICHAEL PERRONE en 1972. Muchas de sus técnicas han sido

"traducidas" a M.I.S. y podemos clasificarlas como tal.

Dificilmente podremos parear la actuación de LEONARD BRITTON en su continuo atraer a la atención de la Podología técnicas quirúrgicas "mayores" como las osteotomías de metatarsianos y el procedimiento de AKIN, que tan concisamente ha "traducido" a términos de M.I.S.

EL profesor de Podología LEONARD HYMES de la Escuela de Podología de la Universidad de Pensilvania, dicta conferencias sobre M.I.S., desde 1967, y desde 1974, figura la M.I.S. como asignatura en el Plan de Estudios de esta Escuela.

En España, L. AYCART, lleva 17 años practicando la M.I.S. y transmitiendo los conocimientos adquiridos y experiencia personal, mediante traducciones, artículos, conferencias y practicando cirugía a lo largo de la geografía nacional, labor esta que realiza con cariño y profesionalidad, mereciendo por ello el reconocimiento de muchos de nosotros.

2.2 ENTRONQUE EN LA PODOLOGIA

El desarrollo del conjunto de técnicas que hasta la actualidad constituyen la Cirugía de Mínima Incisión ha tenido lugar precisamente en el territorio de la Podología, permitiendo a los profesionales que ejercen la misma dar respuesta a la demanda terapéutica de sus pacientes.

El tratamiento, generalmente conservador, en ocasiones, puede ser mejorado por técnicas quirúrgicas que reportan solución permanente o transitoria, implicando:

- Pocas visitas al paciente
- Mínimo traumatismo
- Mínima incapacitación
- Obtimizar la capacidad funcional
- Alivio duradero
- Restauración estética

Opinamos que nuestro quehacer profesional no debe discurrir en uno solo de los definidos territorios terapéuticos, a saber: QUIROPODIA, ORTOPODOLOGIA, FISIOTERAPIA o CIRUGIA DEL PIE considerándoles bruscamente delimitados. Ni siquiera los justificaríamos por la admirable aspiración de alcanzar un puesto preheminente en la subespecialización.

3. CONDICIONES MINIMAS EXIGIBLES

3.1 FORMACION PERSONAL

Cuando la formación del podólogo se entronca en la Universidad es porque no se pretende, tan sólo, preparar eficientes profesionales, sino porque es preciso el desarrollo científico de la Podología, y su engranaje multidisciplinario (con la ingeniería, farmacia, medicina, etc.).

La Enseñanza Universitaria, caracterizada por la UNIVERSALIDAD e integración de HUMANISMO y CIENCIA, nos presenta nuevas METAS a conquistar por nosotros, profesionales en ejercicio.

En consecuencia, los actos encaminados a la formación continuada no consistirán simplemente en transmitir información o recordar temas académicos, deben perseguir la ACTUALIZACION gracias a la ADQUISICION DE NUEVOS CONOCIMIENTOS.

El avance tecnológico ofrece nueva instrumentación para exploración y tratamiento (Doppler, criocirugía, laserterapia, termoplásticos, etc.). Aunque con menos celeridad también aparecen nuevas técnicas y deben ser conocidas, a pesar de que en ocasiones no desplacen del candelero a los que pueden considerarse tradicionales.

Hechos estos comentarios, respecto a la formación previa a la graduación y su actualización pasamos a concretar esquemáticamente la preparación necesaria para afrontar la M.I.S. haciendo referencia a diferentes áreas de conocimiento y correspondientes experiencias para su desarrollo.

Anatomía. Los conocimientos teóricos deben seguirse de experiencias en: BIOMECANICA y DISECCION, para facilitar la comprensión de las técnicas quirúrgicas y reconocer "de visu" las estructuras sobre las cuales se desarrollan.

Anestesiología. El estudio de los anestésicos utilizados en la actualidad, el sinergismo o antagonismo con otras sustancias, las diferentes técnicas de anestesia local y sus riesgos deben complementarse con la experimentación con los diferentes anestésicos y técnicas posibles, y con el reconocimiento de las estructuras anatómicas subyacentes.

Radiología. Siendo requisito indispensable disponer en la sala de intervenciones de un equipo de radiología, debemos adquirir los conocimientos precisos para obtener el máximo rendimiento.

Es elemental saber los regímenes de trabajo y la respuesta de las películas en uso.

Se precisa experiencia en la búsqueda de las proyecciones e interpretación de las imágenes obtenidas.

Recalcamos que una buena base de conocimiento en las proyecciones es el fundamental para conseguir la máxima fiabilidad del seguimiento intraoperatorio radiológico. El dominio de la obtención de buenas radiografías evitará la exposición repetida del paciente a las radiaciones ionizantes que serían necesarias cuando las placas son ilegibles o de dudosa interpretación, ya que este medio diagnóstico es selectivo en la M.I.S.

Como ilustración de la importancia que se le da a este área señalamos que un elevado porcentaje de YATROGENIA en M.I.S. es originado por errores en el DIAGNOSTICO RADIOLOGICO INTRAOPERATORIO.

Reanimación. Unicamente en el caso de sensibilización a un anestésico puede ser necesario recurrir a la medicación de urgencia. Otro accidente posible es la lipotimia, en cuyo caso técnicas tan simples como la posición de TRENDELENBURG y mantener permeables las vías respiratorias altas serán suficientes para que se recupere el paciente.

Evidentemente, en nuestra consulta puede acaecer cualquier situación de emergencia tal como la hiperglucemia e incluso una parada cardíaca; como sanitarios debemos tener siempre una respuesta de atención primaria. A este respecto hacemos referencia a la importancia de la historia clínica que permita el despistaje de situaciones de riesgo con el auxilio de un SCREENING de laboratorio.

Patología Quirúrgica. Nosotros que hemos realizado estudios en general sobre todas las áreas sanitarias, tenemos una base en Patología General, Procedimientos Quirúrgico y Antisépsia previa al acto quirúrgico.

Llegar a la práctica de la M.I.S., y dada la mayor amplitud de nuestra responsabilidad, nos obliga a actualizar aquellos conocimientos y al análisis de otros aspectos, tales como:

a Diagnóstico Quirúrgico

b Exploración preoperatoria

c Toma de decisión sobre opción quirúrgica o conservadora. Valorando estado del paciente, resultados esperados, riesgos, deseo del propio paciente.

d Medios de antisepsia.

e Técnica instrumental, que comprende: reconocimiento, utilidad, modo de empleo y selección del instrumental en atención a la técnica a seguir.

f Técnica quirúrgica. Indicaciones, desarrollo de la técnica propiamente dicha y sus complicaciones.

g Seguimiento postoperatorio.

No queremos dejar de mencionar, en cuanto a la Formación Personal, la importancia del acceso a la BIBLIOGRAFIA existente y a la conveniencia del contacto entre profesionales, en las llamadas SESIONES CLINICAS o sin este título "formal" la discusión de casos quirúrgicos que se nos presentan, ya que el contraste de pareceres será siempre enriquecedor para las partes.

3.2 MEDIOS MATERIALES

3.2.1 Inmueble

Aunque en la práctica, las consideraciones que hacemos al respecto, puede SIMPLIFICARSE Y ADAPTARSE a cada caso en particular, por imperativo de la exposición

teórica, haremos la siguiente división en AREAS o SUPERFICIES DE TRABAJO.

A. AREA PREQUIRURGICA

- Preparación del instrumental y depósito de material.
- Preparación del enfermo.
- Preparación del Podólogo.

B. AREA QUIRURGICA

Antes de comentar área por área es de interés destacar la importancia del entorno desde el momento en que recibimos al paciente, nuestra acogida, la sala de espera y el gabinete o despacho contribuirán a ganarnos su confianza, significando incluso la aceptación de la posterior propuesta quirúrgica. Los medios al alcance deben contribuir objetiva y subjetivamente a garantizar la bondad del tratamiento.

A. AREA PREQUIRURGICA

Preparación del instrumental. Los preparativos de una intervención consisten, en lo que respecta al instrumental y material, en la selección del primero, en atención a la técnica que se vaya a realizar, y en la previsión de instrumental de emergencia, del cuál, en nuestro caso disponemos de los paquetes estériles:

- Paquete conteniendo: bisturí, separadores de SENN-MUELLER pinzas de disección, pinzas de hemostasia y porta agujas. Con este instrumental podemos hacer frente a la eventualidad de una sutura imprevista o a la extracción del fragmento de una fresa o instrumento que por rotura accidental queda introducida en el campo.
- En otro apartado tenemos un laringoscopio y cánula de entubación laríngea, que nos facilitaría la evacuación de un paciente afecto de serio compromiso respiratorio, así como la respiración boca a boca, si fuera necesaria.

En razón a los medios de esterilización de que dispongamos y de la ayuda que durante la intervención podamos tener, habremos de esterilizar incluso el exterior de las ampollas de anestésico, y así mismo se dispondrá el aparataje en las inmediaciones del lugar en que se realice la intervención.

Con respecto al material, contaremos con los necesarios paños de campo, guantes y batas estériles. Debemos tener al alcance de la mano y clasificado el material que pueda precisarse, durante la intervención, así como la MEDICACION DE URGENCIA.

Preparación del enfermo. Es de interés que el paciente pueda efectuarse un lavado de pies, antes de la intervención, así como contar con la posibilidad de dejar efectos personales, prendas de abrigo y calzado, a una cierta distancia de la zona de nuestro trabajo. En el caso ideal planteado ocuparíamos del 13 al 20% del espacio disponible.

Preparación del podólogo. Es muy interesante la posibilidad de realizar el lavado quirúrgico de las manos, si bien puede sustituirse por la inmersión durante 1 ó 2 minutos en solución antiséptica.

En la práctica, todos estos medios y actos pueden desarrollarse en torno a un mueble que ocupe, tan solo un metro cúbico. Por el contrario cuando se dispone de espacio suficiente, puede ocuparse del 30 al 40 por ciento del que se dedica a la cirugía.

B. AREA QUIRURGICA

Del área quirúrgica propiamente dicha, señalamos cuatro características:

Espacio suficiente. Estimamos como mínimo 6 m^2, correspondiendo al 60% del total, pudiendo obtimizarse y significando el 40% cuando se dispone de más de 15 m^2.

Ha de tenerse presente que la superficie, configuración de la pieza, color de los paramentos y mobiliario estén en armonía, para de este modo, propiciar el ambiente de distensión que debe rodear al paciente. Y en este sentido es de considerable ayuda disponer de ambientación musical.

Fácil limpieza. En función de ésta, debemos elegir los materiales y el acabado con revestimientos, así como muebles y elementos decorativos.

LIMPIEZA ha de ser un hecho y además evidente al paciente, pero sin olvidar que la frialdad de colores claros no facilitan la relajación.

Aislamiento. Es deseable evitar que este área sea de paso obligado en el desenvolvimiento de la consulta, fundamentalmente para los pacientes.

Por fortuna en nuestra experiencia, no se ha dado el caso de quejas, llantos o gritos; es prudente contemplar esta posibilidad y distanciar, en lo posible, la sala de espera.

Ante una intervención prevista, mantendremos cerradas las ventanas, si existen, así como evitaremos las corrientes de aire.

En el momento de la instalación del equipo radiológico, es importante actuar de conformidad con las disposiciones dictadas por el Ministerio de Industria u Organismo competente en la localidad relativos a la PROTECCION CONTRA RADIACIONES IONIZANTES.

Buena climatización. Son obvios los inconvenientes que pueden seguir del calor o frio excesivo. Cuando es posible la instalación de un equipo de climatización, recomendamos las unidades centralizadas o de consola con separación entre condensador y evaporador, de forma que sea posible disponer del difusor en el techo y en la verticalidad del área de trabajo.

3.2.2 Material Mueble

3.2.2.1 Mobiliario Clínico

SILLON

Sillón podológico, camilla o mesa de operaciones con la posibilidad de alcanzar la altura de trabajo, ya estemos en sedestación o bipedestación, según usos y localizaciones quirúrgicas. Obvio será la necesidad de que el sillón esté facultado para adoptar la posición de Tredelemburg si es menester. Señalamos que obcionalmente el paciente adoptará la posición de tendido prono, recordamos la cirugía que se realiza en la zona plantar del retropie, por ello, el sillón adoptará esta tercera y última posibilidad de disponer al paciente.

Nosotros realizamos las intervenciones, por lo general, con el paciente en posición de sedestación, con flexión de cadera en 55° y flexión de rodilla de los mismos 55° quedando las piernas en un plano quasi horizontal; además, llevamos al paciente hasta un declive entre el pie y región precordial, que oscila entre 12 y 25° en razón a la altura en que deseemos situar el campo operatorio.

Hemos constatado, que el paciente tolera con agrado esta postura, al tiempo que nosotros contamos con el beneficio de cierta isquemia debida a la elevación de los miembros y un importante aliado en la prevención de la posible lipotimia.

ILUMINACION

Diferenciamos iluminación ambiental y del campo quirúrgico.

Para obtener la iluminación ambiental disponemos de dos posibilidades; el empleo de aparatos direccionales o la iluminación indirecta, más aconsejable por evitar el deslumbramiento del podólogo y del paciente.

La iluminación del campo debe ser de intensidad suficiente y sin que se originen sombras sobre el campo quirúrgico, que estimamos de 40 cm. de diámetro. La iluminación procede de lámpara quirúrgica en brazo articulado y compensado o de 4 apliques, cuando menos, distanciados entre sí, y con lámparas halógenas de bajo voltaje.

MESA PARA EL INSTRUMENTAL

Se precisa una pequeña mesa para disponer sobre ella el instrumental estéril necesario en cada intervención, la situaremos en las inmediaciones del paciente. En nuestro caso utilizamos una mesa de Mayo, de 45 × 65 cm., rodante y de altura regulable; su configuración permite situar el tablero sobre las piernas del paciente, de suerte que le impide ver la zona sobre la cual intervenimos.

MESA AUXILIAR

En otra mesita próxima tendremos la fuente de alimentación del micromotor, el bisturí eléctrico y la batea de instrumental. Si dispone de dos cajones destinaremos uno a instrumental y medicación de urgencia, en el otro cajón anestésicos, sutura, apósitos, vendas y esparadrapo.

ARSENAL

Cuando las áreas quirúrgicas y de preparación del material se encuentran en la misma dependencia, el arsenal puede disponerse en un mueble de mayores dimensiones, con la posibilidad de una clara distribución del material, facilitando así su clasificación.

3.2.2.2 Instrumental y material sanitario fungible

Aparataje de exploración

Dentro del instrumental de exploración que consideramos básico, está el aparato de radiología que haga posible tanto la exploración previa como el control intraoperatorio. Un fonendoscopio y esfigmomanómetro el conveniente.

Si deseamos profundizar personalmente en la exploración previa del sistema vascular del paciente, necesitamos un OSCILOMETRO y una SONDA DOPPLER. Son los aparatos que en la actualidad se encuentran en muchas de las consultas de los Podólogos; si no se dispone de ellos debe solicitarse la exploraciòn o informe escrito a un Médico Especialista.

Esterilización

Los distintos procedimientos pueden clasificarse según su fundamento sea Físico o Químico.

Los métodos físicos, están en relación con el incremento de temperatura, con modificación o no de la presión, o con radiaciones.

Entre los métodos de principio físico diferenciamos los de Aire Caliente ("Perlas de Vidrio", estufa Poupinel), los de Gradiente de humedad (hervidor, autoclave), radiaciones ionizantes (Gamma), radiaciones no ionizantes respecto a las cuales comentamos que la luz ultravioleta de 1.000 a 4.000 A únicamente permiten mantener la esterilidad, son las más activas las de 2.537 A.

Respecto a los principios químicos su empleo puede ser en forma de gas o líquido. Algunos de los más utilizados son: Oxido de Tileno, Formaldehido (Formol), Grutaraldehido (Cidex R), Hexaclorofeno, Clorhexidina (Hibitane R), Timerosal (Merthiolate R), Mercryl-Laurile, Benzalconio (Armil R), Alcohol Etílico. Cada una de estas sustancias tiene ñun modo de empleo, precisando en algunos casos, como el Oxido de etileno se precisa cámaras de vacio y aireación, en otros la aplicación consiste simplemente en la inmersión.

Hoy día el procedimiento eficaz sin lugar a dudas más aceptado es el óxido de etileno. No obstante no se han desechado "ninguno" de los anteriormente enumerados, ya que cada uno tendría diferentes aplicaciones e inconvenientes.

En la práctica al Podólogo se le ofrece la posibilidad de utilización del material e instrumental desechable y estéril que se encuentra comercializado o la instalación de aquellos medios que le permitan, en la propia consulta, la esterilización; el factor económico a de considerarse al decidir entre ellos.

Con el consumo de material estéril debe tenerse muy presente la fecha de caducidad de la esterilidad así como el buen estado de las envolturas.

Si se prefiere la adquisición del aparataje de esterilización debemos tener presente el material e instrumental que a de pasar por él.

Como resumen pasamos a comentar nuestro modo de actuación, razonando el mismo.

Procedimiento elegido en función del objeto: Paños y guantes.- Se esterilizan con autoclave. Gasas.- Las utilizadas son de celulosa trenzada que se esterilizan en autoclave. También disponemos de gasas no adherentes estériles y en envase individual.

Instrumental de mano.- Persuadidos del deterioro que sufre el instrumental en la estufa de Poupinel reservamos este procedimiento para preparar un paquete con el instrumental que consideramos de emergencia, que fue mencionado en el apartado de medios materiales. Igualmente el autoclave no es aconsejable para el instrumental de corte.

El instrumental necesario para interve-


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

nir una onicocriptosis, un rodete, papiloma, dedo en garra o un heloma está disponible en inmersión en una solución antiséptica, a la cual añadimos Nitrito Sódico como antioxidante. Por lo general las intervenciones se programan con antelación y horas antes se selecciona el instrumental para la esterilización.

Respecto a la esterilización del micromotor, mango de electrobisturí y sus cables de conexión, hemos optado por la esterilización con Paraformaldehido, aunque según las especificaciones del fabricante soportarían el autoclave.

Aparataje Quirúrgico

Radiológico. Portátil de 65 Kv y de intensidad constante en 7,5 mA, tiempo de exposición variable de 0,05 a 3,2 s.

Un aparato de estas características con el colimador adecuado permite obtener imágenes en placa radiológica convencional, en papel Polaroid type 57 haigh speed de 4" x 5", o existe de esta misma marca placa Rx. Otra posibilidad la ofrecen las placas dentales autorevelables, pero presentan el inconveniente de su pequeño tamaño.

Mejorar este equipo radiológico tiene sentido cuando permite la escopia de control intraoperatorio.

Micromotor. En muchas de las intervenciones de M.I.S. este instrumento puede sustituirse por limas de mano. Tres son las características necesarias: fuerza de arrastre, velocidad variable (desde bajas r.p.m.) y el dispositivo ON-OFF accesible.

Electrobisturí. Sus aplicaciones son: hemostasia, fulguración y excepcionalmente puede necesitarse corte. Un modelo de 50 W, mono o bipolr es suficiente para nuestras intervenciones. Este aparato no puede considerarse imprescindible, aunque algunas técnicas lo requieran.

Instrumental Quirúrgico de mano

Haremos tan solo una enumeración del mismo:

Para anestesia: Dermojet [R], jeringas de cono Luer. Mangos de bisturí standard de los números 3 y 4, pinzas de disección, tijeras de Metzenbaum, pinzas de hemostasia, mangos y hojas de bisturí periostotomo, gubia acanalada, cucharillas para curetaje, fresas y pinza de Stegtitz.

Material Fungible

Dada la extensión y considerando innecesario enumerar el mismo nos limitaremos a reseñar tres apartados:

- Material radiográfico.
- Medicación de urgencia, anestésico y antisépticos.
- Apósitos y vendaje

Resaltamos la importancia de estos últimos que permitirán la inmovilidad de la zona o segmentos de forma permanente, proporcionarán la absorción de exudados y no comprometerán la aireación de la zona intervenida, todo ello sin detrimento de la circulación sanguínea ni limitación para la deambulación del paciente.

3.3 SISTEMATICA PREQUIRURGICA

3.3.1 Exploración, Diagnóstico, Toma de decisión

Exploración. En primer lugar se cumplimentará la Historia P.ª encabezada por nombre y filiación. Entre los datos personales reseñamos: edad, constatando que la edad cronológica es la que refleja el aspecto físico de nuestro paciente.

En razón a su sexo se averiguará la posibilidad de embarazo. El dato de la complexión y peso corporal nos permite descontar un rápido adelgazamiento que haga sospechar una neoplasia o trastornos endocrinos que comprometan la posible medicación postquirúrgica. Una discreta indagación acerca de sus hábitos (alcohol, tabaco, barbitúricos) nos alerta sobre el compromiso cardiovascular: Nunca sería acertado intervenir a un paciente bajo los efectos de un sedante, al menos que se conociese este extremo.

La salud mental del paciente, debe tenerse presente, tanto en el momento de firmar la autorización y cuanto por las posibles manifestaciones que pueda hacer después

de la intervención, empañen nuestra reputación.

Las constantes biológicas no se tomarán por lo general, pero a nuestra observación, no puede escapar fatiga, asma o cianosis. La T.A. se obtiene inmediatamente antes de averiguar el índice de YAO o tobillo/brazo. Seguidamente realizaremos la toma de pulsos de las arterias pedia, tibial anterior, tibial posterior y peroneal (esta es difícil de palpar) para ello es de gran fiabilidad el empleo del DOPPLER VASCULAR. Otras pruebas sencillas y complementarias son la de ISQUEMIA PLANTAR - REPLECCION VENOSA. A la vista de los síntomas y resultados de la exploración vascular, se efectuará o no la oscilometría de ambos miembros inferiores. Es de suma importancia la exploración del dolor, y seguidamente, a la vista de las imágenes radiológicas necesarias, proceder al estudio de la funcionalidad articular y motora.

Sistemáticamente solicitamos al Laboratorio Clínico el siguiente screening de determinaciones en sangre:

Fórmula Leucocitaria, Recuentos Globulares, Tasa de consumo de Protrombina, Glucosa, Urea, Acido Urico, y en los casos que estimamos necesario Colesterol.

A continuación debiéramos desarrollar el proceso del Diagnóstico y la toma de decisión entre los tratamientos conservador y quirúrgico, contenido este de la ponencia de este Congreso con el título "Cirugía, una alternativa".

3.3.2 Información al paciente y firma de su autorización

Decidida la conveniencia del tratamiento quirúrgico, debemos presentarlo ante el paciente como electivo, explicándole con sencillez y claridad en qué consistirá nuestra actuación, así como los resultados que esperamos de ella. Aunque en nuestras experiencias anteriores nunca hubiese existido complicación alguna no podremos descartar esta posibilidad o el ver que disminuye la corrección obtenida en primera instancia por la escasa colaboración del paciente en la colocación de vendajes u ortesis en los meses siguientes a la intervención. Con este argumento pondremos al paciente en antecedentes sobre los cuidados a seguir.

"El Podólogo debe poder demostrar que el paciente se ha sometido al tratamiento quirúrgico voluntariamente y bien informado".

La autorización no pretende proteger al profesional de las responsabilidades civiles o penales en las que pudiera incurrir, pero sí respecto a reclamaciones del paciente en orden a su desconocimiento sobre el tratamiento quirúrgico.

Recomendamos suscribir una póliza de seguro de Responsabilidad Civil Profesional.

4. CONCLUSION

Nos sumamos con ilusión a quienes no rechazan la cirugía "a priori", y pondremos siempre nuestro esfuerzo en la práctica de la M.I.S. bajo el imperativo de las MINIMAS CONDICIONES DE CALIDAD Y CONTROL.

Deseamos que esta exposición contribuya al fomento de la cirugía con el compromiso personal de una ACTUACION PERSONAL RESPONSABLE.

5. SUMARIO

Los autores exponen sus consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico en podología como una alternativa más, debiendo estar interrelacionado con las actuaciones en QUIROPODIA, ORTOPODOLOGIA y FISIOTERAPIA. Se plantean las CONDICIONES PERSONALES y MATERIALES en que debe realizarse la cirugía en la PRACTICA PERSONAL RESPONSABLE.

AQUI VUESTRA CASA

El pasado día 30 de mayo, la Podología Madrileña, y creo que la Podología Española, vivió una jornada inolvidable. La inauguración de su nueva sede en el local bajo izquierda del n.º 74 de la madrileña calle de San Bernardo. Las instalaciones, que ocupan unos 170 metros cuadrados, se componen de un salón de actos con 110 asientos, un despacho para secretaria, otro para presidencia, otro para sala de lectura, otro para archivo y uno más que de momento tenemos cedido a la Asociación Española, más el hall, aseos y pasillos correspondientes.

Al acto inaugural acudieron más de 175 personas, entre quienes se encontraban el Presidente, Secretario y Tesorero de la Asociación Española, el Presidente del Colegio de ATS y DE, el Presidente del Colegio de Médicos, el Subdirector de Escuela de Podología, el Profesor titular de cirugía Plástica de la Universidad y personajes de la vida de nuestra ciudad.

El salón de actos en su primer día de actividad quedó desbordado (figura 1), y muchos compañeros no pudieron conseguir sentarse. Aún así, los podólogos nos sentimos muy contentos al vernos rodeados de

tantos amigos que honraron con su presencia nuestra nueva casa (figura 2), y en este ambiente, alegre y relajado, el Presidente del Colegio de ATS, Adolfo Casajús, nos dirigió unas cariñosas palabras y a continuación asistimos a una magnífica conferencia a cargo del Ilmo. Sr. D. Santiago Martínez-

Fornes, que entre otros muchos méritos tiene el de ser académico de las Reales Academias de Medicina de Zaragoza y de Palma de Mallorca y de haberle sido concedida en 1985 la Cruz de San Jorge. Su conferencia versó sobre "La soledad en el mundo de hoy".

Finalmente el compañero Julio García (figura 3) hizo uso de la palabra mientras se

procedía a descubrir una placa con que nos han obsequiado nuestros asociados.

Una vez concluída esta primera parte se sirvió un cocktail, y entre broma y broma, pincho de tortilla y copa, llegamos al final de esta importante jornada.

Los podólogos de la Asociación Madrileña queremos brindar nuestra casa a todos los demás compañeros, a quienes esperamos ver pronto entre nosotros.

Nuestra dirección completa es:
C/ San Bernardo n.º 74 - bajo izda.
28015 Madrid, Telf. 222 87 63

Jose Luis Moreno de la Fuente
Presidente de la Asociación
Madrileña de Podólogos

COMENTARIOS DE LIBROS

Clinics in Podiatry (Clínicas Podiátricas) - 2. - 1.- 1985, Osteosynthesis in Foot and Ankle Surgery (Cirugía de la Osteosintesis del pie y tobillo). Ya tenemos en inglés las Clínicas Podiátricas. Podologías, esperemos que una Editorial se decida a traducirlas al castellano.

Los temas que desarrolla la Osteosintesis de pie y tobillo: Métodos de fijación externa en Podiatría Medicina. El Osteoclip. Osteogenesis Eléctrica. Artrodesis de tobillo. Atrodesis digital. Implantes en cirugía ósea. Traumas del pie y tratamientos.

Contenido del libro: Cirugía básica en la Oficina. Preoperatorio y criterios para la cirugía de la mínima incisión en podiatría. Infecciones en la mínima incisión. Osteotomía de la falange proximal. Diafisistomía. Tenetomías y Capsulotomías en los dedos. Mínima incisión. Cirugía de los dedos falange Set. Condilotomía intramedular para el tratamiento de los helomas intratables de la planta. Cirugía del espolón. Corrección ambulatoria del Hallux valgus. Lixiscopio: uso en cirugía. Cirugía del laser CO2. Complicaciones y tratamientos de la cirugía de la mínima incisión. Tratamiento del pie diabético.

Clinics In Podiatry (Clínicas en Podiatría). Traumatismos del pie. Esta Clínica de Podiatría abarca todos los traumatismos del pie, los tratamientos conservadores y quirúrgicos del pie, fracturas abiertas, cerradas, etc.

Clinics in Podiatry (Clínicas en Podiatría). Sytemic Diseases Affecting the Foot (Afecciones sitémicas con repercusión en los pies) 1985.

Los temas que desarrolla esta Clínica en Podiatría son: Enfermedades neurológicas y Podología. Enfermedades hematológicas. Enfermedades cardiovasculares y Podiatría. Enfermedades gastrointestinales y Podiatría. Endocrinología y las extremidades. Lesiones Keratósicas. Mineralización. Enfermedades metabólicas y el pie. Consideraciones generales antes de la cirugía podiátrica.

Luis Pascua San Miguel
Podólogo - León

LA INFLUENCIA DEL FUTBOL EN EL PIE DEL JOVEN

Por BERNAT VAZQUEZ i MALDONADO

De niños, todos hemos soñado alguna vez con llegar a ser un ídolo en cualquier actividad; unos en la música y otros en el deporte. En nuestro país concretamente, todos hemos pensado en emular a los Di Estéfano, Kubala, Pelé, etc...

Muy pocos consiguen el sueño de ser populares a través del deporte. Sólo unos pocos elegidos llegan a disfrutar las mieles del triunfo y la popularidad.

Este trabajo ha querido investigar lo que sucede a la morfología de los pies y piernas del joven que se dedica a la práctica del fútbol con asiduidad. Por ello, lo he titulado: LA INFLUENCIA DEL FUTBOL EN EL DESARROLLO DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.

Todos estamos acostumbrados a ver a los futbolistas profesionales con sus genus varus y su musculatura hipertrófica, pero, ¿nos hemos preguntado alguna vez por qué esto sucede así?

A través del estudio efectuado a futbolistas del F.C. Barcelona y comparándolos con pacientes visitados en mis dos consultas, he llegado a la conclusión de que existe una diferencia abismal entre la morfología de los futbolistas (léase siempre personas que dedican como mínimo dos entrenamientos semanales, siendo el caso de los futbolistas del F.C. Barcelona de más días) y los no futbolistas.

Esta encuesta se realizó de la siguiente manera:

Se dividió a los individuos en las categorías que marca el fútbol español, es decir, de catorce a quince años infantiles, de dieciseis a dieciocho años juveniles, de diecinueve a veintitrés años amateurs, dejando a un lado a los profesionales del primer equipo. También deseché los datos referidos a los alevines (de diez a doce años) por considerar que al llevar tan poco tiempo jugando de una manera regular, el desarrollo de este deporte no había alterado su morfología en ningún aspecto.

Se deshecharon también las lesiones, puesto que son consecuencia directa de un traumatismo o de excesos del juego.

Las revisiones se hicieron con podoscopio y banco de marcha, fotopodograma y exploración visual. No se emplearon radiografías sino en casos concretos y no para diagnosticar un pie cavo, por ejemplo.

Las gráficas incluyen en varios apartados a una misma persona. Por ejemplo, un individuo que tiene pies planos, valgos, hallux valgus y genu-valgo, quedará reflejado en la gráfica en cada uno de los apartados.

En los no futbolistas, se interrogó a los pacientes a fin de que no hubiera nadie que dedicara más de dos días a la semana a la práctica de un deporte determinado.

Procesados los datos entregados al Centre de calcul de l'Universitat de Barcelona, mediante la prueba T-student por el ordenador IBM 3083 VM/SP CMS, se vió que:

En pies varos
pies cavos
genus valgus
genus varum
acortamientos

hay diferencias significativas entre las poblaciones de futbolistas y no futbolistas, con una fiabilidad en los pies varos, pies cavos y genus varus del 99'5% y en los genus valgus y acortamientos del 95%. No ha sido posible determinar estas diferencias en otros apartados de la muestra.

Vemos en nuestra estadística, la incidencia clara del fútbol en el desarrollo anatómico del individuo.

Se da en los futbolistas un aumento de genus varos y pies varos, así como de acortamientos. Hay también un aumento de problemas de uñas, de hiperqueratosis, etc..., debido al calzado utilizado en el fútbol, pero vemos al mismo tiempo, pocos casos de micosis y papilomatosis, debido a que se obliga a los jugadores al uso de zapatillas de baño, empleo de jabones ácidos para la du-

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

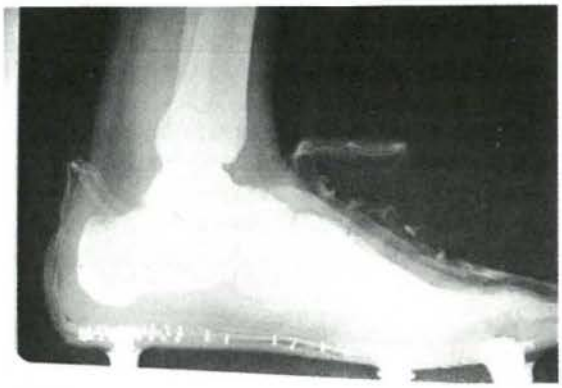
cha y al control riguroso de la ropa en la lavandería del propio club.

Vemos también como el hecho de tener problemas de estática acentúa la aparición de lesiones y que de otro modo no existirían.

MODIFICACIONES ANATOMICAS DEL JUGADOR

– En la musculatura

Se observan hipertrofias de las extremidades inferiores (triceps, cuadriceps, tibiales e isquitibiales) incluso el pedio, que es un



"Vemos la disposición de los tacos del calzado de Fútbol y su acción traumatizante sobre los puntos de apoyo.

músculo hipotrófico, en los jugadores se observa una hipertrofia. Esta hipertrofia, al aumentar el volumen del músculo y su potencia, limita su elasticidad, apareciendo los acortamientos. Esto se observa en movimientos determinados, como la flexión del tronco al frente, donde se alargan los isquiotibiales, no pudiendo en ocasiones realizarla. En el movimiento de flexión de rodillas al agacharse (intentar "sentarse" sobre los talones) el individuo no puede llegar a completarlo sin levantar los talones del suelo, y, a veces, ni así.

Como vemos, la incidencia de acortamientos es grande entre los futbolistas. Pero debido a que su origen es una hipertrofia muscular, hay que tenerlo en cuenta a la hora de realizar estiramientos para evitar lesiones.

Las principales lesiones de la musculatura son: roturas fibrilares, del cuadriceps, rotura o distensiones en general del sóleo y las ligamentoras de todo tipo, tendinitis del Aquiles, rotura del mismo, etc...

Recientemente, hemos tenido el caso de un futbolista de quince años con un esquince recidivante del glúteo que cesó con un tratamiento de láser y un alza en su pierna asimétrica, entendiendo que fue esta dismetría el desencadenante de su lesión.

Los anglosajones describen el SHIN SPLINT como un conjunto de lesiones musculares, tendinosas y periosticas que aparecen después del esfuerzo, afectando a los grupos musculares posteriores y anteroesterno de las piernas. Esto ocurre por sobreentreno y las causas son problemas de estática, normalmente debido a una supinación del antepié. El terreno duro y las contusiones favorecen las lesiones. El jugador no consigue relajar su musculatura, y cuanto más aumenta la actividad, antes aparecen las molestias. Su musculatura es muy tónica presentando en ocasiones tendinitis del tibial posterior y del flexor propio del primer dedo.

El tratamiento médico debe ir acompañado de una ortésis que compense la estática.

– En el esqueleto

Apofisitis, epifisitis y lesiones de crecimiento definidas por Genety y De-Size como osteonecrosis asépticas idiopáticas, se dan principalmente entre los doce y dieciséis años.

El primer síntoma clínico es dolor, que aumenta con la presión local y cede con el reposo. A menudo se acompaña de tumefacción.

Hay varias teorías para justificar dichas osteonecrósis. Desechada la infecciosa, existe la teoría endocrina, ya que al parecer en los individuos en crecimiento se sospecha una influencia hormonal. En particular la hipertrofia del cartílago epifisário por la hormona somatotropa, mientras que las hormo-

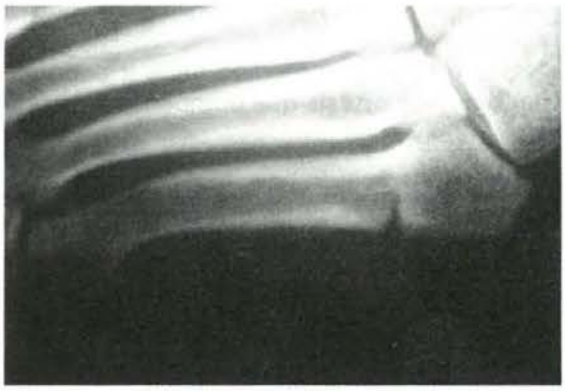
nas sexuales lo atrofian soldándolo precozmente. Otros autores lo achacan a isquemias locales, aunque la teoría más aceptada es la traumática, es decir, la repetición de microtraumatismos en las inserciones musculares por los "tirones" en el desarrollo del ejercicio, "chuts", etc... Estos tirones crean una hiperemia y una hipervascularización que repercute sobre la nutrición ósea: descalcificación o condensación.

La localización principal de estas osteonecrosis es: apófisis tibial, isquiopubis, escafoides y calcáneo.

Apofisitis tibial.

Enfermedad de Osgood-Schlatter. Apofisitis del tubérculo tibial anterior (Durey-Boëda) u osteocondritis de crecimiento (Genety). En realidad es una osteonecrosis aséptica ideopática (De-Seza).

El tubérculo de la tibia es un pico cartilaginoso soldado por su base a la epífisis tibial dirigido hacia abajo y adelante. Su osificación termina entre los diecisiete años y los veinte. Se presenta dicha enfermedad entre los doce y los dieciséis años, siendo bilateral en ocasiones y se debe frecuentemente a la hiperextensión violenta con resistencia de la pierna sobre el muslo en el momento del "chut".



Fractura de Jones con arrancamiento tendinoso por torcedura, que se reprodujo al chutar con el lateral del pie.

Otros autores la definen como un arrancamiento tendinoso.

Se presenta como una tumefacción más o menos caliente, dolorosa al palparla así como al flexionar el cuadriceps. Las radiografías confirman el diagnóstico. El tratamiento es reposo y antiinflamatorios en ocasiones. El dolor puede llegar a tal grado que aconseje la inmovilización con botina de yeso.

Periostitis tibial

Es una reacción perióstica con o sin hematoma sub-perióstico. Puede ser debida a traumatismos continuados sin aparente gravedad o a microtraumatismos por estiramientos de la aponeurosis debido a las contracciones musculares durante el esfuerzo (del tibial anterior).

Influyen decisivamente el terreno duro, con baches o el cemento, ahora que se ha puesto de moda el fútbol-sala.

Influye también el ritmo de entreno: el cambio en los ejercicios. Aparece como un dolor en el borde interno de la tibia en el tercio inferior, no cede con el reposo y aumenta a la palpación.

La recidiva hará que busquemos una descompresión estática a nivel de bóveda plantar.

Osteonecrosis aséptica de la rótula

Afectan a la epífisis primitiva superior o inferior, la favorecen la práctica del fútbol y va asociada muchas veces a la enfermedad de Osgoot-Schlater.

Enfermedad de Blount o apofisitis de la tuberosidad

Se observa, sobre todo, en muchachos "pesados" con genu-varum. Está demostrado que el fútbol puede agravarlas.

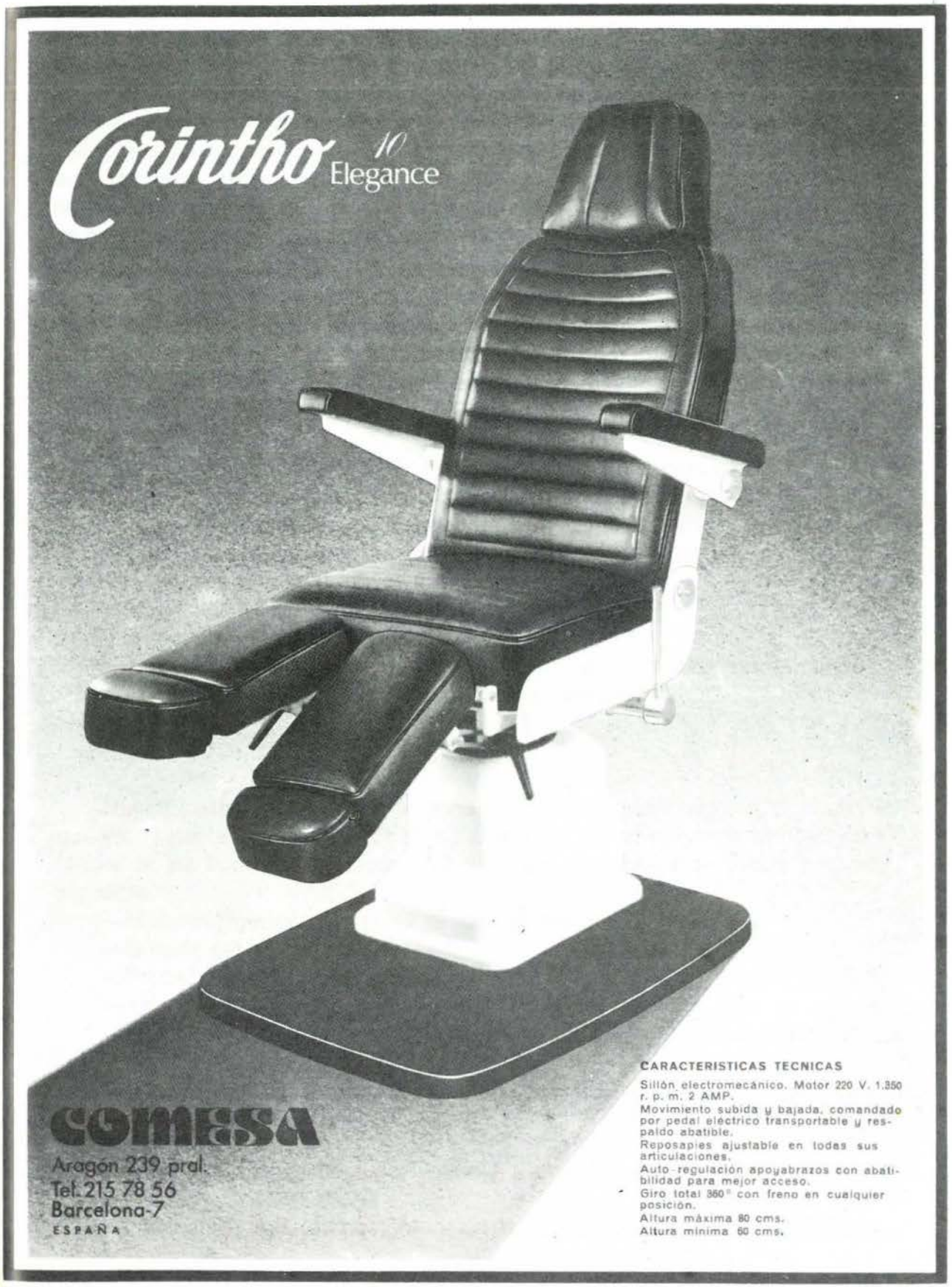
Apofisitis del tibial anterior

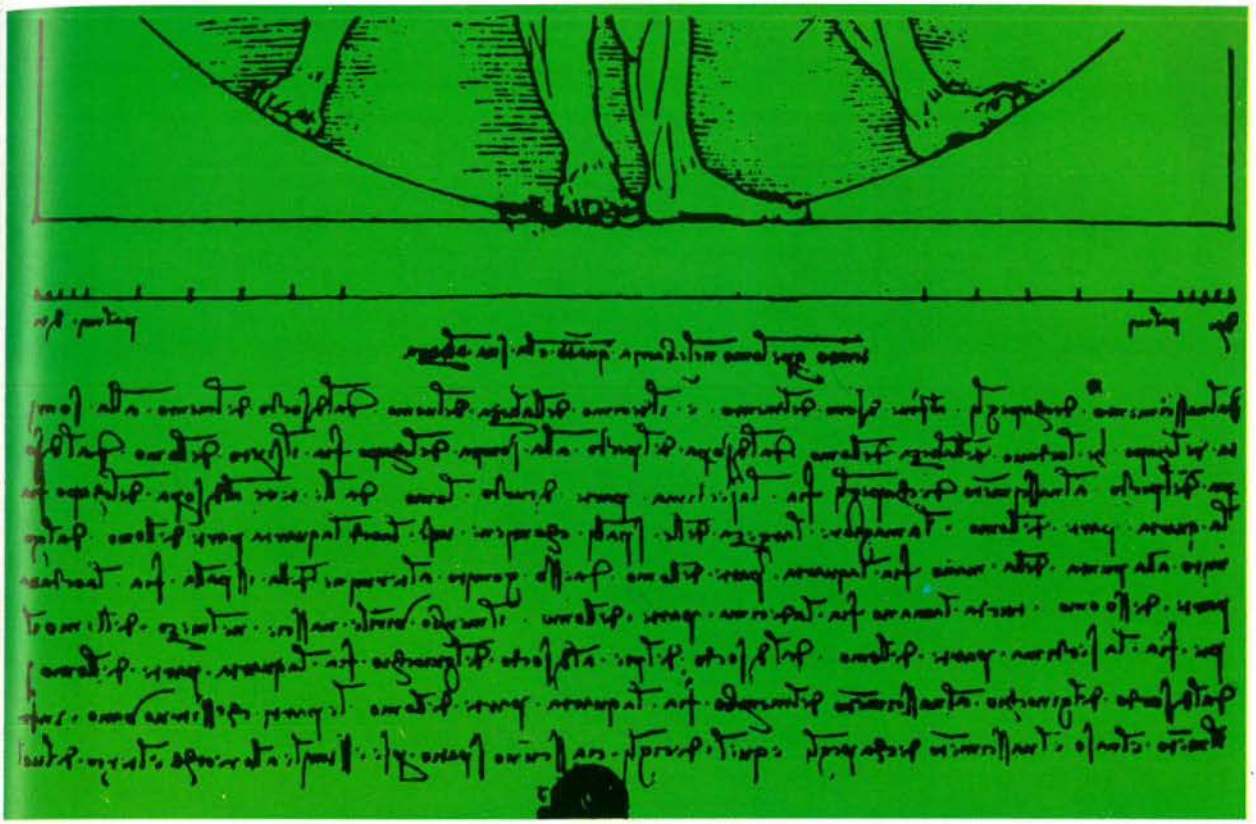
Enfermedad de Sever o apofisitis calcánea

Es un problema de crecimiento. Aumenta al andar y en ocasiones existe una hinchazón inflamatoria en la cara posterior del talón. A través de Rx. se observa un casquete irregular, denso y fragmentado.

El tratamiento es el de reposo deportivo y quizás un almohadillado de talón. Hay quien es partidario del tratamiento con calcio.

Continuará en n.º 106


Corintho 10 Elegance
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

JULIO-AGOSTO
1986

A.E.P.
n.º 106

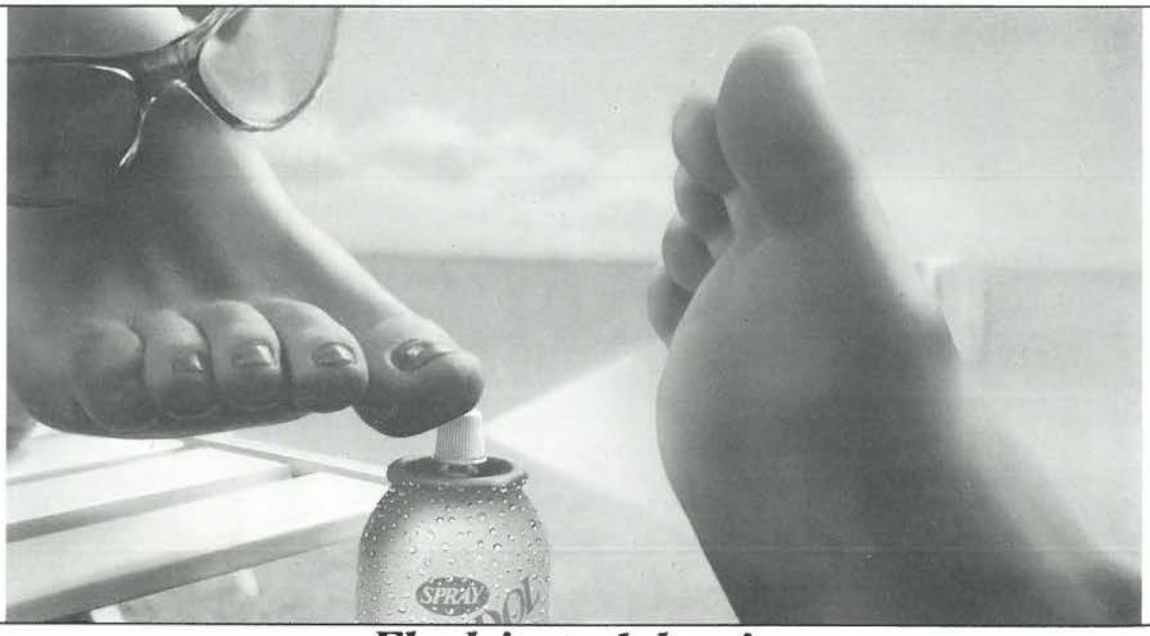
PEUSEK®

- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS

SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION
P E U S E K , S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

ARCANDOL®

- DE ACCION REFRESCANTE Y DEFATIGANTE DE LOS PIES
- APLICADO ANTES Y DESPUES DEL USO DIARIO DE PLANTILLAS O ZAPATOS ORTOPEDICOS, MINIMIZA LAS MOLESTIAS DE ADAPTACION
- RECOMENDABLE A PERSONAS QUE FATIGAN SUS PIES EN EL TRABAJO HABITUAL, Y EN LA PRACTICA DE LOS DEPORTES.



El relajante de los pies

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
San Bernardo, 74
Teléfono 222 87 63
28015 - MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime
Repro. Garval
Lucero, 12
Telf.: 479 69 73
28047 - MADRID

Empresa de Publicidad
Garsi, S.L.
Londres, 17
28028 - MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215

SUMARIO

Rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

La Agrupación de Podólogos de España, primera entidad aglutinadora y organizadora del empuje y quehacer de los podólogos, tiene indudablemente connotaciones de afecto y cariño para muchos podólogos que vivimos aquellas memorables fechas de entusiasmo.

El primer Decreto, los primeros Congresos y Manifestaciones, las primeras revistas de Podología, la puesta en marcha de las Escuelas, y como imagen superpuesta a la Agrupación, la de Leonardo Escachs. Como toda Organización humana, también tiene recuerdos amargos, tensos y de emociones diversas, pero por encima de todo nadie puede negar la importancia fundamental que ha tenido en el progreso y consecución de las aspiraciones de los podólogos.

El año 1982, los rectores de la Agrupación creyeron conveniente cambiar la apoyatura legal de la Ley de Asociaciones por la de Asociación Sindical con personalidad jurídica propia.

Sin ignorar la problemática que este hecho ha traído consigo, al ser impugnados los estatutos por la Organización Colegial por entender que se arrogaban competencias exclusivas que les confería la Ley de Colegios profesionales, la capacidad de ser sujeto de acción en posibles contenciosos legales, da una importante característica a esta Ley.

Los Estatutos legalizados del año 82 tenían sin embargo en cuanto a estructura interna dos problemas que incidían gravemente en la funcionalidad y en la fluidez de las relaciones entre las distintas Asociaciones territoriales, que al ritmo de la transformación política, iban surgiendo con lógico deseo de ser protagonistas en la acción podológica de su demarcación.

En la Asamblea de Santiago del año 1983 se puso un parche al problema de la falta de representación de estas Asociaciones dentro de la Junta Directiva de la Española, pero la ausencia del voto ponderado según el n.º de socios de las Asociaciones territoriales introducía un aspecto negativo en la aceptación de la estructura estatal.

A través de un gran sentido de la responsabilidad de todos, de no menor generosidad y de gran confianza en los redactores de los Estatutos, se ha llegado a la redacción final de todos estos extremos con la satisfacción de haber superado un momento crítico y de gran peligro para la unidad de la podología española.

Una vez diseñado el traje entre nosotros, hemos llegado también a un consenso con la Organización Colegial en la redacción de los estatutos que evite la conflictividad de acciones judiciales que a nadie convenía.

Deseamos felicitar a todos los protagonistas, y ahora esperamos de todos respeten y cumplan los acuerdos que garantizan la unión y la eficacia de la Federación Española de Podólogos.

LA INFLUENCIA DEL FUTBOL EN EL PIE DEL JOVEN

Por BERNAT VAZQUEZ i MALDONADO

(Continuación del n.º 105)

Enfermedad de Köler o escafoiditis tarsiana

El dolor aparece después de los partidos, el tibial anterior es el responsable de estos dolores y las radiografías muestran un escafoides aplanado en disco. El fútbol debe proscribirse durante uno o dos años. A veces, es necesario el enyesado mediante botina.

Enfermedad de Freyberg y osteonecrosis de la cabeza del 2.º metatarsiano

Se presenta raramente en el futbolista joven, más bien como consecuencia de un traumatismo directo, un planchazo puede desarrollar esta oteocondritis. (Quien escribe puede dar fe de ello).

Fracturas espontáneas

Se dan en el segundo o tercer metatarsiano por insuficiencia del arco anterior. De quinto metatarsiano en su cabeza o en su apófisis estiloide (fractura de Jones).

Lesiones degenerativas

Lesiones en la cola del astrágalo descritas por Cabot, astrágalo-escafoideas, metatarsofalángicas del primer dedo (hallux rígidus). Se dan verdaderas artrosis astragaloescafoideas o escafocuneiformes que en individuos de la misma edad y que no practican el fútbol son rarísimas. Exóstosis de Haglud por presión del calzado en la inserción aquílea. Exóstosis subungueales en el primer dedo por presión del calzado, etc...

En la piel

Las ampollas, los hematomas subungueales, las bursitis por mala adaptación del calzado (sobre todo en el primer hallux y en la cola del calcáneo). Las hiperqueratosis en media luna de la cabeza del primer metatarsiano. Los helomas dorsales e interdigitales por compresión del calzado. La onicocriptosis y las onicogrifosis de la uña del primer dedo acompaña, generalmente, de onicomicosis. Las onicomicosis interdigitales y plantares (pie de atleta) y raramente las dermatitis alérgicas de contacto, debidas a los tintes del calzado o de las medias.

En el sistema circulatorio

El trabajo muscular del fútbol provoca un aumento del dévito circulatorio de la pierna 20 a 40 veces.

El sistema normal de circulación de retorno no es suficiente, entonces se pone en marcha la bomba motora que es la pantorrilla, exprimiendo los espacios intra e intermusculares en cada contracción muscular.

La rotura venosa por traumatismo directo sobre la pared adelgazada en una zona de protección cutánea muy ligera, conduce a una hemorragia profunda, a menudo indolora, que puede traducirse en una tromboflebitis de una vena profunda. Quien escribe, también puede dar fe de ello, puesto que sufrió una tromboflebitis de la safena, al recibir un rodillazo en la zona anterointerna de la pierna izquierda.

Vamos a ver ahora cómo esas modificaciones anatómicas pueden ser negativas si no van acompañadas de un riguroso control médico y podológico.

– El pie plano

Feldman (médico de la selección Uruguaya de fútbol) publicó que el 90% de jugadores tiene pies planos, achacándoselo al calzado de fútbol al no tener, antiguamente, el calzado del futbolista ningún área de soporte, y a la bipedestración prolongada.

Esta teoría creo que está en desuso, por lo menos en nuestros jugadores se ha podido comprobar que sólo en juveniles se da un porcentaje de pies planos más alto entre los futbolistas, siendo al revés en las otras categorías.

Por tanto, yo no creo que la práctica del fútbol condicione la aparición de un pie plano, a no ser por un traumatismo, sino más bien al contrario.

El pie plano puede condicionar la práctica del fútbol de la siguiente manera: el descenso de la bóveda plantar modifica la alineación esquelética normal, distorsinando el sistema de apoyo, surgiendo así dolores y contracturas. Los músculos más afectados son el aductor del primer dedo, los tibiales peroneos, aponeurosis plantar y el tendón de la fascia lata, pequeño músculo situado en la cara externa del muslo y que interviene en la estática corporal mediante el control de la pelvis. Se pueden observar jugadores con pies planos y con una musculatura intrínseca del pie atrofiada.

El tratamiento es obvio. Será el de recomponer el arco interno con una plantilla de sustentación.

– El pie cavo-varo

Es el más corriente entre los futbolistas, y puede producir:

- Tendinitis del Auiles
- Esguinces del ligamento lateral externo.
- Hiperqueratosis
- Fracturas de sobrecargas
- Enfermedad de Freiber
- Sesamoiditis. Fractura de sesamoideos
- Talalgias plantares.
- Aponeuritis plantar de inserción con o sin espolón calcáneo.
- Enfermedad de Blount.

– El pie valgo

Puede producir:

- Esguinces de ligamento lateral interno.
- Tendinitis de la inserción del tibial posterior.
- Contracturas del tibial anterior.

CONCLUSIONES

Tras el estudio realizado, he llegado a la conclusión de que el fútbol influye de manera inequívoca en la formación anatómica del joven. Esta influencia puede ser positiva o negativa.

Será una influencia positiva si se realiza con un servero control y una planificación de los entrenamientos de acuerdo con las exigencias físicas de cada individuo.

Dicha influencia será negativa si la práctica de este deporte lleva a una serie de deformaciones como puedan ser todo el tipo de patología anteriormente descrita.

Creo, por otra parte, que individuos con problemas de estática que no han tenido ningún tipo de corrección, sufrirán lesiones y molestias en la práctica de este deporte que, quizás no hubieran notado nunca de llevar una vida sedentaria.

Por esto, tras este estudio y consultas a prestigiosos técnicos del fútbol, como el Sr. Terry Venables, máximo responsable técnico del F.C. Barcelona, a D. Jesús Pereda, seleccionador nacional de juveniles y a D. Carlos Reixach, seleccionador catalán de infantiles, todos ellos antiguos jugadores internacionales, llegamos a las siguientes conclusiones:

– Revisiones podológicas (junto a las médicas) de todos los niños que se vayan a dedicar a la práctica del fútbol, para evitar problemas futuros.

– Controles periódicos con corrección de los pies que presenten alguna patología.

– Entrenos dedicados más a la técnica con el balón que a la preparación física excesiva. Es recomendable que hasta los 12-13 años, los niños se dediquen simplemente a jugar.

– Balones ligeros (en la actualidad se está llevando a cabo la experiencia de jugar con balones de voley en la escuela municipal de fútbol de Barcelona).

– Calzado deportivo en los niños hasta los 12-13 años, blando y sin tacos (se debía prohibir en niños menores el empleo de "botas de fútbol").

– Procurar no entrenar en campos duros. Prohibir en niños menores la práctica del fútbol-sala.

– Amonestar severamente a los niños que practiquen el juego violento.

Por último, recordar que para un niño, el fútbol no es más que un juego, aunque más tarde llegue a convertirse en profesional.

BIBLIOGRAFIA

Traumatología del Deporte. Dr. Genety, Dra. Brunet-Guedj. Edit. Hispano Europea. Barcelona 1983

Le Pied du Esportif. Dr. P. Beliveau. Edit. Massón 1979

Fútbol. Lesiones y tratamiento. Dr. Muir Gray. Edit. Limusa. México 1983.

Medicina del fútbol. Dr. A. Durey, A. Boëda. Edit. Toray-Massón. Barcelona 1980.

Cuadernos de fisiología articular-2. I.A. Kapandji. Edit. Toray-Massón. Barcelona 1980.

Los aspectos médicos del fútbol. Dr. Feldman. Edito. Panamericana. Buenos Aires 1978.

CURSOS Y CONGRESOS

PODOLOGO EUSKALDUNEN ELKARTEA
ASOCIACION VASCO-NAVARRA DE PODOLOGOS

SECRETARIA GENERAL
Jesús Pérez Anda
Ortiz de Zárate, 17 - 1.º
01005 VITORIA-GASTEIZ

IV JORNADAS VASCO-NAVARRAS DE PODOLOGIA
29 Y 30 DE NOVIEMBRE
SALON DE ACTOS DE LA RESIDENCIA SANITARIA DE LA S.S.
ORTIZ DE ZARATE DE VITORIA-GASTEIZ

PROGRAMA PROVISIONAL

- Radiología en podología: Manuel Delgado (Vizcaya).
- Posiciones anómalas y marcha en rotación por acortamientos musculo-tendinosos: Angel F. Cabezón (Navarra)
- Laserterapia en podología: Juan José Baez (Vizcaya)
- Osteoporosis en podología: Agustín Soria (Vizcaya)
- Papiloma plantar. Panorama actual del tratamiento: Juan José Araolaza (Guipúzcoa)
- Silicona en metatarsalgia: Juan Manuel Baez (Vizcaya)

INVITADOS ESPECIALES

Jean F. SMEKENS (Bruselas) - Podólogo.

"Corrección del pie valgo en el niño, por ortesis funcional basado en datos del examen biomecánico".

Sesión práctica: Exploración y confección de ortesis.

Mr. J.A. BLACK (Gasgow, Scotland).

"Técnicas paliativas y correctoras con siliconas".

Tipos de material.

Sesión práctica con diversos pacientes.

Si estás interesado en su asistencia, deberás enviarnos lo antes posible tu inscripción con el importe que corresponda, mediante talón cruzado.

D. .....

Domiciliado en ..... Calle .....

Teléfono .....Asociado a .....

Desea inscribirse a las IV Jornadas Vasco-Navarras de podología:

- Podólogo asociado a la Española (incluye comida de trabajo y comida de clausura) ..... 7.500.– _____
- Podólogo no asociado ..... 15.000.– _____
- Acompañante (asistencia a las dos comidas) ..... 4.500.– _____
- Actos científicos ..... 3.000.– _____

Reserva Hotel General Alava (Avda. Gasteiz, 53)

- Habitación doble con desayuno ..... 4.500.– _____
- Habitación individual con desayuno ..... 2.700.– _____

TOTAL _____

RESTAURADOR MANTO ACIDO

PROTECTOR
EPIDERMICO
PODOLOGICO

Mantener un pH adecuado resulta imprescindible para tratar de evitar infecciones de todo tipo. En los pies, además, corrigiendo los trastornos de la sudoración, tanto por exceso como por defecto, se tiene solucionada una buena parte de la salud de los mismos.

RESTAURADOR MANTO ACIDO, CPI, normaliza rápidamente la fisiología de la piel en los pies ante las permanentes agresiones diarias que éstos sufren, dejando la zona tratada: **TERSA, HIDRATADA, NUTRIDA** y con un **pH FISIOLOGICO** de 5,5. Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

COMPOSICION:

Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%;
Sustancias humectantes (Glicerina, Propilenglicol, etc.), 10%;
Derivados de lanolina, 2%;
Triglicéridos vegetales, 1%;
Aminoácidos y sales inorgánicas, 2%;
Emulsionantes no tensoactivos, 2,5%;
Acido láctico c.s.p. pH = 5,5.

INDICACIONES:

Alteraciones en la fisiología normal de la piel del pie regulando su hidratación, tanto en la excesiva sudoración como en la sequedad. Protección frente a microorganismos patógenos.

MODO DE EMPLEO:

Tras el baño o ducha, extender la emulsión por todo el pie, friccionando suavemente. No deja sensación grasa.

PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 200 cc., 650 pts.

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL
Sagitario, 12
ALICANTE
España

EVOLUCION MORFOLOGICA DE LAS ALTERACIONES DE LA BIOMECANICA DEL PIE

Evaristo Rodríguez Valverde
Podólogo del Centro T.P.B.
BARCELONA

Quiero hacer hincapié en este Congreso sobre el problema que conlleva el no aplicar debidamente y a su debido tiempo un tratamiento ortopodológico correcto. Vuelvo a insistir sobre este tema ya expuesto en diversas ocasiones por mi, en distintas comunicaciones, pero, considerando su vital importancia, por mucho que se hable de él siempre será poco, puesto que vemos una vez tras otra como el ignorar las Leyes de Delpech, de Davis, de Wolff, sin olvidar el síndrome de adaptación general de Hans Selye, tanto en niños como adolescentes y adultos, nos conlleva paso a paso a un cambio en la morfología del pie y como consecuencia a la del resto del aparato locomotor, incidiendo en una alteración de la biomecánica a todos sus niveles.

Es obvio que, si queremos corregir una alteración, postural y/o biomecánica, cuanto antes abordemos su problemática mejores resultados obtendremos.

Por si existe algún olvidadizo, quizás sería oportuno mencionarlas:

Ley de Delpech

Donde los cartílagos diartrodiales transmiten una presión normalmente disminuída, el cartílago de conjunto vecino entra en actividad e inversamente.

Como consecuencia de esta ley, cada vez que un hueso esté en una posición habitual anormal, su crecimiento será anormal y tendrá tendencia a deformarse.

Otra cuestión a tener en cuenta, es el síndrome de adaptación general de Hans Selye: "como respuesta a una situación prolongada de esfuerzo, sea cual sea su naturaleza, se ponen en marcha ciertos mecanismos fisiológicos de protección". Selye divide este síndrome en la reacción de alarma, la fase de resistencia y la fase de agotamiento.

Insisto también una vez más, sobre mi teoría de que, en el niño, al igual que en el adulto, lo menos importante es la huella o imagen que nos determina el contacto o la presión del pie en carga, sobre una superficie plana, sin embargo, nos sirve como complemento en el diagnóstico, y para observar la evolución de un tratamiento.

La validez de un diagnóstico reside pues, no en una huella o impronta, sino, en la morfología ósea, articular, ligamentosa, músculo tendinosa, vascular, neurológica, su fisiología y las alteraciones de ellas derivadas. Así como la alteración de los ejes y ángulos del pie. No debemos descuidar en un examen previo al diagnóstico, valorar no solo el pie, sino toda la extremidad, ya que es frecuente encontrarse con alteraciones ligamentosas, por ejemplo, coxo femorales, que son las determinantes de una condición externa o interna de ellos, con repercusión inmediata en la marcha, y que muy bien puede tratarse con tratamiento ortopodológico. Así mismo la dismetría de las extremidades inferiores es causa primordial de infinidad de casos que vemos evolucionar con formas o alteraciones distintas respecto a

un pie de su homólogo. El examen radiográfico, nos sirve para confirmar o verificar los efectos o la evolución de las Leyes, base de este trabajo.

Si observamos esta serie de diapositivas, veremos como y a pesar de presentar la misma huella, varía totalmente la morfología respecto de un pie al otro. Así mismo y a la inversa, presentando distinta huella, observaremos como apenas se aprecia o se traduce dorso-lateralmente esta variación.

Cuando se observen desviaciones de los ejes, debemos prescindir de dos conceptos hasta ahora imperantes respecto a la edad y la huella, e instaurar el tratamiento inmediatamente. Está demasiado arraigada la creencia o el concepto de que hay que esperar por lo menos a los tres años para iniciar el tratamiento ortopodológico en el pie del niño, porque hasta esa edad puede resolvérsele el pie "plano". Lo que sí puede normalizarse, en verdad, es su imagen a nivel de impronta o podoscópica cuando ésta nos viene determinada solo por el panículo adiposo en la planta del pie, que va normalizándose a medida que el bebé inicia la deambulación. Una vez transcurrido el tiempo suficiente hasta llegar a esa normalización, de no existir otras causas tendremos un pie equilibrado. Así pues, cuando se examina un pie, no debemos limitarnos a estudiar su huellas, deberemos tener en cuenta que ésta es siempre una consecuencia, que el pie "plano" no existe o no debiera existir como diagnóstico. El pie "plano" es siempre una consecuencia, puesto que a él se puede llegar a través de diferentes y variadas alteraciones de la biomecánica del pie, y por lo tanto debiera en principio definirse la alteración causante y a continuación la consecuencia. Ejemplo: pie pronado valgo aplanado o pie laxo pronado, con imagen aplanada y apéndice escafoideo, etc. Para mi, solo se podría definir como tal, el que denominamos pie plano esencial cuya morfología varía totalmente de las frecuentes alteraciones a que estamos acostumbrados se les diagnostica como pies planos.

No obstante el tema de esta ponencia si bien está completamente ligada a lo antedicho por los resultados que de ello se derivan, no es quizá el momento oportuno de profundizar sobre esta materia, y si sobre las variaciones que se observan tanto a nivel articular, óseo, como de partes blandas, y nada mejor que recordar de nuevo las leyes que nos llevan y nos han llevado a esas conclusiones, las cuales están vigentes haciéndose patentes en el caso que presentamos.

Se trata de un paciente de 21 años, varón en tratamiento ortopodológico, desde los 2 años y medio con diagnóstico de genovalgo.

Se iniciaron las algias en los pies, para irradiarse a piernas posteriormente asi como a columna. Le aplicaron plantillas de diversos tipos, rehabilitación, electroterapia, etc., y siempre con resultado negativo. Es más, en el Servicio Militar sin alegar alteración alguna, al hacer la revisión le dieron como inútil por presentar "pies planos".

Quiero hacer hincapié en que en el año 77, un médico ortopédico le dijo que como ya tenía la deformación manifiesta no merecía realizar tratamiento alguno, pues ya no se podía curar. Es aquí donde se encuentra la equivocación o el desconocimiento de algunos profesionales con respecto a las leyes que rigen sobre el organismo. Podemos observar las radiografías comparativas del año 77 y del 83, y vemos claramente la evolución negativa de la estructura ósea, precisamente a nivel de escafoides, pues en el navicular se observa claramente el cambio morfológico habido en el transcurso de esos 5 años sin tratar. Su clásica forma se ha transformado en un hueso en forma de coma, hallándose su parte más ancha medialmente. Cual ha sido la causa, lógicamente la rotación y pronación manifiestas que han comportado una hiper-presión en su parte lateral dejando el espacio suficiente, a nivel medial, para llegar a la forma actual. Caso típico de la ley de Wolff, que como siempre se va inveterando favorecido por la ley de Davis, que ayudará a mantener la desviación manifiesta, llegando al síndrome de Hans Selye.

Según el F.P.G., que acompañaba en su visita la imagen correspondía a un pie excavado.

El escafoides se palpa y se observa prominente más en el P.I. (apreciándose también supernumerario), con alteración del eje

A.P. Al proceder al examen de las extremidades, se parecia acortamiento de la extremidad derecha, confirmada en la teleradiometría. Las presiones corresponden a pie cavo y excavado respectivamente.

Una vez diagnosticado, se le aplica el tratamiento consecutivo con plantillas de plexidur de 4 mm., y se le compensa la dismetría con el alza correspondiente.

La corrección practicada, es aquella que el examen de la motilidad articular nos permite, traducida al molde de escayola. Podemos decir que después de tantos años, y tratamientos las algias han desaparecido, así pues los resultados son óptimos y con posibilidades de reestablecer una morfología más fisiológica.

Otro caso interesante es el de esta niña de 8 años que presenta rotación de astrágalo y pronación. Está en tratamiento desde los tres años. En los exámenes periódicos realizados no se observaba dismetría de las extremidades. A raíz de presentar ligeras algias a nivel de la articulación M.F. 1.ª del P.I., y proceder al examen general, se le aprecia acortamiento de la extremidad D. de 6 mm., confirmado en la teleradiometría. Practicada así mismo Rx. dorso plantar en carga, se observa la diferente evolución morfológica del escafoides así como la desviación en varo del primer M.T.T., con Hallux valgus incipiente.

Atribuimos la causa a la acomodación de la extremidad más larga para compensar o evitar una basculación que así mismo comportaría desviación de columna.

En este caso deberá compensarse esta diferencia de la extremidad con el alza correspondiente, amén del tratamiento ortopodológico adecuado al caso, para favorecer el equilibrio en ambas extremidades repercutiendo éste en la evolución de la alteración del pie, tanto a nivel biomecánico como morfológico.

Conclusiones:

1.º El tratamiento correctivo debe iniciarse lo antes posible, cuando se observen alteraciones de los ejes, presciendiendo de la huella plantar.

2.º No debe olvidarse nunca de proceder al examen de las extremidades en cada visita para observar su evolución y proceder en consecuencia.

3.º Una simple dismetría, real o virtual, puede y hace variar totalmente la morfología ósea, tanto a nivel del pie, como del resto del sistema óseo.

4.º Por escasa que sea una dismetría, deberá tratarse habiendo previamente practicado una teleradiometría de las E.E.I.I., en bipedestación, para valorar así mismo los planos, tanto en sentido vertical como lateral, de ambas extremidades, su relación entre si, y la basculación pélvica.

5.º Cualquier edad es buena para realizar tratamientos correctivos, ya que de acuerdo con las leyes mencionadas siempre se podrán obtener resultados positivos, tanto en lo que respecta a su evolución morfológica como sintomática.

6.º Los tratamientos correctivos se aplicarán siempre previo examen de la motilidad articular y de acuerdo con su balance.

7.º Para conseguir resultados positivos de acuerdo con las leyes mencionadas, deberemos emplear siempre plantillas rígidas termomoldeables.

8.º Para la confección de las plantillas rígidas termomoldeables, será imprescindible la obtención del molde de yeso, realizando las correcciones de acuerdo con la alteración y el balance articular.

9.º La plantilla rígida termomoldeable bien confeccionada deberá realizar la corrección deseada y no deberá (si está bien diagnosticado, bien confeccionado el molde y bien aplicada), ocasionar dolor alguno al pie.

10.º En las revisiones periódicas realizadas cada seis meses, se irán retocando las plantillas adaptándolas a la morfología del momento de acuerdo con su evolución, aumentando paulatinamente la corrección cuando asi lo requiera el caso.

11.º La validez de estas leyes, las vemos traducidas en la evolución del pie humano a través de los siglos.


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

EL PIE, EL PODOLOGO Y LOS REYES MAGOS

J.A. Torres Ricard
HUESCA

Hablando con el Secretario de nuestra Asociación Nacional de Podólogos, Juan José Araolaza, me insinua que escriba algún artículo para la Revista Nacional de Podología. No puedo negarme por dos razones fundamentales como son la de corresponder a otras peticiones que le he hecho anteriormente, y porque nadie puede eludir el compromiso de colaborar en una Revista de todos los Asociados que son la mayor parte de los Podólogos españoles.

En principio me han dado ganas de escribir una carta a los Reyes Magos, pensando que dado el retraso que lleva nuestra Revista podría ser tema de actualidad; retraso del que no quiero culpar a nadie porque de nadie o de todos pueda ser la culpa, pero resulta curioso, cuando no vergonzoso, que nos enteremos de unos actos cuando éstos ya se han celebrado.

Por otro lado, qué Podólogo no caería en la tentación de pedir a los Reyes Magos esas cosas que deseamos para nuestra profesión en la seguridad de que, si no todas, porque tal vez no hayamos sido todo lo buenos que deberíamos, si por lo menos recibiésemos algunas de ellas, aunque solo sea por la ilusión de creer que nos lo merecemos.

Yo pediría:

- Colaboración y entendimiento entre todos nosotros, porque todos tenemos algo que aportar y porque todos tenemos nuestra parte de razón.
- Pediría unión, porque así el esfuerzo sería compartido.
- Pediría Ciencia, porque el Podólogo tiene que dar respuesta puntual con criterios propios.
- Pediría tantas cosas que posiblemente los Reyes Magos no atenderían mi carta, como tal vez haga "Juanjo" cuando lea este trabajo.

Acabo de mandar a las Revistas PODOSCOPIO y EL PEU, unos trabajos sobre distribución de peso, sobrecargas, etc. por lo que no puedo insistir en los mismos temas, así que no se exactamente qué es lo que puedo decir que no sea repetitivo y que pueda resultar curioso y práctico.

Voy a exponer una teoría, cuyo único valor pueda consistir en el atrevimiento que supone el querer conocer algunas cosas del pie con visión de Podólogo.

A veces hablamos de lo que debería ser un pie normal y un pie ideal sin que lleguemos a una conclusión que pudiera definir estos términos. Como no tengo la capacidad para dar solución a estas cosas, recurro al término "standar" como medio de comparación con el pie concreto al que hay que estudiar.

Siempre hay que partir de algo para llegar a algún sitio, por lo que el término "standar" hay que entenderlo como origen y nunca como fin.

Todo en el pie tiene un valor relativo y complejo, afortunadamente para el Podólogo, pero no por eso debemos dejarnos llevar por la inercia de la pasividad.

Es difícil y arriesgado el establecer unas medidas del pie que pueden darse en algún caso pero nunca de una forma generalizada; en los pocos libros que dispongo, he observado que sus autores caen en la tentación de dar cifras concretas con pequeños márgenes de error que en mi opinión son de dudosa validez.

Como quiera que mi atrevimiento supera los márgenes de moderación aconsejados para mantener la propia imagen, voy a exponer unos datos concretos en base a la proporcionalidad de la longitud del pie.

¿Cuál es la longitud del pie?

Generalmente es aceptado como siste-

ma de medición, la distancia que separan los puntos más distales de la proyección del perímetro del pie.

No tengo que objetar si lo que pretendemos es simplemente el averiguar qué número de calzado pueda corresponder al pie que hemos medido; pero esa no es la longitud real del pie y por ello creo que vale la pena hacer un pequeño análisis sobre esta cuestión.

Imaginemos un pie cuyos dedos estén en garra; va a haber una diferencia entre el perímetro que tracemos en esta situación y la que tendría si los dedos estuviesen en extensión. La misma consideración es válida con respecto al tipo de pie según sea plano o cavo.

Todo ello no tendría mayor importancia si no fuese por la relación que pueda derivar en los tratamientos ortésicos.

Longitud del pie y su proyección con respecto al plano del suelo puede dar lugar a considerar dos tipos de longitudes: una real y otra virtual.

Ejes del pie

Cada elemento óseo tiene unos ejes que carecen de valor si no se relacionan con otros; es imprescindible su medición radiográfica y no siempre resulta sencilla.

En términos generales, el Podólogo recurre a un eje trazado en la huella y que va desde la mitad del talón hasta el espacio interdigital del 2.º y 3.er dedos; se le considera como eje del pie a pesar de su dudosa correspondencia con el eje real del pie. Piénsese que una desviación de los dedos nos va a desviar este eje de la huella con respecto al eje real del pie.

Yo me olvido un poco de los ejes establecidos y recurro a otros ejes, posiblemente con un carácter más geométrico que biomecánico.

Si la huella del pie no está inscrita en la proyección del perímetro de dicho pie, nos puede confundir con más facilidad de lo que podamos imaginar.

No es mi intención hablar de estos ejes, pero si aclarar mi postura para que se comprenda el desarrollo que voy a efectuar.

El pasado año me publicaron en la Revista "PODOSCOPIO" un ensayo en el que trataba de relacionar el arco longitudinal interno con la huella; siguiendo en la misma línea, voy a tratar de ampliar estas nociones que pueden ir desde una curiosidad o casualidad, hasta una visión desconocida en el campo del diagnóstico y tratamiento.

Vamos a coger un segmento de recta y la dividiremos en seis partes iguales, de la misma forma que hacía en el "Diagrama standar". Fig. 1.

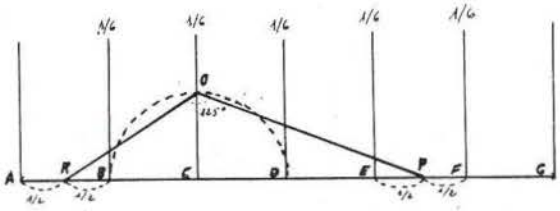


Fig. 1

En el punto C trazamos una semicircunferencia con radio 1/6; hallamos los puntos medios entre AB y EF (R y P respectivamente) y los unimos con el punto de intersección del semicírculo con la perpendicular en C (O).

De esta forma obtenemos unos valores angulares fijos que serán:

$\hat{O} = 125°$
$\hat{P} = 22°$
$\hat{R} = 34°$

Margen de error = 1°

Si buscamos cierta analogía con los valores angulares del primer metatarsiano que oscilan entre 18° y 25°, vemos que P entra dentro de esos valores; si lo hacemos con el ángulo de Costa-Bartani, que oscila entre 120 y 130 grados también el ángulo en O está en la media de su valor.

Como quiera que no recurro a la radiografía, no puedo decir que el ángulo en O sea el ángulo de Moreau-Costa-Bartani, o de Dijian y Annonnier, ni el ángulo del primer metatarsiano guarde relación con el ángulo de perfil de Roig-Puerta, Feiss o Rocher, en todo caso y pecando de excesiva inmodestia, yo diría que son los ángulos de Torres.

Llevando este desarrollo sobre una radiografía de perfil obtenemos la fig. 2.

Basado en estos hechos yo diría que el pie "standar" es aquel que reúna los siguientes requisitos:

- Angulo en O = 125°
- Angulo del primer metatarsiano = 22°
- Angulo del Calcáneo = 34°
- Altura de la parte más baja del Astrágalo = 1/6 de la longitud del perímetro del pie.
- Altura de la tuberosidad del Escafoides = décima parte del número que le corresponda de calzado.

Para el caso de la fig. 2 correspondería la fig. 3.

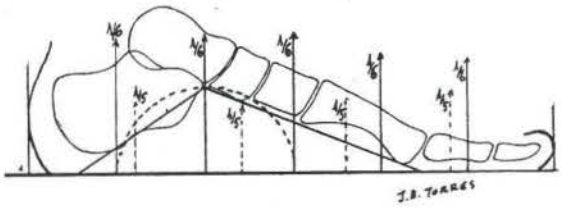


Fig. 2

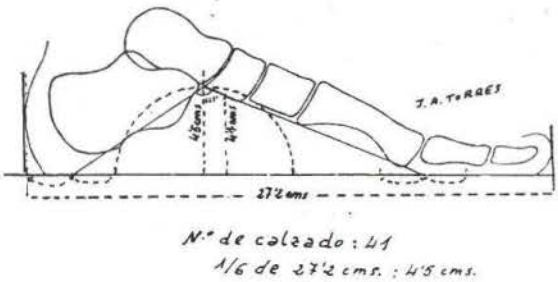


Fig. 3

Habrá discrepancias sobre lo expuesto, como viene siendo habitual, pero como decía antes, hay que empezar a partir de algo que venga del podólogo y que sea el podólogo quien confirme o anule estas teorías con la aportación de datos concretos.

Dicho esto, hay que transportar estos datos sobre la huella para establecer comparaciones entre el pie "standar" y el caso concreto.

El arco longitudinal interno, puede estar descendido en dos sentidos: vertical y oblicuo al plano del suelo. Fig. 4.

Cuando está descendido verticalmente, resulta relativamente sencillo su estudio y tratamiento, pero cuando su descenso es oblicuo ya no sucede lo mismo. En el primer caso yo diría que se trata de un aplanamiento puro (pie plano), mientras que el segundo será un falso aplanamiento (pie aplanado).

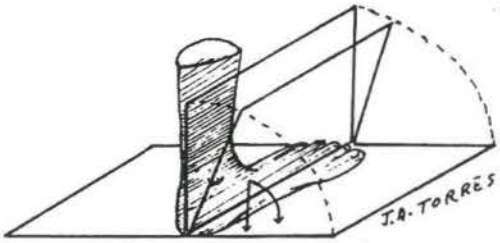


Fig. 4

Puede existir un pie cavo que por un valgo excesivo de talón o por excesiva pronación, descienda su arco pudiéndonos inducir a considerarlo como plano.

Ambos casos requieren tratamientos bien diferenciados.

En todo momento rehuyo a mencionar las alteraciones biomecánicas del pie con respecto a sus planos y ejes; esta postura viene dada para no confundir ideas que generalmente utilizamos y que deberían ser, más que aclaradas, homologadas o unificadas. Pongo por ejemplo el pie plano, pie valgo y pie pronado.

Vamos a obtener la huella del pie en carga al tiempo que trazamos la proyección de su perímetro. Ambas cosas juntas nos van a decir mucho de cómo apoya este pie.

El eje del pie lo trazaremos uniendo el punto medio del talón y el espacio interdigital del segundo y tercer dedo, ya que si lo hacemos ciñiéndonos exclusivamente en la huella, su resultado será el eje de la huella que no coincidirá necesariamente con el eje del pie.

Vamos a transportar a la huella y perímetro del pie, los valores del pie "standar". Como quiera que conjugamos valores de planos distintos, como son el plano horizontal del pie sobre el suelo, para impresión de la huella, y el plano vertical del pie sobre el suelo, para determinación de los ángulos, tendremos que ir con cuidado a la hora de relacionarlos.

La Fig. 5 corresponde a la huella y perímetro del pie de una niña de 5 años.

He marcado con rotulador un punto de la tuberosidad de escafoide y he proyectado sobre el plano de la huella dicho punto y el maleolo interno o tibial.

Para hacer la medición de la altura de escafoides recurrimos al plano de proyec-

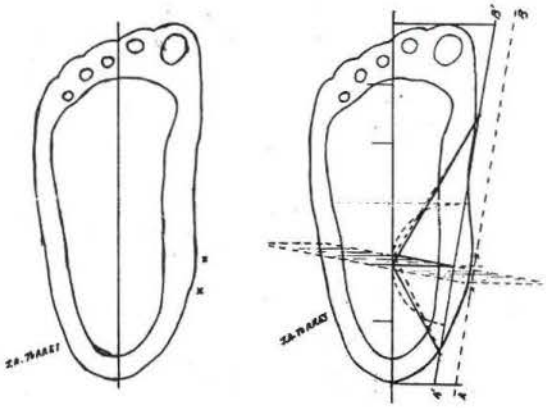


Fig. 5

ción sobre el suelo (plano vertical) representado por la línea A-B. La línea A'-B' correspondería al plano vertical ideal del pie "standar"; transportamos los valores "standar" sobre la huella mediante giro de A'-B'. Si este giro lo realizamos en A-B tendremos los valores del pie en su situación concreta. Fig. 6.

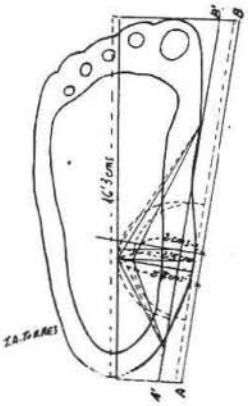


Fig. 6

He realizado radiografía de perfil y de proyección dorso-plantar.

En la de perfil (Fig. 7) he llevado los valores "standar" para ver la diferencia entre cómo está y cómo debería estar la altura y situación de escafoides.

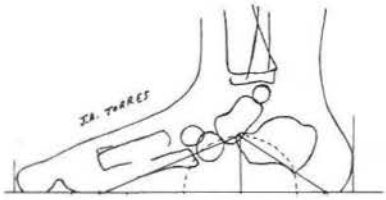


Fig. 7

He tratado de calcar la radiografía dorso-plantar sobre la huella (Fig. 8) y he aplicado mi teoría de los valores fijos "standar", determinando de esta manera los ángulos que debería tener el pie y los que tiene.

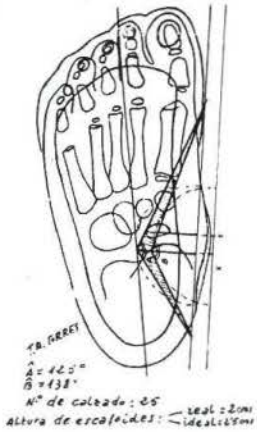


Fig. 8

Según apliquemos los datos "standar" sobre la huella (Fig. 1) en su eje o en el plano vertical, nos va a dar una posible corrección sin que se modifiquen los valores fijos.

OBSERVACIONES GENERALES

1.– Así como en mi primer ensayo, publicado en la Revista PODOSCOPIO relacionaba el arco longitudinal con la huella, de una forma aproximada, haciendo las mediciones directamente sobre el pie del paciente en el momento de obtener la huella, ahora me rijo más por la proyección del perímetro del pie y con unos valores fijos.

2.– La explicación escrita de este procedimiento puede dejar lagunas que no obedecen a una omisión voluntaria, si no más bien a que en cada caso hay que hacer una aplicación específica. Si la explicación fuese oral, su entendimiento sería más sencillo.

También es cierto que este trabajo forma parte de unos apuntos (por llamarlo de alguna manera) con la esperanza de poder editar un libro y donde estas explicaciones vienen más detalladas y ampliadas.

3.– Como quiera que el hacer tantas divisiones y tantas cosas, puede suponer la

inversión de mucho tiempo, yo recurro, al igual que con el diagrama "standar", a la proyección óptica sobre la huella, de tal forma que los datos quedan reflejados de una forma inmediata y sin errores.

4.– Si marcamos sobre la huella la proyección de escafoides y maléolos, veremos que no siempre van a coincidir con el lugar que les correspondería en el pie "standar", aunque sí de una forma bastante aproximada; si asociamos la proyección a la forma del pie entenderemos el porqué de esa posible falta de correspondencia.

5.– Con este sistema existe una cierta relación con "el cuarto de esfera" propugnado por Valente Valenti en el tratamiento ortésico del pie plano.

6.– El panículo adiposo deberá ser tenido muy en cuenta al igual que aquellas alteraciones visibles que modifican la estructura del pie, como pueda ser el Hallux-valgus.

Para terminar voy a mostrar dos casos concretos que puedan ser representativos de lo que he expuesto.

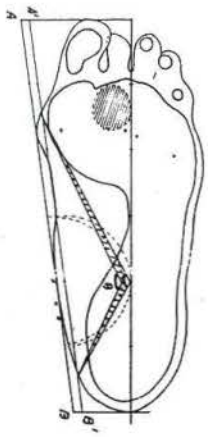


Fig. 9

En la Fig. 9 tenemos la huella y el perímetro de un pie donde se observa la carencia de apoyo del segundo dedo y la desviación del primero.

Hacemos la corrección correspondiente, trasladando A-B a A'-B'.

Los valores "standar" coinciden con el eje del pie y los valores teóricamente reales, están por debajo aumentando el valor angular en O.

El segundo caso es seguido por el mismo proceso, por lo que no requiere ninguna explicación. Fig. 10.

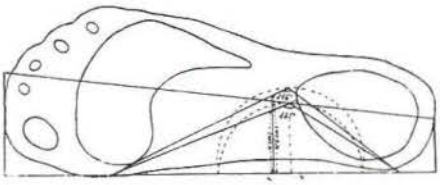


Fig. 10

Ya he cumplido mi objetivo de colaborar con la Revista Nacional de Podología, aunque me queda la frustración de no haber escrito a los Reyes Magos como era mi deseo.

Tal vez lo haga para que conozcan las inquietudes del Podólogo y así, cuando vean algún calzado con un desgaste incorrecto (ellos que ven tantos calzados), que dejen un aviso para acudir al Podólogo, porque al "zapatero" ya lo harán sin decir nada.

Sería un gran regalo de Reyes para la sociedad y para el Podólogo.

Como suelo decir, quedo a disposición de cualquier compañero que precise alguna aclaración.

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

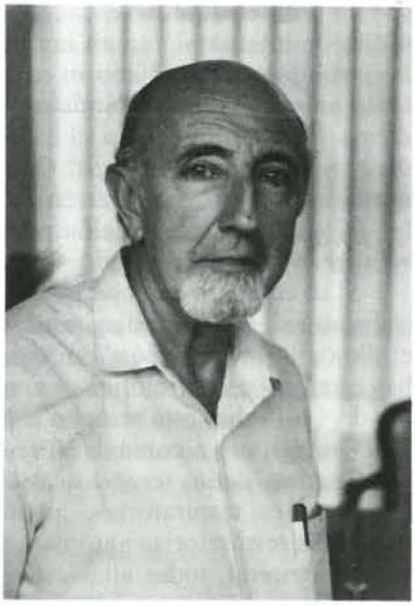
Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

LA CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION



por L. Aycart D.P.M.

DEDICATORIA

A mi querido amigo José Sánchez Luna, a quien debo la cortesía de haberme invitado por primera vez a Zaragoza, para hablar de este mismo tema.

Tú, que con estimulantes palabras de aliento, me hiciste creer, que merecía la pena seguir por este camino de la mínima incisión. Lástima que hoy, tus manos permanezcan obstinadamente quietas y solamente tu corazón acuda para convivir con nosotros.

La eliminación quirúrgica de exóstosis por medio de la Cirugía de la Mínima Incisión, forma una de las fases más avanzadas en el Campo de la Podología experimental.

Al presentarla, en el 18 Congreso Nacional de Podología, los compañeros de la Comisión Organizadora, no pretenden apartarse de nuestros métodos paliativos tradicionales; al selecionar este trabajo no han querido relegar la quiropodia a un segundo plano, solamente pretenden adaptarse a métodos más rápidos de curación, más económicos para el mundo del trabajo, más baratos para la Seguridad Social por no producir absentismo laboral, dado el postoperatorio totalmente ambulatorio, y por último por descargar a la Sanidad Nacional de importantes operaciones podológicas reconstructoras que requieren quirófano e internamiento hospitalario y una prolongada recuperación del paciente por la incapacidad de deambulación que conllevan.

Y llegado a este punto del internamiento hospitalario, no puedo por menos que recordar la conferencia magistral dada por el Director de la Escuela de Podología de Madrid, Dr. Estades Ventura, sobre el "Criterio" que cada profesional debe de formarse a la vista de todos los métodos actuales en Podología.

Decía el Dr. Estades –y utilizo sus mismas palabras– que hoy en día la Tecnología permite utilizar una serie de aparatos maravillosos y unas técnicas instrumentales fantásticas –casi de Ciencia Ficción–, y que a pesar de ello, asistimos a unos pobres rendimientos. ¿Por qué se equivocan las máquinas? ¿Por qúe, se utilizan mal? O más bien porque esta tecnología supone un gran margen de comodidad para muchas cosas, y sobre todo para el médico.

El médico joven que en el hospital, dispone de esas técnicas; tiene a mano el coger una serie de volantes, verde, rojo, amarillo, firmarlos y enviar a los distintos departamentos, para ver si; –ESO ES LO NO CONFESADO– en alguna de las respuestas de los volantes resulta la flechita con el diagnóstico, y entonces es facilisimo.

Pero eso tiene un inconveniente; el enfermo que está hoy ingresado en un hospital en esas condicines; su cama está costando entre las 25.000 ptas. diarias y si está 17 días para hacerle todas las pruebas; no quieren Vds. saber el costo, y todavía no se ha diagnosticado al enfermo.

Y por causa de la presión social de las responsabilidades exigidas al Cirujano que se pueda haber dejado una gasa (o le ha pasado, tal o cual cosa) "para hacer dinero", que siempre es el mismo problema, el enfermo permanecerá internado una serie más de días. Y ¿cuánto dinero ha costado?

Pero, ¡ojo! –sigue el Dr. Estades– si de verdad se conoce el problema hospitalario, las cosas no quedan ahí, si de verdad se cono-

ce este problema; se tiene que saber que basta 4 días de internamiento en hospital para que las posibilidades de infección en una persona, tanto en problemas quirúrgicos como en medicina interna, aumentan el 17% por esos 4 días, y eso ¿qué quiere decir? Que si le operamos y se nos va a infectar en ese porcentaje tan talo, el costo de curación por antibióticos va a ser mucho más elevado.

Si se compara eso, con las clínicas que no trabajan así, que llega diagnosticado e ingresa el día de la intervención, no se complica, no hay que utilizar antibióticos y con un promedio de 8 ó 10 días está resuelto el problema.

Que les voy a contar a Vds. –continúa el Dr. Estades– de las terapéuticas modernas de intubaciones respiratorias; mantención con máquinas respiratorias automáticas; de nutrición parenteral, todas ellas están a la orden del día.

Pero eso está costando un porcentaje elevadísimo de sepsis y septicemías.

Hoy es muy frecuente en un hospital, llegar a visitar a un enfermo que ayer estaba en una U.V.I. y encontrarse que está cerrada y el enfermo le han trasladado a otro sitio. El problema es que se han detectado en el enfermo que estaba allí, SERRATIAS, CLASIELLAS; BACTEROIDES... etc. lo que Vds. quieran.

"Estaba contaminada la U.V.I." se tiene que cerrar, esterilizar y hasta que los cultivos den negativo, no se puede poner en marcha de nuevo.

Por lo tanto no es una crítica –dice el Dr. Estades– lo que estoy haciendo de las posibilidades técnicas, sino de la mala utilización que por falta de información hacemos los Sanitarios.

Tenemos, pues, que pensar muy claramente, que hay que hacer las cosas muy meditadas, muy sensatas y muy claras. Y tener en cuenta, hasta el menor tiempo de curación.

Y esto que recomienda el Dr. Estades es aplicable a cualquier técnica podológica, incluso a la cirugía de la mínima incisión.

Así pues; por todas las razones antepuestas; por la simplicidad de esta Técnica y los sorprendentes resultados obtenidos, la hacen muy provechosa en nuestra práctica diaria para la curación radical, para la curación definitiva, de la mayor parte de las deformidades adquiridas del pie, dejando a la CIRUGIA ORTOPEDICA RECONSTRUCTORA para el último recurso efectuado por los Cirujanos mayores.

TECNICA

Sobre el pie debidamente preparado para intervención, con los debidos cuidados de esterilización, previos análisis completo de sangre, muy especialmente (Tiempos de Coagulación, hemorragia, protombinemia, glucemia y uricemia), además de verificación circulatoria del miembro, calculando el índice maleolo-braquial de Yao-Pourcelot, que deberá ser superior a 0,80. Se comienza por aplicar:

Anestesia. Utilizando Scandinibsa al 1% sin adrenalina, se practican varios habones dérmicos por medio de la jeringa Dermojet, a través de ellos, se anestesia en anillo, o en forma de estrella, si tratamos de anestesiar una superficie plana no apendicular. Con objeto de reducir el dolor postoperatorio al mínimo, la anestesia debe mezclarse en la proporción del 10% con un corticoide de infiltración local (Decadran 1 c.c. equivalente a 4 mgs. de fosfato sódico de dexametasona mas 9 c.c. de solución anestésica).

Incisión, ha de hacerse perpendicular a la piel, evitando practicarla en áreas donde el zapato puede ejercer presión. Seguidamente con una pinza de mosquito introducida en la herida se procede a dilatar y separar el tejido blando en las proximidades de la exóstosis, a continuación por la misma herida se efectúa una segunda incisión, para penetrar en la cápsula articular (en el caso que la exóstosis esté situada intracapsular), con una pinza de mosquito repetimos la misma dilatación para separar la zona circundante, de manera que permita introducir por la misma una pequeña lima o fresa de bola, y que tenga espacio suficiente para la operación de raspado.

Legrado, para efectuarlo, introducir una lima estéril tipo Bell Pattern n.º 12, o una fresa circular de 2 mm. 0 y proceder a la eliminación, suavemente de la exóstosis de dentro hacia afuera, de forma que en cada recorrido de la lima, junto con las limaduras óseas saldrá abundante hemorragia. Cuando por el tacto externo, con la incursión de la lima, o por radiografía, apreciamos su aplanamiento y eliminación, se procede a lavar la herida con suero autopropulsado "Rapide", introdu-

ciendo la aguja a fondo de saco para que la "corriente" de suero fisiológico arrastre al exterior los detritus oseos. Después con la anestesia local sobrante se efectúa un segundo lavado.

Vendaje, una vez exprimido enérgicamente con una gasa todo el contenido líquido de la herida, se procede a cubrirla con gasa estéril humedecida en Betadine, así nos permitirá la aireación con un vendaje ligero, se aplica después una bolsa de plástico para evitar que la posible hemorragia manche el zapato, y se retira al llegar al domicilio.

Como precaución suplementaria se prescribirá un analgésico al llegar a su domicilio, de manera que se enlace el efecto analgésico con el anestésico local; y solamente en casos excepcionales debería sugerirse antibiótico por vía oral para prevenir posible infección.

DEDOS EN MARTILLO Y OTRAS DEFORMIDADES DE LOS DEDOS MENORES

Bases anátomo-fisiológicas para su corrección.

Los dedos de los pies están predispuestos a muchas deformidades estáticas, debidas a la gran cantidad de movimientos que se encuentran en las articulaciones metarsofalángicas del pie. Es una contradicción que los huesos del tarso cuyo movimiento normal es limitado, poseen estructuras más sólidas y funcionan como una unidad más compacta.

Cuando la causa de una malformación permanece sin tratamiento, las deformidades llegan a hacerse rígidas o estáticas; las estructuras óseas afectadas se acomodan lentamente a la nueva situación de acuerdo con la Ley del Dr. Wolff "Cada cambio en la función estática de los huesos, produce un cambio en su forma y arquitectura internas, así como unas alteraciones en sus funciones externas, conforme a leyes matemáticas".

De este modo, una mala alineación puede crear y fijar una deformidad estática. Igualmente, los ligamentos o cualquier estructura de tejido blando hacen que una articulación no pueda contrarrestar un estress continuado de acuerdo con la Ley de Davis, que dice: "Cuando los ligamentos o el tejido blando, se ponen en un moderado grado de tensión, y si la tensión no remite, resultarán alargados por la adicción de nuevo tejido. Por el contrario, cuando los ligamentos permanecen ininterrumpidamente en estado de laxitud, se acortan gradualmente y el tejido sobrante es reabsorbido".

Estas leyes llegan a hacerse verdaderamente efectivas en las contradicciones y alargamientos que tienen lugar en la formación de los dedos en martillo, u otras deformiades en dedos menores.

Cuando un dedo en martillo o en mazo se está formando, la posición se debe a un desequilibrio muscular y las cabezas metatarsales no pueden estar alineadas. En un dedo normal la presión directa contra el suelo y el impulso directo sobre la superficie articular

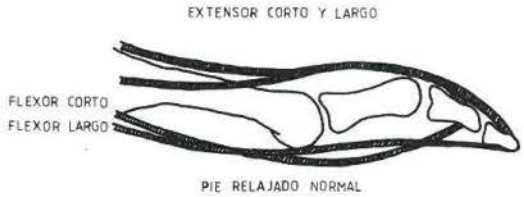


Fig. 1

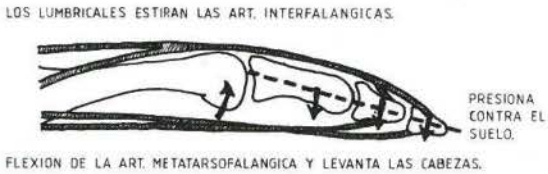


Fig. 2

de los metas, estabiliza las cabezas y mejora la función de la articulación metatarso falángica facilitando la marcha con menos trauma para estas estructuras. (Fig. 1, 2).

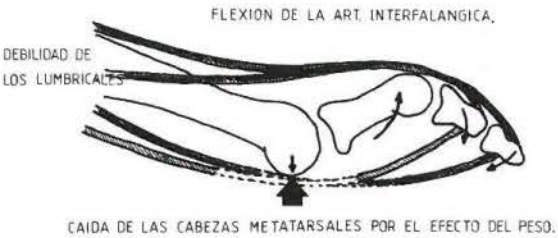


Fig. 3

Figura 3 del esquema Dr. Cailliet M.D. "La debilidad de los músculos intrínsecos o lumbricales permite a los dedos encorvarse en

la articulación metatarsofalángica, mientras que los tendones flexores incrementan la flexión en las articulaciones interfalángicas".

Fig. 4. El dedo en martillo es una de las más frecuentes deformidades en flexión de la articulación interfalángica, con contracturas en cápsula y tendón y subluxación frecuente.

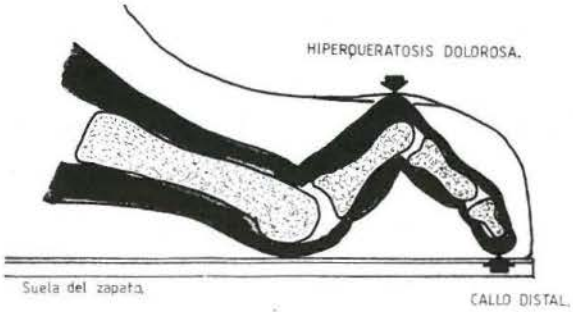


Fig. 4

Fig. 5. La falange proximal está extendida y la falange distal flexionada y flexible. La presión y fricción resultante, da lugar a la formación de helomas dolorosos.

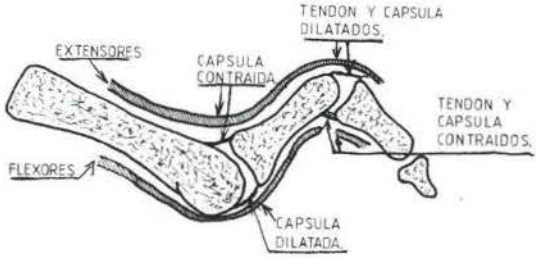
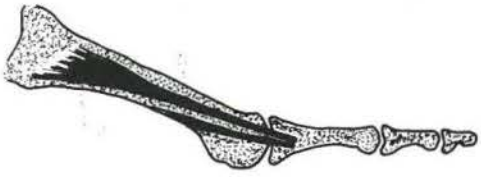


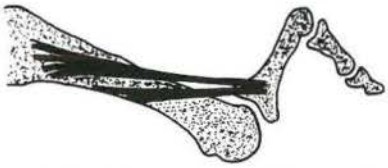
Fig. 5

El Dr. Kelikian M.D. demuestra también, como en los dedos menores la relación normal de los músculos interóseos dorsales y ventrales con las cabezas metarsales están representadas en la Fig. 6.



RELACION DE INTEROSEOS Y CABEZA METATARSALES.

Fig. 6

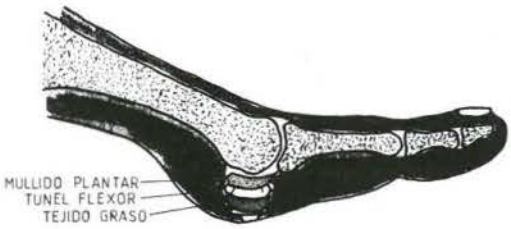


DESVIACION DORSAL DE INTEROSEOS EN DEDOS RETRAIDOS.

Fig. 7

Mientras que en el dedo en martillo están contraídos y mantienen la falange proximal en permanente subluxación (Figura 7).

Figura 8. En un dedo normal, las cabezas metatarsianas descansan sobre una piel protegida por tejido adiposo y preparada para la continuada presión que el cuerpo ejerce durante la marcha.



TEJIDOS BLANDOS BAJO CABEZA METATARSAL.

Fig. 8

Fig. 9. En un dedo en martillo, la deformidad puede tirar y desplazar el panículo adiposo plantar fuera de su posición normal bajo la cabeza metatarsiana. Una vez producida esta situación, la deformidad se hace progresivamente más acentuada, hasta llegar en muchos casos a presentar esos dolorosísimos helomas plantares recidivantes, que todos nosotros hemos intentado curar, con toda clase de plantillas de descarga, ortosis, etc. etc.

Fig. 9

En estos casos, cuando el dedo afectado arrastra el panículo adiposo plantar, el túnel

del flexor, los tendones de esta zona, las cabezas descansan y trabajan sobre una piel sin protección, la Cirugía de la mínima incisión es la única salida radical del problema.

El Dr. Duvries demuestra que en un dedo en mazo, que las contenciones del extremo distal en un dedo que se le restringe la expansión, produce durante la marcha acción de mazo sobre la cabeza metatarsiana (especialmente en zapatos de tacón alto).

Fig. 10 A y 10 B. Dirección de las fuerzas del peso del cuerpo a través de la articulación metarso falángica en carga, cuando al dedo se le permita completa extensión.

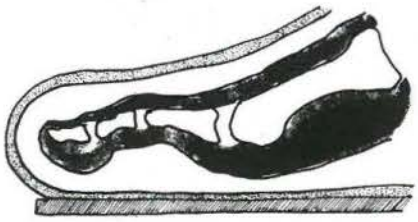


Fig. 10 A

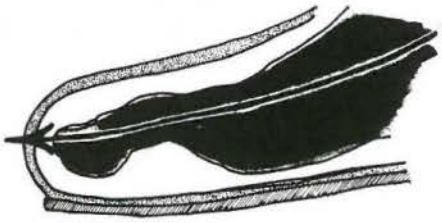


Fig. 10 B

Fig. 10 C y 10 D. Contrafuerza con el extremo distal, del dedo cuya extensión está restringida. Es causa esencial de formación de callos profundos recidivantes bajo las cabezas metatarsales.

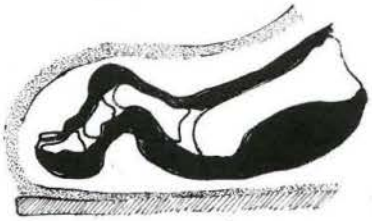


Fig. 10 C

Fig. 10 D

CONSIDERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS A TENER EN CUENTA EN LA CORRECCION POR LA MINIMA INCISION DE DEDOS

1.º Según describe Gray en su Anatomía, las superficies articulares interfalángicas proximales y distales, están conectadas entre si por fuertes ligamentos colaterales, los cuales forman su principal lazo de unión.

2.º Cada una de las articulaciones interfalángicas proximales y distales, tienen una cápsula articular recubierta por una membrana sinovial. La cápsula por sus lados se completa por el tendón extensor y los ligamentos plantares configuran la porción plantar de la misma.

3.º El tendón flexor corto, se inserta a ambos lados del punto medio de la falante intermedia.

4.º La deformidad de los dedos en "gatillo" o (cuello de Cisne) con formación de excrecencias laterales o helomas, por presión de las facetas sobre los cóndilos digitales. La desviación en dirección dorso plantar, puede producir un dedo en mazo en la articulación interfalángica distal o un dedo martillo en la a. interfalángica proximal con un heloma asociado.

5.º Según el Dr. Roven (autor de los trabajos más importantes en este campo) después de una tenotomía plantar para la corrección de un dedo, el tendón se regenera en una posición alargada (Ley de Davis).

El Dr. Sokoloff relata "como en un dedo que se ha sometido a una tenotomía y se ha colocado en posición supercorregida, los tendones hacen reinserciones y de hecho están alargados en su longitud original..." los tejidos vecinos que rodean al tendón incidido, llenan el espacio vacio y permiten la elongación del mismo y de sus fibras tendinosas.

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel.

P.V.P.
333,— Ptas.

No precisan apósitos ni vendajes.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
227,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Peacock y Van Winkell explican "cuando el extremo de un tendón seccionado se contrae o si está separado del tejido conectivo, tiene lugar un proceso de reforma. Donde había un deslizamiento potencial, el nuevo tejido se trenza abrazando el tendón. Y por un increíble efecto de remodelación aparecen fibrillas de colágeno que no están orientadas longitudinalmente, para desaparecer más tarde cuando las fibrillas orientadas longitudinalmente aumentan las partículas monoméricas en esta parte de la escara.

(Monómero = molécula de bajo peso molecular capaz de reaccionar con otra idéntica o con diferentes monómeros, para formar un polímero...).

Simultáneamente ocurre este cambio en otras zonas de la escara en las que se desarrollan unas fibrillas transversas.

EL Dr. Duvrie, mantiene que tras una tenotomía y capsulotomía, el dedo deberá mantenerse supercorregido en posición plantar por lo menos cinco semanas (esto permite al tendón y a la cápsula curar en posición alargada).

6.º Es un factor predisponente en la formación del dedo en martillo o en mazo, la diferencia relativa de longitud de los dedos. La longitud relativa del 2.º y 3.er dedo, aumenta marcadamente la desviación, o tras una operación de juanete por la técnica de Akin ya que el acortamiento del primer dedo, dejará al 2.º o 3.º ostensiblemente más largo, y por este motivo, más expuesto a la formación de martillo.

7.º Finalmente, tras una tenotomía o/y capsulotomía, cuando los tejidos blandos se han alargado y curado, no se ha encontrado ninguna pérdida de fuerza hacia abajo por presión del dedo contra el suelo. De hecho los descubrimientos del Dr. Roven basados en experiencias clínicas, muestran una mejora en la habilidad de presionar el dedo operado plantarmente (función muy propia del mismo), y una mejoría del dolor de los dedos al igual que el de las cabezas metatarsianas. El Dr. Roven, demostró esto, en una serie de estudios comparativos entre ambos pies, en los cuales un 4.º dedo infraaducto perdió su función, e impidió al 3.º contactar contra el suelo. Una vez operado y enderezado, mejoraron las funciones del 3.º y 4.º y sus cabezas metarsales correspondientes.

FALANGEAL-SET, REDUCCION DE DEFORMIDADES, O CIRUGIA DE PARTES BLANDAS

Es un término utilizado por la A.A.F.S. para indicar *la técnica quirúrgica manipulativa* para el tratamiento de deformidades en los dedos 2.º, 3.º, 4.º y 5.º. Tales como, dedos en martillo, en mazo, en cuello de cisne, supradducto e infradductos, etc. En la mayoría de los casos se obtiene un instantáneo alivio del dolor, por separación de las contracturas, reducción de falanges superpuestas, aumento de los espacios interarticulares y corrección de subluxaciones.

INDICACIONES

La técnica falangeal-set está indicada, cuando un dedo con las deformidades descritas en el párrafo anterior, presenta gran resistencia a la reducción, donde existen contracturas de los ligamentos colaterales, plantares y capsulares.

Los tendones flexores y extensores no son unas estructuras resistentes, ya que su separación por excisión, no contribuye a corregir la deformidad. El acortamiento acomodativo de los músculos y tendones del dedo tienen una importancia secundaria. Cuando la deformidad de un dedo en martillo está completamente desarrollado, ya han tenido lugar en los mismos, algunos cambios estructurales, principalmente en los ligamentos plantares de la articulación interfalángica proximal. Las superficies hialinas están dentro de la articulación interfalángica, aparecen desgastadas y rodeadas de tejido fibroso que muestra contracturas.

El falangeal-set de los dedos menores puede combinarse con el hallux-set y la reducción de la prominencias interna o externa de la falange proximal del 1.er dedo.

Otras modificaciones del falangeal-set en la articulación interfalángica del primer dedo, puede emplearse para neutralizar un valgo discreto en esta articulación, así como para corregir un segundo infradducto. También se puede utilizar conjuntamente con el hallux-set para controlar parcialmente la rotación del primer dedo sobre el segundo.

Hay que resaltar, que en todos los casos de defectos digitales en los que está presente el juanete, se debe de utilizar una ortosis que mantenga en posición corregida el dedo inter-

venido. Esto evitará la posición en valgo del juanete, que puede influenciarse por el uso de medias y zapatos y producir la recurrencia del defecto. Usando estas técnicas se puede obtener la rehabilitación de algunas deformidades de los dedos debidas a enfermedad neurogénicas o lesiones que son causa de dedos extremadamente dolorosos, en todos los casos el paciente reanudará sus actividades habituales al siguiente día, permaneciendo completamente ambulatorio.

En aquellos casos donde está presente un cóndilo hipertrófico, producido por cambios artríticos, el falangeal-set debe asociarse con una osteotomía reductora de la prominencia. Los pacientes que padecen heloma duro, localizado sobre la cabeza de la falange proximal, en la cual aparece también una rotación en varo del dedo, la deformidad quedaría reducida por medio de una osteotomía combinada con un falangeal-set.

CONTRAINDICACIONES
del Falangeal-set

El falangeal-set o cualquier otra maniobra correctora está contraindicada en presencia de signos clínicos de inflamación, enfermedad o infección del hueso o del músculo del pie. Muy especialmente ante la sospecha de artritis aguda, osteomielitis, gota o cualquier trastorno producido por espasmo muscular del pie.

DEDOS EN MARTILLO, DEDOS EN MAZO

Reducción por mínima inicisión, falangeal set, o cirugía de partes blandas. Preparado el paciente, con las exploraciones usuales, análisis de sangre, etc. empleadas en toda intervención de este tipo, procedemos a infiltrar utilizando el Bloqueo de Mayo, Scandinibsa al 1% sin adrenalina, mezclada como es habitual al 10% con Decadran, infiltrando la zona articular de la superficie plantar, siguiendo la línea del surco articular como guía. La inyección se efectuará proximal o distal a la articulación interfalángica o ambas si así se requiere.

El bisturí ideal para efectuar la incisión es la hoja n.º 63 Beaver (forma lanceolada) o en su defecto el n.º 15 Martin. Se deben utilizar dos hojas diferentes. La primera para hacer la incisión transversa en la piel, de 1/2 cm. aproximadamente sobre la articulación interfalángica distal o proximal. La segunda, situando el bisturí dentro de la incisión, se profundiza directamente hasta incidir la cápsula articular. Sin sacar la hoja y muy suavemente se reorienta la hoja hacia el lado medial y luego hacia el lado lateral del dedo.

Hecho esto, la acción de la hoja consiste en cortar la cápsula y a través de ella cortar el tejido subcutáneo graso, la vaina tendinosa, los tendones flexores largo y corto así como los ligamentos, plantar, medial y lateral. Hay que recalcar que el tendón corto se inserta a ambos lados de la falange intermedia, así que la hoja debe de estar en ángulo para cortar ambas inserciones de este tendón.

La manipulación que debe efectuarse, va encaminada a neutralizar la flexión dorsal de la articulación metatarso falángica y la flexión plantar de la articulación interfalángica proximal.

Se llevará a cabo, sujetando la cabeza de la falange proximal entre los dedos pulgar e índice de la mano izquierda (Fig. 11), mientras con los dedos de la mano derecha, se tira inicialmente en la misma dirección de la contractura, como si tratáramos de "abrir" la articulación para después continuar la maniobra correctora y –siempre estirando hacia su posición correcta, es decir hacia arriba–, se sujeta suavemente presionada hacia abajo la falange proximal.

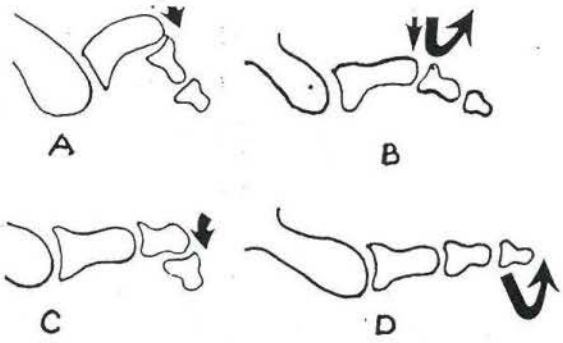


Fig. 11

Nótese, que antes de efectuar una maniobra correctora, debe traccionarse en el sentido de la deformidad, esto nos facilitará el deslizamiento de las carillas articulares de las fa-

langes distal y media, y nos evitará el producir una fractura por maniobrar una articulación.

El vendaje postoperatorio consiste en aplicar una solución de Betadine y colocar un fieltro de 2 × 2 cms. bajo la articulación interfalángica distal. Después se rodea el dedo con tensoplast de 2,50 cms. de ancho, protegiéndolo con gasa estéril, para mantenerlo en posición supercorregida durante mes y medio. Después se venda el antepié con un vendaje ligeramente compresivo con venda Coban de 5 cms. Para prevenir recidivas, manténgase el dedo en esta posición por medio de una ortosis apropiada por lo menos hasta 6 meses.

QUINTO DEDO SUPRAADUCTO

Con la debida preparación del paciente, con las exploraciones usuales, análisis de sangre, etc. que se emplean en toda intervención de mínima incisión, obtenemos la anestesia con Scandinibsa al 1% sin adrenalina mezclada con Decadran al 10%, inyectando en la articulación metatarsofalángica del 5º dedo, procediendo a efectuar tenotomía y capsulotomía sobre esta articulación. Después se practica otra incisión más profunda, en el punto de máxima tracción de la piel. El punto idóneo se puede descubrir forzando el dedo en la posición supercorregida, sobre la cara interna del dedo a nivel de los tejidos contraídos. Si a pesar de todo, el dedo no se mantiene en posición corregida, se inserta por esta incisión hacia la base del mismo, una pinza de mosquito y abriendo y cerrándola, se despega cualquier adherencia que mantenga la deformidad.

El vendaje postoperatorio se reduce a utilizando Tensoplast, una tira de 2,50 cms. fijar el dedo a la planta del pie en posición supercorregida correcta, o hacer un cincho de caucho para mantenerlo mes y medio, y acompañarlo después por una ortosis de alineación, durante seis meses más.

Y nada más, si con este trabajo he conseguido interesaros en esta rama de la Podología, me doy por satisfecho.

BIBLIOGRAFIA

Dr. Albert Brown D.P.M.

"Reduction of osteophitic hipertrophy of the Fifth phalange". Boletín American Journal of Foot Surgeon College. Octubre 1966.

"Painless Ambulatory Foot Surgery Tailor Bunionectomy". Revista Current Podiatry. Noviembre 1976.

"Bunionectomy". Painless Ambulatory Foot Surgery. Revista Canadian Poiatrist. Octubre 1971.

"Plantar Metatarsal Head reduction". Revista Current Podiatry. Octubre 1979.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

"Law of bone transformation". Dr. J. Wolff (Alemania).

"Conservative Surgery". Dr. H. G. Davis (U.S.A.) N.Y.

"Foot and Ankle Pain". Dr. Caillet (U.S.A.). Filadelfia.

"Surgery and Biology of wound repair". Drs. Peacock & Van Winkle.

"Tendon Healing". Boletin J.A.P.A. Junio 1970. Dr. Pokoloff.

"Hallux Valgus, Allied deformities of the Forefoot, and Metatarsalgia". Dr. H. Kelikian.

"Phalangeal Set, semi-closed reduction of malaligned digits". Boletín J.A.P.A. (Asociación Americana de Podólogos). Dr. Milten Roven D.P.M. Feb. 1970.

REFERENCIAS ADICIONALES

Se pueden encontrar en la Revista Nacional de Podología núms. 15, 32, 59, 61, 80, 89, 95 y 96. Revista "Podoscopio" n.º 4, escritos todos ellos por el Autor de este trabajo y Miembro Asociado de la Academía Norteamericana de Cirugía Ambulatoria del Pie, Podólogo de Madrid.

L. Aycart D.P.M.

XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

CRONICA DE UN CONGRESO SINGULAR

Reconocido por el Ministerio de Sanidad DE INTERES SANITARIO, tuvo lugar, con pleno éxito, en la bella ciudad de Zaragoza, el XVIII Congreso Nacional de Podología, organizado por la Asociación Aragonesa que preside el joven valor de la Clase D. José Valero Salas, al frente de un Comité Organizador competente y capaz que supo quedar a la altura de las circunstancias, haciéndose merecedores junto a él, de toda clase de felicitaciones por su esfuerzo, dinamismo y voluntad, puestas en todo momento al servicio de los centenares de Podólogos que nos concentramos en la histórica Ciudad del Ebro, los días 30 de abril al 4 de Mayo pasados.

En el orden organizativo, hemos de destacar la Presidencia de Honor, que ostentaba el Excmo. Sr. Presidente de la Diputación General de Aragón, y un Comité de Honor compuesto por los Excmos. e Iltmos. Srs. Presidentes de las Cortes Aragonesas y de las tres Diputaciones provinciales, Alcalde de la Ciudad, Delegado del Gobierno, Consejero de Sanidad, Rector de la Universidad, Decano de la Facultad de Medicina, Directores Provinciales de Insalud e Inserso, Cruz Roja y Colegios Médicos y de A.T.S. de las tres provincias aragonesas, así como el vicepresidente de la Federación Internacional de Podología y los presidentes de las Asociaciones de Galicia, Extremadura, Murcia, Canarias, Cataluña, Vasco-Navarra, Madrid, Levante, Castilla-León y Andalucía, siendo Presidente del Congreso, el de la Asociación Española de Podólogos D. Luis Cajal Roibal, Secretario General D. José Valero y Coordinador General D. Luis del Caso.

En los magníficos salones "Aragón" y "Rioja" del Centro de Exposiciones y Congresos de la Caja de Ahorros y M.P. de Zaragoza, Aragón y Rioja, se celebraron brillantemente, *los días 30 de abril y 1.º de mayo* sendos cursos monográficos sobre "Métodos diagnósticos y terapéuticos en podología" y "Ortopedia y Ortesiología", que despertaron gran interés y fueron seguidos de las correspondientes mesas redondas en torno a los temas abordados. Así como una Sesión Conjunta sobre "Cirugía Podológica", "Técnica de la onicocriptósis con trépano" y "Cirugía de la mínima incisión", que fueron magníficamente expuestas por sus autores auxiliados con los correspondientes medios audio-visuales.

El día 2 de mayo y con el Paraninfo de la antigua Facultad de Medicina, se procede en acto solemne a la inauguración del Congreso, con dos conferencias magistrales de los compañeros Fernández Camacho, profesor de la Escuela de Podología de Madrid y Calvo García de Zaragoza, procediéndose a continuación a la Inauguración Oficial con asistencia de las autoridades.

El día 3, en el Salón "Aragón", tiene lugar la presentación de dos ponencias. Una presentada por la Escuela de Podología, la Facultad de Medicina y la Asociación madrileñas, que llevaba por título "La profesión de Podólogo", y la otra elaborada por la Asociación catalana, titulada "El Podólogo en la sociedad", siendo seguidas de mesa redonda sobre las mismas, dando con ello fin a los actos de esta interesante jornada.

Y así llegamos al día 4, en que con broche de oro se pone fin a este interesante Congreso, en el Praninfo de la antigua Facultad de Medicina, con una Asamblea de la Asociación Española de Podólogos, que motivó variadas e interesantes intervenciones y nos trajo a todos un poco

de esperanza y de ilusión profesional en un futuro próximo, en alas de unas noticias confirmadas sobre la creación de la nueva carrera, hasta ahora en vías tortuosas y contradictorias.

Con asistencia de las autoridades se celebra la clausura del Congreso y a continuación se procede a la entrega de diplomas a los asistentes.

Y esto es lo que podría ser, contado a grandes rasgos, una crónica del acontecer científico-profesional de este Congreso, que dejó recuerdos imborrables en congresistas y acompañantes que visitaron una tierra generosa e hidalga y compartieron con las gentes nobles y recias de Aragón unos días de convivencia que quedarán para siempre en nuestras memorias.

Porque *Zaragoza,* la bimilenaria, que fue simple colonia militar con los romanos, hasta que el emperador Augusto la eleva a categoría de Ciudad, dándole su propio nombre, Cesaraugusta, y que más tarde los árabes la llaman Sarakosta, hasta que Alfonso I el Batallador la conquista convirtiéndola en capital del Reino de Aragón, es en la actualidad una hermosa Ciudad, cruzada por el Ebro, capital de una región agrícola e industrial, de gran importancia universitaria, poblada por gentes hospitalarias y acogedoras, con grandes monumentos como la célebre Basílica del Pilar, obra de los siglos XVII y XVIII, que guarda la imagen del mismo nombre de honda veneración hispana y universal, decorada con frescos de Goya y otros maestros célebres, la Catedral de la Seo, con sus cinco naves, maravillosa muestra del gótico con decoración plateresca y mudéjar, el Palacio de la Aljafería, construído por los árabes en el siglo XI, con espléndidos artesonados de estilo gótico-mudéjar, que conserva estancias de la época de los Reyes Católicos y tantas y tantas muestras mas de un pasado esplendoroso que no sería posible enumerar en un trabajo de esta naturaleza, todo ello hizo de nuestra visita a Zaragoza algo inolvidable para todos.

Como inolvidable será también el grato recorrido por *Albalate del Arzobispo,* pueblo maravilloso situado a orillas del río Martín, con su trazado arabesco mozárabe, antigua sede del Arzobispado de Zaragoza y tumba del cartaginés Amilcar Barca, con su Castillo relativamente conservado y su historia y sus leyendas, en cuya plaza de toros presenciamos una fiesta campera en la que un colega nuestro de Pamplona –Javier Sarasa– se lució con elegancia y despachó de una certera estocada un magnífico novillo con la misma facilidad con que extirpa un papiloma. Y la belleza incomparable de *Albarracín* situada a 1.170 metros de altitud, sobre los Montes Universales a orillas del Guadalaviar, señorío árabe del siglo XI, de tal encanto en sus antiguas calles y sus rincones de ensueño, que su conjunto ha sido declarado Monumento Nacional y unánimemente reconocido como uno de los más bellos pueblos de España. O la sobrecogedora impresión de la visita al celebérrimo *Monasterio de Piedra,* a orillas del río da igual nombre, que se comenzó a construir en 1194 por unos monjes del Monasterio de Poblet con ayuda y protección de los reyes D. Alfonso, su hijo D. Pedro II y su nieto D. Jaime el Conquistador. Es francamente impresionante la belleza de sus grutas, las cascadas, la lujuriante vegetación y los juegos caprichosos de las aguas que discurren sobre las peñas y entre árboles y matorrales formando lagunas y arroyos de belleza inconcebible. Y por último la visita a *Teruel, auténtica joya del arte mudéjar,* con sus célebres monumentos de los que el gran Menéndez Pelayo dijo: "Es el único estilo peculiarmente español de que podemos envanecernos". Sus torres, el misterio de sus calles y rincones, sus plazas silenciosas y recoletas, las figuras yacentes de los célebres amantes, todo en Teruel es mágica evocación de un pasado milenario.

No es extraño pues, que este XVIII Congreso Nacional de Podología, no haya sido para nosotros un Congreso más. La organización del mismo, sus actos científicos, la exposición, sus stand de productos y materiales y la belleza sin par de los lugares visitados, nos reiteran en nuestra primera afirmación de que este Congreso ha sido efectivamente un CONGRESO SINGULAR.

Miguel Hernández
Sta. Cruz de La Palma (Canarias)
Mayo de 1986

REPERCUSION DE LAS ALTERACIONES DEL RETROPIE EN EL HALLUX VALGUS TRATAMIENTO ORTOPODOLOGICO

Josep M.ª Bernardo i Bondia
Podólogo. Centro T.P.B.
BARCELONA

Con este trabajo no se pretende rebatir ni discutir causas, o conceptos sobre la etiopatología del hallux valgus. Vamos sencillamente a exponer nuestra teoría sobre el Hallux Valgus o, mejor dicho, sobre su causa, ya que si consideramos el pie como un conjunto, vemos que en ese espacio tan limitado normalmente hay 26 huesos, que algunas veces son más. Todos articulan entre si y tienen sus tendones, ligamentos, músculos, nervios y vasos que le permiten desarrollar su función.

Este aglomerado esquelético nos permite deducir que una desviación o alteración de alguno de sus componentes, líneas, ángulos, etc., repercute marcadamente sobre el resto del pie.

Vamos a ver ahora la repercusión de las alteraciones del retropie y más concretamente la pronación de la articulación de Chopart, sobre el antepié y sobre el Hallux. El hecho de destacar el pie pronado valgo no significa que en los pies de tipo varo no se presentan Hallux ni juanetes, sino que la proporción de pies pronados frente a los demás es muy grande.

La pronación de la articulación de Chopart viene determinada por una rotación interna del astrágalo, pudiendo ser visible la manifestación de la cabeza del mismo en el espacio inframaleolar antero-interno, entre el maleolo tibial y el escafoides, el cual, debido a la rotación del astrágalo y a la pronación y valguismo del retropié, da la impresión de estar descendido, lo que puede o suele llamarse corrientemente "pie plano".

La pronación de la articulación de Chopart está acentuada, en una buena mayoría de ocasiones, por la rotación interna del tercio distal de la tibia, por el varismo de ésta, por un geno varo y por la anteversión o rotación interna de toda la extremidad, determinando lo que nosotros denominamos incidencia tibial. Incidencia tibial que en los casos de pies varos provoca así mismo rotación y pronación en dicha articulación.

Creo que también he citado una palabra que no me gusta: Pie plano. Era solamente una expresión para mejor aclarar la posición del escafoides, siendo el cuadro el mismo para los pies excavados y en todos los casos que presentan rotación y valguismo, sobre todo en cuanto a tratamiento se refiere.

A partir de esta situación, saliendo en sentido próximo-distal de la articulación de Chopart en pronación y del escafoides digamos caído, compensatoriamente se coloca el primer metatarsiano en varismo o aducción, más acentuado cuando existe un metatarso aducto varo. En estas circunstancias se nos presenta un retropié o pie astragalino, pronado y un antepié o pie metatarsal supinado.

Por la vía del sentido común, pensando que la tendencia normal del esqueleto es buscar siempre la línea lo más recta posible en torno al eje del cuerpo, no es fácil y perceptible comprender que el primer dedo, de seguir la línea de aducción del primer metatarsiano, sobrepasaría la línea media de esa maravilla arquitectónica que es el cuerpo humano, y se encontraría tropezando con su homónimo impidiendo la deambulación o provocando una alteración patológica de la misma. Más aún, si usamos calzado.

A partir de ahí es cuando el primer dedo se nos desvía en valgo y ya tenemos el Hallux Valgus, apareciendo con el tiempo, por

la malacia articular y la agresión del calzado, la exostosis o juanete.

No consideramos al calzado como único y exclusivo causante de esta importante, y en muchas ocasiones invalidante alteración. En grabados antiguos ya vemos a gente, niños y adultos, con sus Hallux Valgus y juanetes perfectamente delimitados.

Tampoco creo que el Hallux sea hereditario. Más bien lo es una determinada morfología pédica, la cual si puede ser determinante para la posterior aparición de la deformidad.

Lógicamente, puede ser causa de hallux el uso de calzado incorrecto en la infancia. Hemos visto niños con 2 y 3 números menos de calzado del que precisan, formas de puntera inadaptadas a la fórmula digital, etc.

Otra causa frecuente, pero no muy corriente de ver es el atavismo del primer metatarsiano, condicionante de Hallux Valgus obligatorio para aquellas personas afectadas de esa insuficiencia.

El metatarso aducto varo así como los pies de condición externa pueden ocasionar también el Hallux Valgus, al perder la funcionalidad el primer segmento dígito-metatarsal.

Nuestro amigo el Dr. Rughini, del Hospital de Pescia en Italia, y hablando de este tema me comentó otra teoría en la que se considera al retropié como sustentador del cuerpo y el antepié como parte activa de la deambulación, en consecuencia el retropié para un correcto desarrollo de la marcha, debe permanecer rígido para equilibrar articularmente el pie, y permitir al antepié la segunda y tercera fase de la deambulación, cosa que no se consigue correctamente si existe una pronación, ya que el peroneo lateral largo pierde su función al distenderse el tendón, desequilibrando el dedo en la fase de impulsión y alterando las fuerzas de ligamentos y tendones, incidiendo todo ello en la formación de Hallux Valgus.

Tras toda esta exposición, se aprecia claramente, a mi entender que la repercusión, las alteraciones de la articulación de Chopart y sobre todo la pronación en el tema que nos ocupa es, valga la redundancia, clara y evidente.

Bien cierto es que las señoras con sus tacones y punteras son candidatas de elección para padecer de Hallux, pero más bien diría de la exóstosis y las consecuencias metatarsalgias por subluxación de los dedos, acabalgamiento de los mismos, etc., subsidiarios de intervención quirúrgica, que también practicamos, como ya se ha dado a conocer en otras ocasiones, desde hace años.

Pero si tenemos en cuenta que el Hallux en sí mismo es una consecuencia en la mayoría de casos en los que tenemos la rotación de astrágalo, ese leve descendimiento de escafoides, y el varismo del primer metatarsiano; a continuación veremos cómo, por medio del tratamiento con plantillas adecuadas haciendo trabajar estática y dinámicamente de forma correcta esos pies, el proceso queda frenado y en casos, que los hay abundantes de Hallux Valgus infantiles y juveniles, se llega a la corrección, si bien ese tratamiento, en edades a partir de 6 ó 7 años, es prácticamente para toda la vida, también lo es en el caso de la intervención, o tal vez más para evitar recidivas.

Con la estabilización de la biomecánica corregimos la desviación del dedo, pero no la exóstosis. Indirectamente se benefician también los dedos, pero específicamente para ellos, así como para el juanete complementamos el tratamiento con ortosis de silicona según cada caso.

Para la confección de las plantillas nos regimos de las normas tantas veces explicadas y que no vamos a repasar en este momento, ya que por sí solo sería objeto de un tratado de Ortopodología.

Lo que si vamos a ver son una serie de casos tratados con plantillas según nuestro concepto. Debo resaltar que, salvo en casos muy evidentes, aplicamos plantillas antes de proceder a la intervención, incluso en aquellos casos en que el paciente acude a nosotros con la voluntad firme de operarse.

Veremos pacientes de todas las edades y condiciones y también como incluso en casos muy inveterados, se aprecia el efecto de la corrección sobre el Hallux Valgus.

"AL CESAR, LO QUE ES DEL CESAR"

Hace algo más de un año, oía decir al Dr. GUILLEN en una conferencia que dió en Madrid sobre la influencia del pie en el deporte, que el pie es una encrucijada de especialidades, que no de especialistas. Pocas veces he oído una frase tan coherente y tan llena de significado.

El pie, componente del aparato locomotor como pueda ser la mano, la columna vertebral, etc., es sin lugar a dudas, el que presenta mayor incidencia de molestias en el ser humano; tanto es así, que tal vez hayamos llegado a la pasividad en considerar como normal los efectos dolorosos de unas causas, que quedan ocultas en por lo menos una fase importante de nuestra vida.

Antes de considerar al pie como unidad funcional, para hacer una visión específica del mismo, lo vamos a comparar con los demás elementos del aparato locomotor.

Se crea, por méritos propios, la unidad de Escoliosis, de la que Aragón parece estar en vanguardia de presentar este tipo de Patología; la rodilla, está en el punto álgido de su atención clínica; el hombro, compleja articulación que sin lugar a dudas será, si no lo es, un reto a la clase médica; la mano, que por motivos laborales es noticia permanente por los éxitos obtenidos en su reimplantación en la M.A.Z.; etc.

Pero, ¿y el pie?

Cierto es que el Traumatólogo o el Cirujano Ortopédico, dan puntual solución a la compleja Patología del pie. Pero es del PODOLOGO de quien quieron llamar la atención, por considerar necesario situarle en el lugar que le corresponde dentro de la Sanidad de nuestra Sociedad.

Desde el año 1962 en que se reconoce y reglamenta legalmente la Especialidad de Podología, mediante Decreto 727 de 29 de Marzo, hasta 1986, en que parece estar a punto la aparición de un nuevo Decreto por el que Podología pasaría a ser Carrera independiente, han transcurrido 24 años de esfuerzos y luchas para consolidar una Especialidad que está en permanente evolución.

A partir del año 1962, desaparece legalmente el término de Cirujano-Callista, no por capricho ni por lucimiento de un término nuevo y atractivo, sino porque el campo profesional del PODOLOGO se define y amplía, justificando los DOS años de Especialidad.

Nunca he visto reglamentado el término PEDICURO, que en tiempos pudo ser sinónimo de CALLISTA; pero actualmente renacen estos términos de una forma demasiado descarada y que puede confundir a la opinión pública.

Así, los días 21 y 22 de Agosto, leo un anuncio en HERALDO DE ARAGON que dice textualmente: "Limpiezas de cutis 500 pts. pedicuras 300 pts., etc. Somos profesionales". No cito el teléfono por no aumentar su publicidad, ni aumentar su publicidad, ni por centrar toda la atención en un caso, omitiendo otros similares. No sería justo.

Puede ser que quien se autodenomine Pedicuro o Callista, lo haga con la sana intención de marcar diferencias con el Podólogo, pero vivimos en una Sociedad donde la ética profesional marca unas conductas para no rozar siquiera la Legalidad.

No puedo considerar como intrusismo a unos hechos realizados por personas carentes del nivel Académico, entendiendo éste, no como fruto de Academias, sino como el tiempo natural exigido en una Escuela dependiente de una Facultad dentro de la Universidad.

Me ha dolido ver un anuncio como el descrito anteriormente porque hasta ahora no se había recurrido a la publicidad en Prensa.

Hace unos años vino a mi consulta una señora con problemas serios en sus pies y cuya solución idónea estaba en manos del Cirujano Ortopédico, hacia quien la dirigí.

Volvió al poco tiempo para decirme que no quería ser intervenida quirúrgicamente, cosa que respeto, y que había recurrido a un curandero de Zaragoza, el cual le dijo que sus pies estaban mal.

Le dió unas hierbas y unas plantillas.

Con una leve sonrisa para no descubrir mi cólera, le pregunté cómo iba y cuánto le había cobrado; me dijo que las plantillas le molestaban y que no le había cobrado nada

por la visita... pero por las hierbas 800 pts. y 1.500 pts. por las plantillas; claro que le dieron 2.000 pts. (DOS MIL) por la consulta; ¡qué menos que darle esa cantidad! Total, si no me engañó, 4.300 pts. de hace cinco o seis años y sin impuestos. ¡Para mí hubiese querido tanta generosidad!

Un soporte plantar (plantilla) debe elaborarse para cada caso concreto, siendo frecuente el que existan diferencias entre ambos pies; hay que eludir los componentes "standar" y tener exacto conocimiento de la BIOMECANICA DEL PIE, de lo contrario el fracaso es seguro.

Personalmente no soy partidario de acciones legales contra quienes, de buena o mala fe, realizan actos fuera de su competencia corriendo el riesgo de males mayores; pero estoy de acuerdo en que sean las personas perjudicadas las que realicen tales acciones.

Piénsese en una señora DIABETICA (digo señora porque en el caso del anuncio, no aceptan señores), que tras una manipulación en las uñas o en algún heloma (conocido vulgarmente por callo), se conduce a un trastorno grave; ¿quién soluciona esto? El Podólogo o el Médico tendrá que hacerse cargo de una situación comprometida que no tenía que haber sucedido.

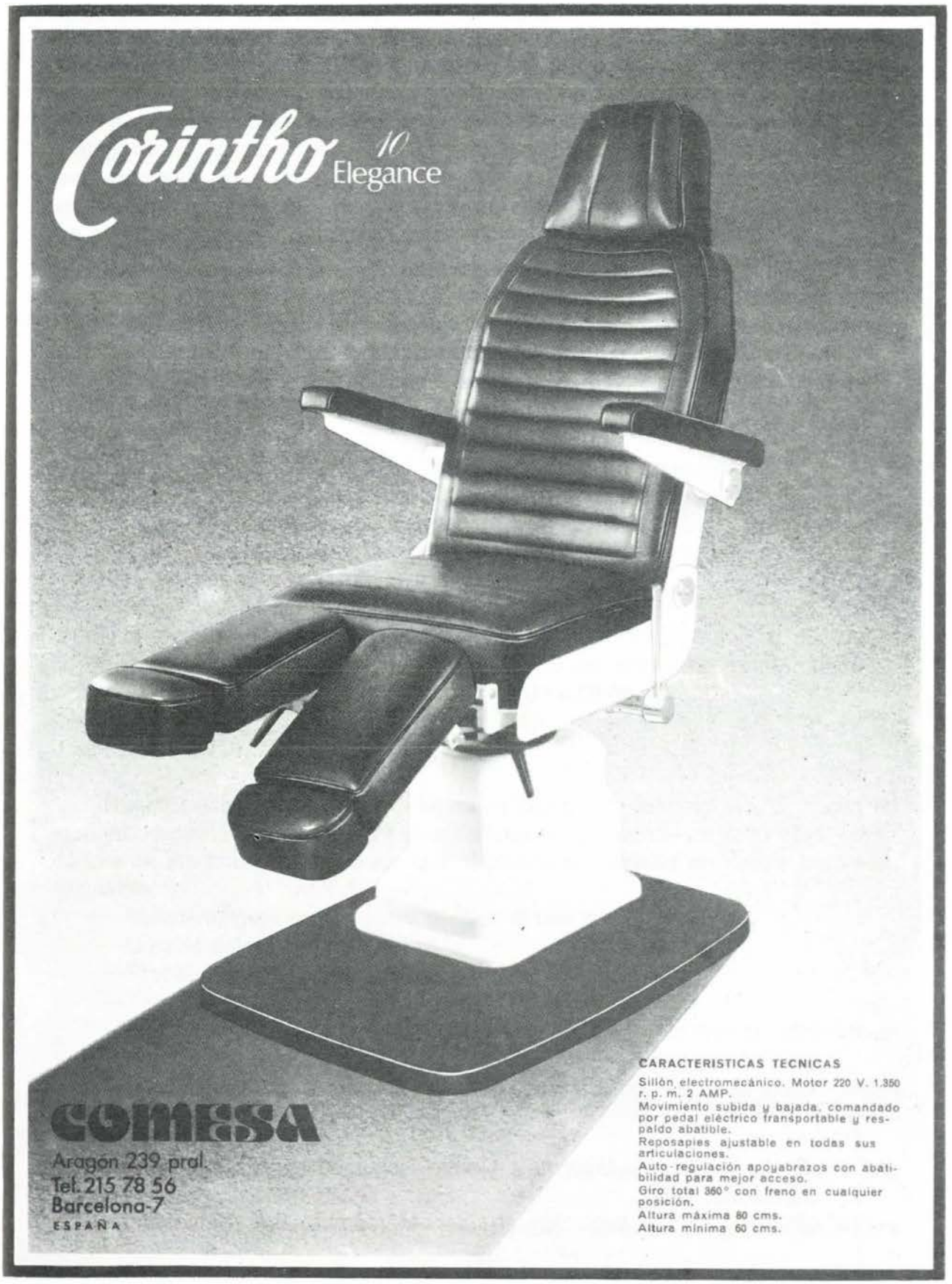
No es de buen recibo en estos tiempos del Mercado Común, el creer que al pie se le puede hacer tantas barbaridades, desde la moda nefasta en el calzado, hasta la eliminación, por estética, de la cutícula periungueal.

Otra cosa puede ser el simple pintado de las uñas del pie o el lavado de los mismos, en cuyo último caso se colaboraría en la higiene del pie, que tanta falta hace, y para lo cual, que yo sepa, no es preciso ninguna titulación legal ni ilegal.

Cuando se hace alarde de profesionalidad y surge el problema deberíamos decir: "que cada palo aguante su vela", aunque lo ideal sería "DAR AL CESAR, LO QUE ES DEL CESAR".

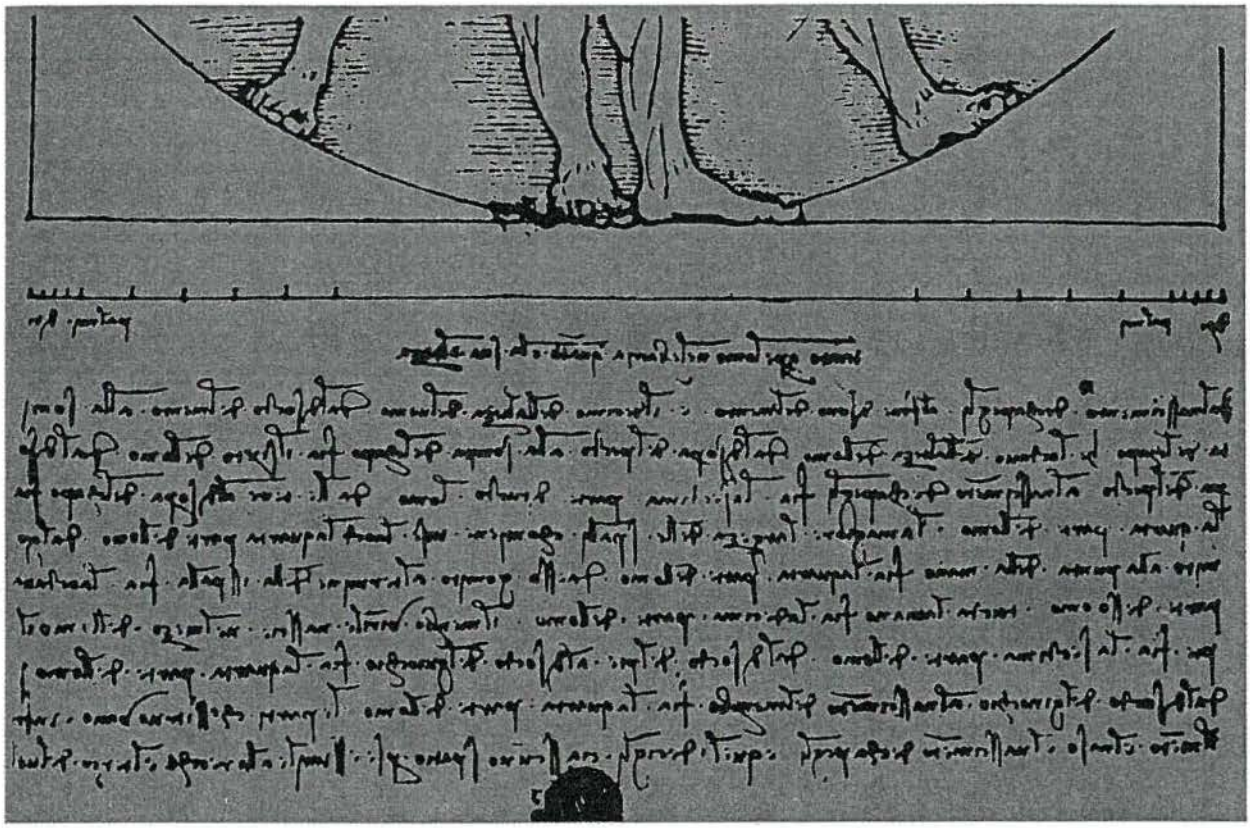
Juan Antonio Torres

Publicado en el diario "Heraldo de Aragón"


Corintho 10 Elegance
CARACTERISTICAS TECNICAS
Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.
COMESSA
Aragón 239 pral.
Tel. 215 78 56
Barcelona-7
ESPAÑA

MADRID • Carretera Canillas, 99 bajo • 28043 Madrid • Tels.: 2003469 y 7594665
BARCELONA • Provenza, 281. 1.º, 2.ª • 08037 Barcelona • Tel.: 2157749

SUMINISTROS MEDICOS LUGA



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

SEPTIEMBRE-OCTUBRE
1986

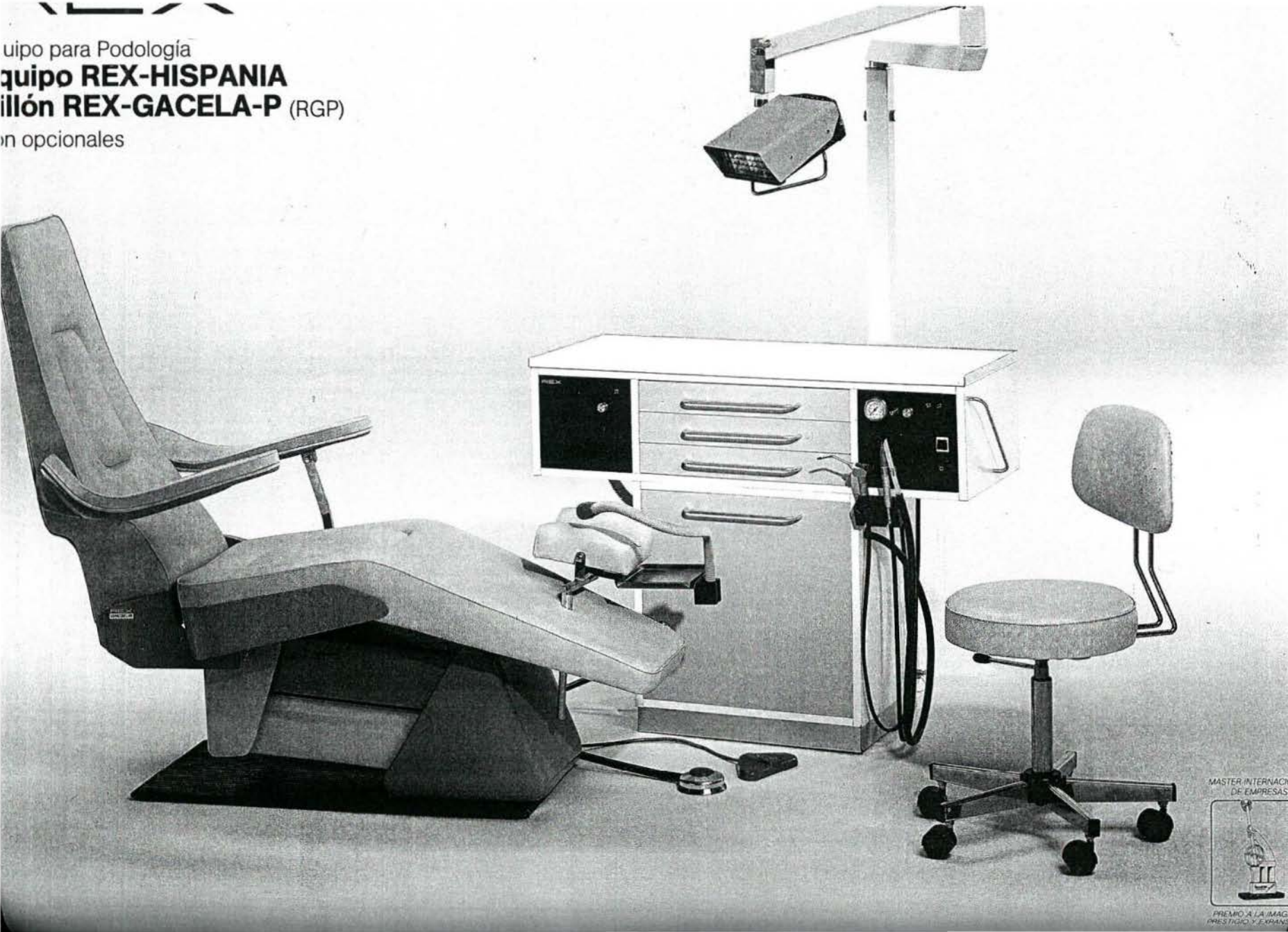
A.E.P.
n.º 107

uipo para Podología

quipo REX-HISPANIA

illón REX-GACELA-P (RGP)

n opcionales



REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
San Bernardo, 74
Teléfono 222 87 63
28015 - MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Presidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime
Repro. Garval
Lucero, 12
Telf.: 479 69 73
28047 - MADRID

Empresa de Publicidad
Garsi, S.L.
Londres, 17
28028 - MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215

SUMARIO

Rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

PLANES DE ESTUDIO-CAMPO PROFESIONAL

La Ley Orgánica de reforma Universitaria regula el funcionamiento de la Universidad en sus apartados más importantes.

Dicha Ley en su art. veintiocho establece que el Gobierno, a propuesta del Consejo de Universidades, establecerá los títulos que tengan carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, ***así como las directrices generales de los planes de estudio que deban cursarse para su obtención.***

El art. veintinueve establece que ***con sujección a lo dispuesto en el artículo anterior, las Universidades elaborarán y aprobarán sus planes de estudio,*** *en los que señalarán las materias obligatorias y optativas y demás circunstancias.*

La defensa del campo profesional tiene mucho que ver con los planes y programa de estudios.

Un Real Decreto con un texto sobre campo profesional no perfectamente claro, puede ser positivamente apuntalado cuando las materias dudosas tienen una exposición indudable en la redacción del programa y planes de estudio.

En este tema no ha de haber fisuras ni protagonismos particulares cuando se trate de estudiar y formar la propuesta que se ha de realizar al Ministerio. La Asociación profesional ha de convocar una mesa en la que estén las Escuelas representadas y analice y concrete el texto más adecuado.

La unidad de acción y los objetivos claros han de presidir dicha reunión.

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

ACTA FUNDACIONAL

En Madrid siendo las 11 horas del día 18 de Octubre del mil novecientos ochenta y seis, reunidos los abajo firmantes en su calidad de representantes de las Asociaciones relacionadas, de conformidad con las adjuntas actas de sus Asambleas, por las que son elegidos para la Constitución de este acto.

Declaran unánimemente su interés en constituir una Federación Profesional de Podólogos, de acuerdo con la Ley de Regulación y Derecho de Asociación Sindical 19/77 del 1.º de Abril, y para llevar a cabo su consecución se toman los siguientes acuerdos:

1.º.– Fundar una Federación de Podólogos con el objeto de fomentar y defender todo lo relaciondo con la Podología y el podólogo.

2.º.– Que su denominación, será la de "Federación Nacional de Podólogos".

3.º.– Que su ámbito sea el de todo el Estado Español.

4.º.– Que los fines de la Federación concuerdan con los descritos en la anteriormente mencionada ley.

5.º.– Que para dar cumplimiento de la antedicha ley, se han redactado los estatutos de la Federación Nacional de Podólogos, siendo reglamentariamente aprobados por unanimidad y en todos sus términos.

6.º.– Que a efectos de legalizar la presente Federación se nombra y faculta una comisión gestora integrada por:

PRESIDENTE
Luis Cajal Roibal

VICEPRESIDENTE
Francisco Farreras Morcillo

SECRETARIO
J.J. Araoloza Lahidalga

TESORERO
Angel Gil Acebes

VOCAL 1.º
Juan Vidau Torres

VOCAL 2.º
Manuel Albalá Valle

VOCAL 3.º
Isaías del Moral Roberto

VOCAL 4.º
Jose Villafaína de la Cruz

ASOCIACIONES PRESENTES

ASOCIACION EXTREMEÑA DE PODOLOGOS
D. José Villafaina de la Cruz
D.N.I. 8.225.120
Avda. Colón - Edif. Montijo - portal 5 bajo
Badajoz

ASOCIACION MADRILEÑA DE PODOLOGOS
D. Luis Cajal Roibal
D.N.I. 182.600
C/ Garcilaso, 7
Madrid

ASOCIACION MURCIANA DE PODOLOGOS
D. José Iniesta Gallego
D.N.I. 22.175.635
C/ Sociedad, 12 - 3.º A
Murica

ASOCIACION CATALANA DE PODOLOGOS
D. Francisco Farreras Morcillo
D.N.I. 38.229.193
Rosellón, 350-52, entlo. 2.ª
Barcelona

ASOCIACION ANDALUZA DE PODOLOGOS
D. Manuel Albalá Valle
D.N.I. 31.075.112
Cristóbal Colón, 1 dupl.
Cádiz

ASOCIACION GALLEGA DE PODOLOGOS
D. Juan Vidan Torres
D.N.I. 33.023.515
Preguntorio, 10 - 1.º
Santiago de Compostela

ASOCIACION ARAGONESA DE PODOLOGOS
D. Angel Gil Acebes
D.N.I. 17.834.811
Avda. Valencia, 35-2
Zaragoza

ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA DE PODOLOGOS
D. Alfonso Domínguez Milán
D.N.I. 11.976.995
C/ Claudio Moyano, 16
Valladolid

ASOCIACION ISLAS CANARIAS DE PODOLOGOS
D. Francisco José Morán Ventura
D.N.I. 42.430.458
Avda. Rafael Cabrera, 6 - 5.º C
Las Palmas

ASOCIACION LEVANTINA DE PODOLOGOS
D. Isaías del Moral Roberto
D.N.I. 19.477.715
Castellón, 8 - 3.º-6.ª
Valencia

ASOCIACION VASCO-NAVARRA DE PODOLOGOS
D. Juan José Araolaza Lahidalga
D.N.I. 15.323.825
Bidebarrietas, 4
Eibar (Guipuzcoa)

El próximo día 20 de Diciembre, se celebrará la Asamblea de Representantes para la elección de la Junta Directiva.

MICROMOTOR SATELEC

PARA LOS MUY PROFESIONALES

EL MEJOR MOTOR
NO SIEMPRE ES EL MAS CARO

- Micromotor auto-ventilado 40.000 r.p.m.
- Regulador manual. Pedal de contacto o pedal progresivo.
- Velocidad visualizada por diodos luminosos.
- Peso del micromotor 75 grs.
- Cordón telefónico.
- Giro a derecha e izquierda.
- Nivel sonoro inferior a 50 decibelios.
- Vibraciones inexistentes.
- Garantía 12 meses.
- Servicio técnico en nuestro país.

Los muy profesionales saben lo que vale
su tiempo.
Asegúrese el futuro y no lo malgaste.
Nosotros colaboraremos con usted.

MADRID • Carretera Canillas, 99-bajo • 28043 Madrid • Tels.: 200 34 69 - 759 46 65
BARCELONA • Provenza, 281 - 1.º, 2.ª • 08037 Barcelona • Tel.: 215 77 49

SUMINISTROS MEDICOS LUGA

AMERICAN PODIATRIC MEDICAL ASSOCIATION

Clarence Bookbinder, DPM
Chairman, Committee on international Relations
319 W. Broad Street
Burlington, New Jersey 08016

19 de Noviembre de 1986

Estimados colegas del exterior:

Del 5 al 9 de agosto de 1987 se celebrará en Washington, D.C. el 75to. aniversario de la American Podiatric Medical Association (Asociación Estadounidense de Podiatría), junto con la reunión anual de la Asociación. Con tal motivo deseamos extender una cordial invitación a nuestros colegas del exterior para que se unan a esta celebración, que constituirá una experiencia interesantísima y sumamente instructiva.

Para asistir a la reunión, que tendrá lugar en el Hotel Sheraton Washington de nuestra capital, se ofrecerá esta vez un incentivo especial. La Asociación Estadounidense de Podiatría ha decidido no cobrar derechos de inscripción a los invitados del exterior, derechos que el año pasado fueron de US$250. Esperamos que este incentivo, junto con la devaluación del dólar de EE.UU., constituyan un aliciente para que nos visiten el próximo verano.

Además de programas científicos y sociales y exposiciones, cuya organización es excelente, la gran celebración de 1987 incluirá varias otras funciones de interés, tales como la especialísima recorrida panorámica e histórica de la Ciudad de Washington, que se está programando para nuestros invitados del exterior. También se podrán organizar visitas a una o más escuales de podiatría, antes o después de la convención, para cualquiera de nuestros invitados internacionales que desee efectuarlas.

Así pues, esperamos con mucho entusiasmo el 75to. aniversario que celebraremos en 1987. Aun cuando hacia fines del presente año o principios del próximo daremos a conocer los detalles de la celebración, quiero que sepan cuánto nos agradaría contar con su presencia y activa participación en esta reunión internacional única y excepcional.

Atentamente,

Clarence Bookbinder DPM

Clarence Bookbinder, DPM.

20 Chevy Chase Circle. NW - Washington, DC 20015-2979 - 202-537-4900

CURSOS EN EE.UU.

THE AMERICAN PODIATRY TECHNIQUE IV (Curso de la Técnica Podiátrica Americana). California College Of Podiatric Medicine, del 1 al 12 de Junio de 1987. Este cuarto curso para profesionales Podólogos va incluido clases didácticas. Introducción en el Laboratorio, casos clínicos, etc. Precio del curso $ 900 dólares U.S.A. Habitaciones en el College de Podiatría del 31 de Mayo hasta el 14 de Junio, Habitación individual § 728 dólares, doble $ 560 dólares, reservas antes del 1 de Marzo de 1987. El curso tiene un limitado número de plazas.

Programa científico del curso

SECCION DE MEDICINA día 1 de junio 1987. Introducción. Problemas y tratamiento pre-operatorio en Podiatria. Test de Laboratorio, indicación e interpretación. Emergencias en la Consulta. Resucitación Cardiorespiratoria.

Día 2 de Junio de 1987. Anestesia Local. Neuro-Anatomia de las extremidades inferiores. Diagnóstico y tratamiento a las reacciones adversas en la Anestesia local. Emergencias.

SECCION DE MEDICINA PODIATRICA. Día 3 de Junio de 1987

El pie diabético. Evaluación y tratamiento de las úlceras. Neuropatías de los miembros inferiores, sesiones prácticas, anatomía vascular de los miembros inferiores. Examen vascular, técnicas no invasivas. Técnicas de diagnóstico vascular.

SECCION DE CIRUGIA PODIATRICA. Día 4 de Junio de 1987.

Estudio del tejido oseo. Diagnóstico y tratamieneo de la verruga. Cirugía del Láser, anatomía digital, biomecánica de los dedos. Cirugía digital.

Día 5 de Junio de 1987. Fusión digital, implantes de los dedos. Técnicas de Biopsia. Cirugía del antepié. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de los pies. Sesión clínica.

SECCION DE BIOMECANICA PODIATRICA. Día 8 de junio de 1897.

Examen biomecánico cadera, rodilla, tibia, tobillo, subastragalina, articulación Chopart, Lisfranc, primer radio. Posición neutra, tibia vara, análisis de la marcha. Sesión de laboratorio: Análisis de la marcha, exploración muscular.

Día 9 de Junio de 1987. Ortosis, variedades, prescripción y control de las Ortosis. Sesión de Laboratorio: Práctica de Ortosis.

Día 10 de junio de 1987. Filosofía en la práctica deportiva. Examen de la cadera y rodilla en el atleta, lesiones en el atleta. Sesión de laboratorio: Fabricación de Ortosis, Rohadur, polipropileno, modificaciones en el calzado.

Día 11 de junio de 1987. Lesiones de los deportistas en los pies, fracturas, evaluación de los calzados. Ortosis de los deportistas. Sesión de Laboratorio: Rehabilitación de los atletas. Análisis de la marcha. Electrodinograma, evaluación y función de la extremidad.

Día 12 de junio de 1987. SESION CLINICA. Cirugía y biomecánica clínica. Curso impartido por los profesores de los siguientes departamentes: Departamentos de cirugía podiátrica, departamento de cirugía podiátrica y medicina podiátrica, departamento de Ciencias básicas, departamento de biomecánica podiátrica, departamento de anatomía, departamento de Farmacología, departamento de medicina.

El importe del curso enviarlo antes del 1 de marzo de 1987.

Para más información:

California College of Podatric Medicine
Department of Continuing Medical Education
P.O. BOX 7855, Rincon Annex
San Francisco, California 94120
Telf. 415,563-3444, ext. 227 - U.S.A.

Luis Pascua San Miguel
Podólogo - León

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

P.F

EL CALZADO ORTOPEDICO DE ESPAÑA

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

TACON DE CUERO que permite adecuar el calzado prescrito con cuñas adicionales a las básicas (que llevan opcionalmente incorporados los distintos modelos).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegres e incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

MANUFACTURAS ORTOPEDICAS P.F, S.A. Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 800191 - 802586 - 803212

REAL DECRETO 611/1986 DE 21 DE MARZO, POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE LA LEY DEL SERVICIO MILITAR. B.O.E. 2 DE ABRIL 1986 QUE DETERMINA LA NO PRESTACION DEL SERVICIO MILITAR

CUADRO MEDICO DE EXCLUSIONES REFERIDAS AL MIEMBRO INFEROR

B.O.E. 2 de Abril 1986

8. Acortamiento del miembro inferior que exceda a tres centímetros.

9. Desviaciones de las articulaciones de la cadera o rodilla (coxavara, genu-varum, etc.) con lesiones artropáticas importantes o marcha difícil. Observación discrecional.

10. Pie plano bien caracterizado, con trastornos funcionales importantes que incapaciten para el Servicio Militar. Observación discrecional.

1. Pie cavo bien caracterizado con trastornos funcionales importantes que incapaciten para el Servicio Militar. Observaciön discrecional.

12. Pérdida del primer dedo o del quinto dedo de un pie, acompañados de la pérdida de su metatarsiano.

13. Ausencia o pérdida del primer dedo o de los cuatro últimos dedos de un pe, con deficiencia funcional marcada para la marcha.

Número 9 del Grupo 1.º. Se incluirán en este apartado, aún sin lesiones artropáticas:

- el genu valgum superior a 20 grados.
- el genu varum superior a 15 grados.
- el genu recurvatum superior a 10 grados.

Número 10 del Grupo 1.º. El simple descenso de la bóveda plantar no incapacita para el Servicio Militar. Las principales características del pie plano son:

- Aplanamiento bien marcado de la cara plantar.
- Salida anormal del astrágalo o del escafoides por debajo del maleolo interno.
- Proyección del eje de la pierna por dentro del eje del pie.
- Alteraciones articulares tarsianas o metatarsianas.

El observador, independientemente de los datos anatómicos, prestará atención al trastorno funcional, y en su caso, a los informes remitidos por el médico de la Unidad junto a la propuesta de exclusión.

Número 11 del Grupo 1.º. Las principales características para incluir el pie cavo en este apartado son las siguientes:

- Hiperqueratosis o callosidades muy pronunciadas, en las zonas de apoyo del pie.
- Presencia de dedos en garra.
- Desviaciön en varo del retropié.

En casos de duda: cuando el ángulo de COSTA BARTANI sea inferior a 100 grados, comprobado radiológicamente.

"CALZADO DEPORTIVO

El siguiente trabajo es un condensado del test anual que la revista alemana STIFTUNG WARENTST, la más prestigiosa en su género, publicó en su número de mayo 85.

El contenido es de enorme interés por su fidelidad y objetividad en los tests realizados para todos los usuarios del calzado deportivo.

LOS MEDICOS CONFIRMAN SUS CRITICAS

Nuestro resultados confirman las declaraciones negativas de los médicos ortopédicos durante el Congreso de Munich. Una de cada dos zapatillas de deporte, más o menos, es "defectuosa" y resulta inadecuada para la práctica del deporte en muchos usuarios. Sólo son dos los modelos que han recibido una calificación ortopédica de "excelente": "adidas Marathón Training" y "Karhu Titan Synchron TBA".

Los 97 corredores de prueba, todos ellos con experiencia profesional, son representativos, en cuanto a sus edades se refiere. En el terreno práctico se observó un espectro muy amplio de cargas y tensiones, a cuya acción resultan sometidas las zapatillas durante la práctica diaria. Las zapatillas deben llevarse por lo menos 400 kilómetros, o mejor todavía 800 kilómetros, para poder emitir un juicio fundado sobre su solidez y resistencia. Nuestros corredores recorrieron, con 133 zapatillas de carrera, un total de 86.500 kilómetros, distancia equivalente a dos veces la vuelta al Mundo. Cada zapatilla dejó atrás un promedio de 650 kilómetros: en Berlín sobre calles de asfalto y pisos duros y lanos, sobre todo, y en Darmstadt por terrenos accidentados y, en ocasiones, montuosos, sobre caminos forestales de superficie dura y desigual.

Los corredores levantaron acta del comportamiento del calzado durante la carrera, al comienzo de una prueba, una vez recorridos 400 kilómetros y al final (hacia los 800 kilómetros), registrándose su actuación mediante video, con ayuda de una cámara de gran velocidad (100 imágenes por segundo), que era luego sometida a una valoración crítica.

Todas las zapatillas examinadas pertenecían a la categoría "calzado de entrenamiento para carreras". En contraposición a las zapatillas de competición, ligeras, éstas resultan más estables, son algo más pesadas, poseen una mayor amortiguación, y casi siempre también una suela un poco más gruesa. Hemos renunciado a dar su peso pues, según opinión de los expertos, no se trata de un factor importante. Es más importante que la planta del pie y de su conformación estén mejor protegidos desde un punto de vista ortopédico, lo que, desgraciadamente, no siempre ocurre. Las zapatillas de entrenamiento deberán probarse por una amplia serie de corredores a pesar de la multiplicidad de factores que son esenciales en ese contexto (tipo de terreno, peso, configuración del pie). Existen modelos que les van muy bien a muchos deportistas, y otros en los que se acumulan los problemas y las quejas.

Para la práctica del footing, la solidez del mullido del talón y, sobre todo, la amortiguación del calzado constituyen factores importantes. Más aún lo son la solidez y la estabilidad del zapato ya que, si éste se "achancleta", el pie terminará "nadando" dentro de él, con el peligro de sufrir lesiones ortopédicas, o de agravar las ya existentes.

PADECIMIENTOS DE LOS PIES, UNA REGLA CASI GENERAL

Aproximadamente dos tercios de la población padecen deformaciones en los pies: pies valgos, pies transversos planos y pies planos. Hasta la edad de treinta años, los

problemas derivados de sobrecargas articulares resultantes son intranscendentes. Con la pérdida posterior de elasticidad sólo puede compensarse y, en ciertas circunstancias, evitarse la aparición de fenómenos de desgaste y padecimientos en los pies, y en el caso de la práctica del footing, su acentuación, escogiendo un calzado de deporte apropiado. He aquí algunos consejos a la hora de comprar:

- El calzado debe quedar bien desde el principio. ¡Ya nos acostumbraremos! Receta falsa.
- Debe permitir una carrera de varias horas sin producir dolores. Si aparecen dolores, cambiar de calzado.
- El mullido del talón debe recoger bien el talón; no deberá estar muy levantado ni llevar un almohadillado demasiado blando como protección del tendón de Aquiles; se trata del requisito fundamental para una dirección impecable del pie.
- Comprobar la solidez en la zona media del pie mediante reforzamientos (por ejemplo, bandas) con la solidez del reborde superior del calzado.
- Los dedos deberán tener libertad de espacio y existirá además.
- Una buena amortiguación –pero en la capa inferior de la suela. Las suelas de espuma blanda y espesa, los "softies", no constituyen indicio alguno en ese sentido, ya que producen, más bien, una notable sobrecarga muscular. Como la mayoría de los corredores se ponen la suela atravesada y no pueden aguantar, a la larga, esta sobrecarga, es fácil que termine produciéndose un desplazamiento de la parte superior del calzado. La consecuencia es una recarga articular considerable, lo que, si es peligroso ya para un pie normal, lo es más aún para un pie plano.
- El grado de amortiguación deberá estar en consonancia con el peso corporal. La amortiguación y la elasticidad deberán estar en relación equilibrada. La falta de elasticidad tiene como consecuencia que el pie termine "escupiendo" el calzado.
- La suela deberá agarrarse bien y ser lo suficientemente sólida en la parte delantera del pie, frente a las piedrecillas que penetren. Asimismo, será resistente al frotamiento por delante y por detrás.

También habrá que considerar las propiedades del estilo de carrera propio de cada uno. Factor importante lo constituye la longitud de la zancada del corredor y saber si pisa sobre su callosidad, o sea, apoyando el metatarso. Si pisa con la parte delantera –como los corredores de velocidad y de medio fondo– se necesitará menos amortiguación en los talones. El modelo "adidas Marathon Training", por ejemplo, se amolda perfectamente a los corredores de zancada larga, que apoyan el pie sobre la parte posterior. En zancadas cortas, como las del principiante en la práctica del footing, la amortiguación de este modelo es muy pequeña al cambiar de punto de apoyo. Justo 10 entre 24 modelos –como pudo observarse en nuestra prueba– cumplían, sin embargo, con las exigencias ortopédicas básicas, aunque deben hacerse todavía limitaciones en cuanto a su utilidad práctica en determinados corredores o tipos de terreno.

En la gran mayoría de los demás calzados somatidos a prueba, se observaron tremendas insuficiencias. Muchos modelos fueron arrumbados por los corredores de prueba al cabo de muy pocos kilómetros de recorrido: en efecto, ya no les era posible seguir corriendo debido a sus intensos dolores articulares.

De todas formas, lo cierto es que la mayoría de las veces no aparecen enseguida señales inequívocas de que algo falla en el calzado; el descubrimiento en forma de dolor se presenta, a menudo tardíamente. Se comprobó que un sector de los corredores de prueba seguía respondiendo de modelos cuya poca utilidad ya había quedado demostrada en los primeros videocontroles, sobre todo, en casos de pies valgos. El calzado que favorece un embolsamiento lateral del pie valgo, constituye, en opinión de los especialistas en ortopedia, un reforzador de los pies valgos, nocivo para la salud.

Condensado de la revista "STIFTUNG WARENTEST" (1) del artículo que dedica periódicamente al calzado deportivo.

(1) STIFTUNG WARENTEST es la revista más prestigiosa del mundo de información de consumidores.

DESEQUILIBRIOS Y SOBRECARGAS EN EL PIE HIBERDINAMICO. NUEVO MATERIAL ORTO-PODOLOGICO

Angel F. Cabezón
Pamplona

Voy a exponer brevemente unos problemas que encuentro en mi consulta, y la dificultad que suponía la resolución de algunos de ellos, cuando estos requerían la adaptación de una plantilla que va a ser utilizada para la carrera y el deporte en general.

Dicha problemática ha sido solventada, además de por un diagnóstico preciso, por la adaptación de un material nuevo, que no es más que algunas pequeñas modificaciones de otros ya conocidos por todos vosotros.

Pero antes de explicaros dicho material quiero hacer unas consideraciones generales de la problemática más frecuente que encontramos, derivada de la hiperutilización que supone el pie del deportista.

Hago incapié en que una patología que se produce en el pie del deportista acostumbra a atravesar tres fases, y el paciente puede llegar a nuestras consultas en cualquiera de ellas.

a) Una primera fase aguda sobrevenida al terminar la actividad y que se corrige muchas veces por el simple reposo.
b) La segunda, en la que el dolor aparece en la actividad y que va a requerir mayor tiempo de recuperación, además del aporte de pomadas locales de tipo antiinflamatorios.
c) Por último, el dolor aunque leve, es más o menos permanente y este se exacerba en el esfuerzo deportivo, fase esta de cronificación.

Como todos sabemos, estas lesiones, muchas veces van a ser consecuencia directa de desequilibrios que observaremos en estática o que en otras ocasiones solo se hacen patentes en la dinámica.

Una vez más tengo ocasión de resaltar la importancia de la exploración completa y el acertado diagnóstico.

Dichos desequilibrios pueden estar determinados por una modificación en los ejes desde la cadera, muy frecuentes desde la rodilla y luego los determinados en el retropié o incluso en el antepié.

En este momento quiero recalcar que la posición de la columna también va a incidir en la problemática del pie.

Ya se ha hablado muchas veces y es cierto, de la repercusión que la anómala posición de los pies o las piernas tienen con respecto al buen estado de la columna; quiero hacer ver aquí como la posición de la columna, bien por problemas estructurados ya, o vicios posturales, modificables, pueden también repercutir en la problemática de los pies.

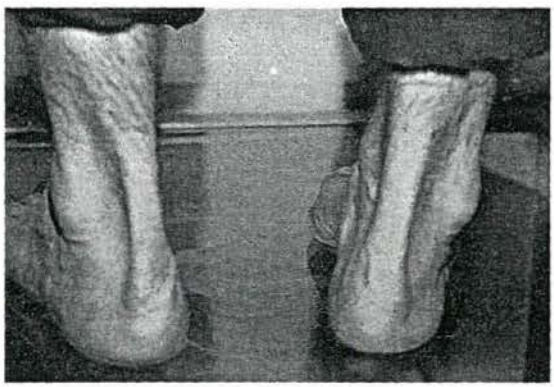
Como ejemplo pondré, que algunas sobrecargas de antepié son debidas a una excesiva lordosis lumbar, modificada la cual, por medio de la potenciación por ejercicios gimnásticos, hacemos disminuir dicha sobrecarga.

Podemos comprobar dicha apreciación con el pesaje de antepié y retropié simultáneo, ayudándonos con dos balanzas; observamos como en la reducción de la lordosis lumbar, la balanza anterior nos indica una progresiva descarga de antepié. Esta comprobación es válida incluso con un tacón de 5 centímetros.

No obstante este último dato y otros de

sorprendente relevancia, espero tener ocasión de explicaros en otro momento.

Por lo tanto, dichos desequilibrios, tanto a nivel de la columna, cadera, pierna, pie, pueden ser causa de dichas lesiones; luego, van a ser estos desequilibrios de transmisión de fuerza, así como las desviaciones laterales del pie, o modificación morfológica de los mismos causas que podremos abordar, desde un punto de vista ortopodológico para solucionar totalmente en unos casos, o aliviar en otros.



Equilibradores en desviaciones del retropié.

De una manera o de otra, dichos problemas van a tener una consecuencia que se puede resumir como sobrecarga que soportarán determinados puntos oseos del pie y en otros casos, como fugas de fuerza e inestabilidad, por tanto todo ello creará una lesión a nivel oseo, o músculo-ligamentoso; a modo de recordatorio voy a enunciar los problemas más frecuentes que podemos encontrar en nuestras consultas; tened en cuenta que, de entrada, estos problemas no les impedirá realizar un determinado deporte, sobre todo en sus comienzos.

Nos encontraremos con deportistas, que, a veces, sin tan siquiera, saberlo ellos, padecen de: un pie plano, pie cavo, o cavo anterior, modificaciones en la longitud de sus metatarsianos, problemática posicional de los dedos, pies valgos o varos, hallux-rigidus de primero, uni o bilateral, hallux valgus, rotación tibial, interna o externa, tibias varas, genu valgo o varo, rotaciones fenorales, anteversión o retroversión cuello femoral, dismetrías de extremidad, escoliosis, cifosis o lordosis, más acentuadas en cada caso.

Derivado de estas principales patologías, voy a procurar resumir las principales problemáticas, que se derivarán de las mismas y que vamos a poder solucionar con nuestros soportes plantares:

- Hallux rigidus, sobrecargas, etc.
- Metatarsalgias, por sobrecarga o hiperfunción de uno o varios metatarsianos.
- Molestias de la primera metatarso-falángica, por sesamoiditis.
- Sobrecargas anteriores, por pronación o supinación del retropie, valgos, varos.
- Valgos-varos del retropie que van a crear molestias a nivel de la garganta, tibio-astrágalo-peronea, o en los ligamentos laterales del tobillo, así mismo, fugas de la fuerza por valgo o varo, que van a repercutir en las rodillas, creando lesiones a este nivel.
- Talalgias en el pie cavo, o por lesiones propias del calcáneo.
- Retracciones y molestias a nivel de la fascia plantar en el pie cavo, así como a nivel de la inserción aquilea.
- Molestias en el arco interno por diferentes grados de aplanamiento.
- Molestias de tobillo a consecuencia de tibias varas.
- Problemáticas por genus-valgo o varo.
- Edemas localizados a nivel de inserciones musculares por hiperfunción de los mismos, a consecuencia muchas veces de desequilibrios laterales, tendinitis.
- Sobrecargas por posiciones anómalas del pie debidas a rotaciones a nivel de la cadera, muchas veces evidenciables durante la carrera.
- Sobrecargas por anómala disposición de la columna, como ya explicábamos.
- Talalgias por el microtraumatismo en la carrera, realizada por suelos duros.
- Tratamiento del Morton.
- Y en general la prevención de todas ellas, además de la prevención de: fracturas espontáneas, enfermedades de Sever, Koeller, etc.

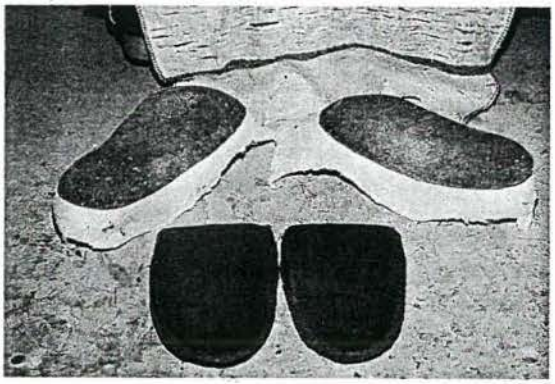
En la búsqueda para la solución de di-

chos problemas, me planteé la necesidad de encontrar un material, para la confección de un soporte plantar con estas características y posibilidades:

1.º Material con buena adaptación al molde.
2.º Elástico.
3.º Aplicable en cantidad suficiente en los laterales de tal manera que pudiera mantener los desequilibrios varo-valgo.
4.º Resistente a la presión y a la tracción.
5.º Que las descargas metatarsales a efectuar, no fuesen excesivamente rígidas, luego tuvieran una cierta comprensibilidad.
6.º La posibilidad de traspasar las cabezas metatarsales sin miedo a traumatizarlas, pudiendo además añadir posteriormente, puntos de más carga o descarga en dicho alargado y en el momento que fuese necesario.
7.º Ligereza
8.º De fácil finisage.
9.º Forrable con piel.
10.º Poderla preparar a necesidad y en la cantidad y momento que se requiera.

Muchas veces he podido solucionar las problemáticas presentadas con otros materiales que disponemos y todos conocéis como el cornailon, veltrón, rovalgel, rovalfoan, etc. pero por el contrario, en algunos casos, me ha sido de mayor utilidad lo que por ponerle un nombre llamaré: Lactrón y Lactrón con bolas de poliestileno espandido (Lactrón 1 y Lactrón 2).

No es un invento nuevo como ya he comentado, y la técnica es igual a la del para todos conocido: Podiasin.

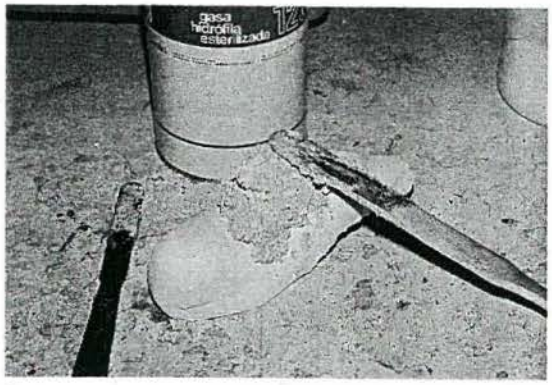


Lactron 1, adaptación perfecta al molde.
Fáciles de forrar.

Para su elaboración, vamos a necesitar, por lo tanto, un recipiente y espátula y los siguientes materiales:

- Leche de latex, materia muy asequible.
- Polvo de cornailón, que recojo del importante desecho del pulido de la plantilla de cornailón.
- Bolitas de poliestileno expandido (las más pequeñas).

El polvo de cornailón, mezclado con el latex (lactrón) me va a dar las características



Se trabaja en el molde como cualquier producto de su género.

deseadas de dureza y al mismo tiempo de elasticidad. Pero en algunos casos este tipo de plantilla resultaba pesada, por ello, añado a la mezcla una cantidad de bolitas de poliestileno que conforman igualmente una masa homogénea al secarse. De esta manera resta una gran cantidad de peso a la plantilla, favoreciendo además, los procesos derivados de microtraumatismos, haciendo de barrera a las vibraciones.

El modo de empleo es sencillo. Se hace la mezcla añadiendo a la leche de latex, polvo de cornailón hasta que la mezcla es fácilmente aplicable sobre el molde. Cargaremos más o menos según la necesidad, al mismo tiempo añadiremos las bolitas necesarias.

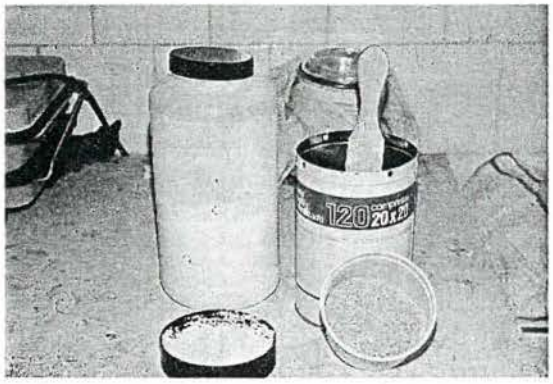
Estas pasta, se aplica sobre el molde en cantidad suficiente, para luego colocar los moldes boca abajo sobre una base lisa tipo formica, retirando las partes sobrantes de los laterales.

Dejaremos secar durante unos tres días en sitio fresco e incluso húmedo, para que dicho proceso de secado sea muy progresivo.

Cuando el tratamiento requiere que la plantilla sobrepase las cabezas metatarsales, preparo una mezcla con poliestileno y otra pequeña cantidad solo de Lactrón.

Aplico la primera sobre el molde hasta la línea de cabezas metatarsales previamente marcada y la segunda mezcla sobre la parte anterior, ambas se unen perfectamente. También si nos interesa podemos colocar más bolitas de poliestileno en la parte del talón.

Una vez secado, se desprende del molde con facilidad, y se puede finisar igualmente



Componentes.

sin problema dando la forma que queramos, haciendo lógicamente más fina la parte del alargo.

Además posterior al secado, podemos colocar más cantidad en los puntos de descarga o carga que deseemos.

El forrado es igual que cualquier material de su género, teniendo en cuenta si es Lactrón 2, es decir con poliestileno, en la parte finisada, que corresponderá con la zona de contacto al zapato, de dar una película previa de cola de contacto dejándola secar, dando posteriormente otra mano que será ya la del pegado de la piel.

Por último, algunas consideraciones:

1.º Las mezclas de Lactrón 1, Lactrón 2, se conservan una vez preparadas, en su estado de utilización 4 ó 5 días en un bote bien cerrado, permitiéndonos posibles retoques con la cantidad sobrante, después del secado de la plantilla.

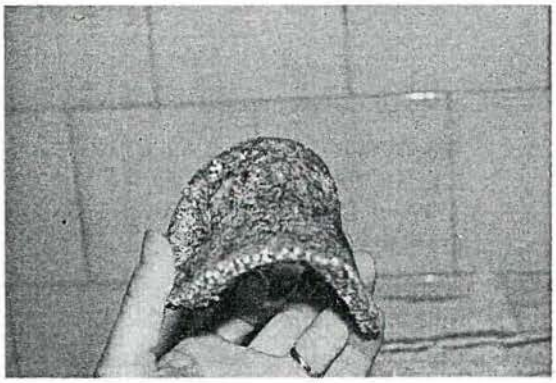
2.º El envejecimiento de esta plantilla es semejante a otros preparados comercialas de su género.

3.º La plantilla de Lactrón 1, se puede utilizar sin forrar, de esta manera envejece por desgaste antes, pero es lavable en agua corriente.

4.º Marcar el molde siempre por dentro, ya que por su gran capacidad de adaptación puede imprimirse los surcos hechos en el molde.

5.º Recomendamos su utilización con la confección previa de un molde de yeso escaoyla, y al realizar las descargas retrocapitales, hacerlas lo más anteriormente posibles.

6.º El tiempo necesario en su confección no es superior al de otro material de su género.



Aspecto final. Ligereza y flexibilidad.

Resumiré: diciendo que es un material que podemos adecuarlo a muy bajo coste, para los problemas comentados, pudiendo conseguir con esta materia equilibrar, perfectas descargas por su buena adaptación al molde, pudiendo sobrepasar cabezas sin miedo a traumatizarlas siendo esto muchas veces necesario en el tratamiento.

Os animo pues a perder unos minutos de vuestro tiempo en confeccionar unas plantillas de Lactron o como queráis llamar, ya que para algunas ocasiones será una feliz solucion.

CURSO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PODOLOGIA

"DIA DEL PODOLOGO"

21 DE FEBRERO DE 1987

A CELEBRAR EN:
Aula Magna de la Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma de Madrid
C/ Arzobispo Morcillo s/n
Junto a la Paz

ORGANIZADO POR:
Asociación Madrileña de Podólogos

EN COLABORACION CON:
Departamento de Rehabilitación de la Ciudad Sanitaria "La Paz"

PROGRAMA

08,30. Entrega de documentación y obsequio.

09,15. Apertura.
Dr. Andrés Cano Torres
Jefe del Departamento de Rehabilitación de La Paz.

09,30. Semiología del dolor-inflamación.
Sr. Julián Moreno Alba

10,00. Síndromes dolorosos en el pie.
Antonio Carrasco Gifre. Podólogo.

10,15. Dolor isquémico en el pie.
Dr. José Antonio Jiménez Cossio.

10,45. Ayer y hoy de los tratamientos antidolorosos.
José Luis Moreno de la Fuente.
Podólogo.

11,00. Coloquio.

11,30. Café.

12,00. La relajación en los tratamientos antidolorosos.
Manuel Alvarez Vila. Podólogo.

12,30. Fundamentos del Láser. Láser genérico.
Ricardo Omaña. Físico.

13,00. Distintos tipos de Láser y su aplicación en el pi.
Dr. Julián Moreno Alba.

13,30. Coloquio.

14,00. Comida en el restaurante de la Facultad.

16,00. Rehabilitación y pie doloroso.
Dr. José Luis Morante Robles.

16,30. Magnetoterapia y pie doloroso.
Carlos Feijoo Castañón. Podólogo.

17,00. Descanso.

17,30. Acupuntura y Pie doloroso.
Dr. Antonio alsina.

18,00. Anestésicos locales.
Dr. Antonio Espejo Martínez.

18,30. Coloquio.

19,00. Resumen, conclusiones y entrega de diplomas.

21,00. Cena en Restaurante La Ostrería
C/ López de Hoyos, 93. MADRID.

El presente programa podrá sufrir aquellas modificaciones que a juicio de los coordinadores se crean convenientes.

PARTICIPANTES

Dr. Andrés Cano Torres.
Jefe del Departamento de Rehabilitación.

Dr. Julián Moreno Alba.
Jefe de Sección del Departamento de Rehabilitación.

Dr. José Antonio Jiménez Cossio.
Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

Ricardo Omaña. Físico.
Director Técnico de Probionic.

Dr. José Luis Morante Robles.
Médico Adjunto del Departamento de Rehabilitación.

Dr. Antonio Alsina.
Presidente de la Asociación de Acupuntores.

Dr. Antonio Espejo Martínez.
Jefe de Sección y Coordinador de la Unidad del Dolor de la Ciudad Sanitaria La Paz.

Antonio Carrasco Gifré
José Luis Moreno de la Fuente
Manuel Alvarez Vila
Carlos Feijoo Castañón
Podólogos de la Asociación Madrileña de Podólogos

COORDINADORES DEL CURSO

Dr. Julián Moreno Alba
José Luis Moreno de la Fuente

El día anterior, 20 de febrero viernes, a las 8 de la tarde, tendremos una misa en la iglesia contigua a nuestra sede, C/ San Bernardo, 72, por todos aquellos compañeros que ya no están entre nosotros y a la que rogamos asistencia.

CURSO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PODOLOGIA

BOLETIN DE INSCRIPCION

D. ..... podólogo, con domicilio en Calle ..... de ..... C.P. ..... adjunta talón a nombre de Asociación Madrileña de Podólogos por valor de ..... pts. para inscribirse y para acudir a la cena acompañado por ..... personas.

Firma

BAREMO

Podólogo asociado (a Madrileña o a otra Asociación Autonómica)	6.000 pts.
Podólogo no asociado	16.000 pts.
Estudiante asociado	5.000 pts.
Estudiante no asociado	8.000 pts.
Acompañantes	2.500 pts.

El precio incluye los cafés, la comida y la cena. A los acompañantes solamente la cena. Las invitaciones se remitirán a vuelta de correo.

Reiteramos que la forma de pago sea con talón nominativo a esta Asociación. No aceptaremos giros.


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

NECROBIOSIS LIPOIDICA DIABETICA

Antonio Rodríguez Santana
Podólogo
Arucas-Las Palmas de Gran Canaria

Hagamos un somero repaso de esta especie de árbol genealógico de la diabetes para poder llegar, más que a esa rama diría que a esa hoja, como es la NECROBIOSIS LIPOIDICA DIABETICA.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un proceso crónico que afecta aproximadamente del 2 al 6% de la población general y que se caracteriza por alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Los mecanismos por los cuales se producen estas alteraciones están relacionados con un defecto de la producción y/o liberación de insulina y con la existencia periférica a la acción de esta hormona.

La disminución del efecto insulínico, por el mecanismo que sea, acarrea una serie de importantes alteraciones bioquímicas y fisiológicas de las cuales la hiperglucemia es la mejor conocida. Es importante recordad que los trastornos metabólicos van seguidos de una serie de modificaciones de la fisiología normal de algunos órganos que preceden en el tiempo a las clásicas y bien conocidas alteraciones histológicas. Entre dichas modificaciones se encuentran cambios de hemodinámica renal y de la permeabilidad de los glomérulos, elevándose el filtrado o aclaramiento glomerular, alteraciones de la conducta nerviosa y del fondo ocular, así como de la secreción de algunas hormonas.

Todos estos cambios son potencialmente reversibles si se corrige el estado metabólico alterado pero, en caso contrario, conducen a lesiones anatómicas irreversibles en glomérulo y retina, fácilmente evidenciables a los pocos años de iniciada la diabetes y que contribuyen significativamente a su morbilidad y mortalidad. Debe, por tanto, quedar claro que las complicaciones que aparecen en la diabetes son secundarias al déficit de acción insulínica y al estado metabólico anormal que ello ocasiona.

CLASIFICACION DE LA DIABETES MELLITUS

Diabetes mellitus tipo I: Insulin-dependiente (IDDM)

Diabetes mellitus tipo II: No insulin-dependiente (NIDDM).

TIpo I: IDDM: Estos pacientes tienen una insulínopenia importante y necesitan insulina exógena para evitar la cetoacidosis por ser propensos a la misma. La prevalencia es del 10 al 20% y la edad oscila entre los 10 y los 12 años y mayoritariamente son diagnosticados antes de cumplir los 20 años. Generalmente son delgados y pierden peso al descompensarse. El inicio de la enfermedad se caracteriza por su rapidez, no extrañando que se realice el diagnóstico con ocasión de un coma cetoacidótico. Existe probablemente una predisposición genética.

Tipo II: NIDDM: Estos pacientes, como su definición indica, no necesitan insulina exógena. La prevalencia es del 80 al 90% y la tendencia a la cetoacidosis no existe. La obesidad es del 60 al 80% y son diagnosticados pasados los 40 años. La influencia genética es

importante, mayoritariamente al Tipo I, existiendo una variedad especial de Tipo II conocida como TIPO MODY, que se inicia en la infancia y se trasmite por herencia autosómica dominante.

MANIFESTACIONES Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

Con frecuencia suelen hacerse sinónimos los términos "manifestaciones" y "complicaciones" de la diabetes. Los estudios epidemiológicos que se realizan sobre esta enfermedad y sus lesiones vasculares constituye un serio obstáculo.

Para la mayoría de los autores, la microangiopatía diabética puede considerarse una "manifestación" inherente a la diabetes. Con tal criterio, el término "complicación" quedaría relegado para otra enfermedad o situación coexistente con la diabetes, que modifica su curso pero que no está conectada necesariamente con ella (tuberculosos, cirrosis, candidiasis, obesidad, etc...). En cuanto a la macroangiopatía no parece que se trate de una manifestación en conexión directa con la diabetes, sino con muchas otras causas, de las que la hiperglucemia puede ser una de ellas.

Por otra parte, existen otros síndromes hiperglucémicos o "DIABETES SECUNDARIAS" de lesiones vasculares "típicas", lo que apoyaría la importancia de la hiperglucemia como factor patogénico de la microangiopatía. No obstante, siempre queda la duda de si la microangiopatía de estas diabetes secundarias se debe o no a una "diabetes genética" preexistente.

Otros autores han pretendido que el destino de un paciente diabético está sellado en el período inicial de la enfermedad y que el progreso del trastorno vascular es independiente de los niveles de glucemia.

En conclusión, todo el problema está centrado en la posible relación entre hiperglucemia y lesiones morbosas específicas. Habría que considerar, por tanto, si las hasta ahora denominadas "complicaciones" son consecuencia directa de la hiperglucemia o si se desarrollan independientemente del proceso metabólico.

MANIFESTACIONES HIPERGLUCEMICAS AGUDAS

1.º Cetoacidosis diabética grave o hipercetonemia.
2.º Acidosis láctica o hiperlactatemia.
3.º Coma hiperosmolar o hiperosmolaridad.

MANIFESTACIONES HIPERGLUCEMICAS CRONICAS

1.º Macroangiopatía.
2.º Microangiopatía.
3.º Neuropatía diabética.

Bajo la denominación de macroangiopatía se incluyen las arterias de grande o mediano calibre.

Aterosclerosis.
Arteriosclerosis de MONCKEBERG.
Arteriolosclerosis.

NEUROPATIA DIABETICA:

Polineuropatía diabética o polineuropatía sensitiva simétrica.

Mononeuropatía o neuropatía diabética asimétrica.

Neuropatía autonómica.

La POLINEUROPATIA DIABETICA es lentamente progresiva y se caracteriza por trastornos sensitivos difusos bilaterales y simétricos que afectan, fundamentalmente, a la parte distal de las extremidades inferiores. Los síntomas más destacados son el dolor y las parestesias. En el examen físico de la neuropatía periférica de las extremidades inferiores destacan la disminución o abolición de la sensibilidad vibratoria y los reflejos profundos. Una secuela importante es la neuroartropatía o articulación de Charcot, caracterizada por la destrucción progresiva de las articulaciones tarsianas, tarso-metatarsianas y metatarso-falángicas.

La ULCERA NEUROPATICA (Mal perforante plantar), se encuentra estrechamente relacionada con la neuroartropatía.

Afectando a la musculatura interósea se encuentra la ATROFIA MUSCULAR NEUROPATICA.

La MONONEUROPATIA o NEUROPATIA DIABETICA ASIMETRICA se caracteriza fundamentalmente por la afectación motora, sensitiva o mixta. Afecta a los ner-

vios periféricos y craneales: Maralgia parestésica, Oftalmoplejía diabética, Radiculopatía diabética.

Y, por último, la NEUROPATIA AUTONOMICA con manifestaciones: gastrointestinales, urogenitales, cardiocirculatorias, trastornos de la termorregulación, trastornos pupulares e insensibilidad ante la hiperglucemia.

MICROANGIOPATIA:

La Microangiopatía diabética afecta a los capilares, arteriolas y vénulas.

Retinopatía diabética.
Nefropatía diabética.
Lesiones dérmicas específicas.
Enfermedad vascular no ateromatosa.
Otros tejidos.

Manifestaciones cutáneas

La piel, que es un espejo del metabolismo alterado, no podría estar ausente en el conjunto de lesiones que conforman la microangiopatía diabética. En la piel, la microangiopatía se caracteriza histológicamente por depósito de glucoproteína PAS-positivo en la membrana basal engrosada de capilares, arteriolas y vénulas.

Actualmente se admite que un cierto número de lesiones específicas de la piel del diabético están ligadas al trastorno microangiopático: dermopatía diabética, grnuloma anular, bullosis diabeticorum, eritema o rubeosis facial, necrobiosos lipoidica diabeticorum y lesiones úlcero-necróticas.

Después de haber recorrido someramente los distintos estadios y complicaciones de la diabetes mellitus, nos centraremos con más detalle en la NECROBIOSIS LIPOIDICA DIABETICORUM.

NECROBIOSIS LIPOIDICA DIABETICORUM

En 1932, OPPENHIM, describió esta lesión con el nombre de "dermatitis atrophicans lipoides diabética". Poco más tarde, URBACH le asignó el nombre de "necrobiosos lipoidica diabeticorum" con el que sigue designándse en la actualidad.

BERTRAM y OTTO no consideran a esta afección como patognomónica de la diabetes, por lo que existe la tendencia a suprimir el apelativo "diabeticorum".

La NECROBIOSIS LIPODICA DIABETICORUM (NLD) se ha descrito tanto en diabéticos como en no diabéticos. Es más frecuente en jóvenes del sexo femenino. Para ROOT y WHITE, la frecuencia de la NLD en la población diabética general es del 1 por 400 y en la juvenil del 1 por 50, siendo de dos tercios la incidencia en mujeres.

La NLD coexiste, al menos en un 80% de los casos, con diabetes mellitus o con tolerancia alterada a la glucosa.

Se localiza preferentemente en las extremidades inferiores, sobre todo en la cara pretibial (uni o bilateralmente). No obstante en un 15% de los casos puede tener asiento en el tronco, brazo o cara. Se ha descrito un caso localizado en el cuero cabelludo.

La lesión macroscópica atraviesa cuatro estadios:

1.º Macupapuloso.
2.º Violáceo.
3.º De placa.
4.º Ulceroso.

Microscópicamente existe una necrobiosis del colágeno con homogeneización y degeneración de fibras. Los lípidos (si están presentes) se tiñen de rojo pardo con Sudán III. La epidermis es normal o atrófica y los capilares muestran signos de fibrosis y engrosamiento endotelial, a veces asociado con trombosis. La inflamación perivascular puede ser marcada. Lo característico es una zona central de necrobiosis y otra periférica de reacción inflamatoria formada por células histiocitarias con núcleos dispuestos en forma de empalizada.

Esta afección no es dolorosa mientras no se altere o infecte. Las lesiones de a NLD bien desarrolladas son redondas u ovales, de bordes perfectamente delimitados que encierran una piel esclerosada, adelgazada, de color rojo salmón brillante y salpicadas de zonas amarillas. Vista de perfil es evidente la depresión central de las placas.

Su tamaño es variable, oscilando entre el de una moneda y el de la palma de la mano.

La lesión puede ser única o múltiple.

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel

P.V.P.
333,— Ptas.

No precisan apositos ni vendajes.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
227,— Ptas.

INFAR NATTERMANN

Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

Cuando se reúnen estas características topográficas y morfológicas, el diagnóstico es inmediato. Ahora bien, si las lesiones se encuentran en estadios previos y, además, asientan en zonas atípicas, puede confundirse con:

1.º Sarcoidosis.
2.º Nódulo reumatoide y tuberculoide.
3.º Morphea.
4.º Xantoma.

La similitud entre la granulomatosis disciforme crónica, el granuloma anular y la NLD es tan marcada que han tratado de agruparse con el nombre de "Granulomas diabéticos en empalizada". Tan sólo el depósito de mucina en favor del granuloma anular ha servido a algunos autores para diferenciarlo de la NLD. Sin embargo, probablemente, se trate de dos variantes de una misma entidad.

La dermopatía de MELIN ha sido relacionada por algunos con la NLD, para otros, tal conexión puede descartarse.

ETIOPATOGENIA DE LA NLD

La etiología de la NLD es desconocida. OPPENHEIM supuso que se trataba de una inflamación que conducía a una degeneración grasa del tejido conectivo. URBACH la estimó como un trastorno local del metabolismo de los lípidos que acontecía en los diabéticos. En la actualidad, la problemática etiopatogénica de la NLD se enmarca en la de la microangiopatía diabética.

La NLD se caracteriza por su cronicidad. No obstante, se han descrito remisiones espontáneas, algunas de ellas en el curso de un embarazo.

COMPLICACIONES DE LA NLD

Las complicaciones más frecuentes que puede presentar la NLD son:

1.º Ulceraciones repetidas.
2.º Infección.

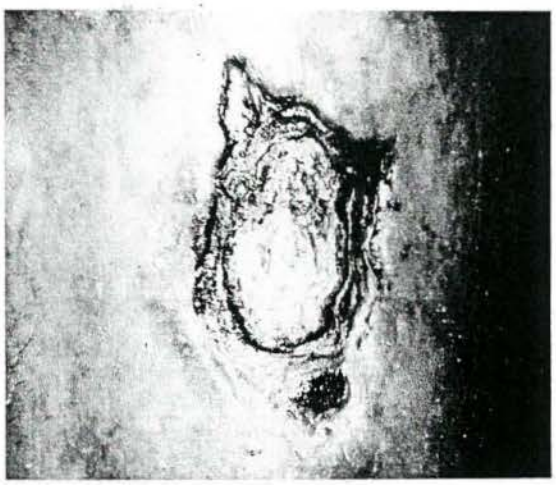
Cuando las ulceraciones no remiten y asientan en zonas muy extensas, se ha tenido que recurrir, en algún caso, a la amputación del miembro afecto.

Otros cambios secundarios que pueden sufrir los focos de la NLD son:

1.º Hemorragia.
2.º Pigmentación.
3.º Atrofia.
4.º Cicatriz o cúmulos de lípidos.

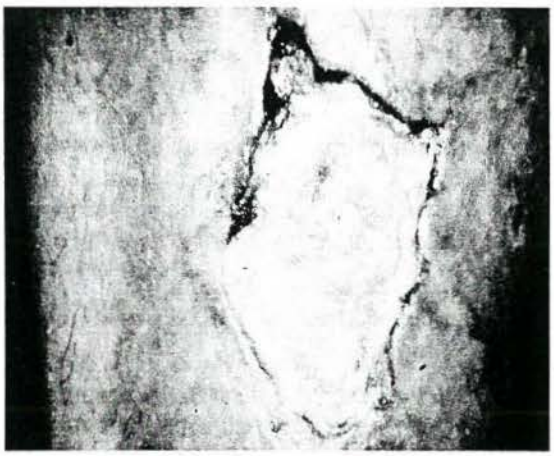
HISTORIA CLINICA

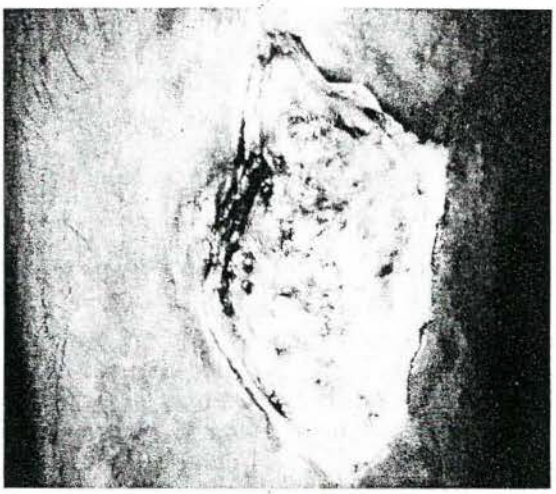
Paciente C.B.G. de 34 años de edad, hembra, natural de Las Palmas de Gran Canaria, que consulta el 14.04.83 por presentar una ulceración de 8 × 4 centímetros de diámetro, con escara necrótica que fue eliminada

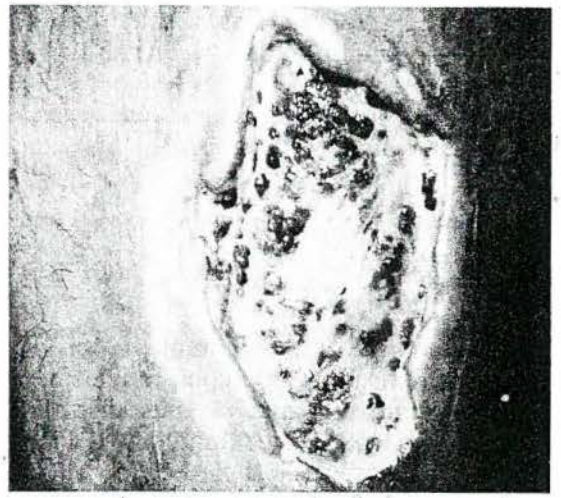


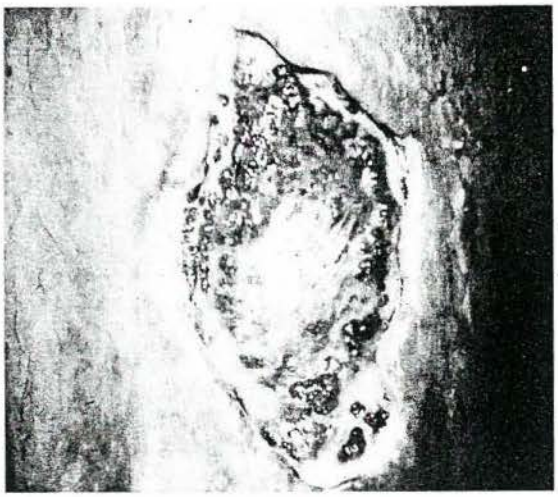
Así estaba la herida

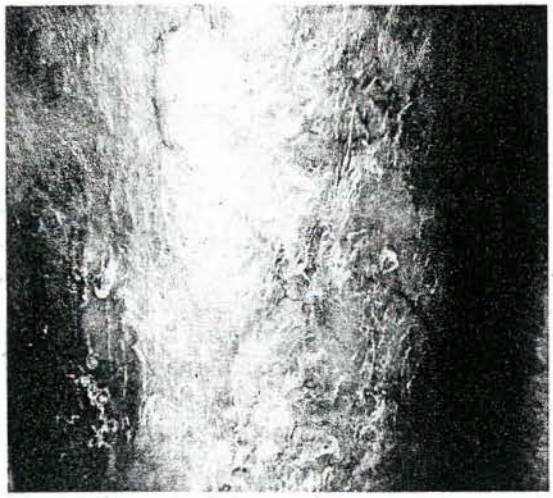
después de dos horas y media por limpieza quirúrgica, quedando una superificie visual de color amarillo-verdoso, de bordes eleva-











Así quedó de sana

dos, olor fétido, localizada en cara anterior tibial izquierda y de tres meses de evolución.

Refiere la paciente que el proceso comenzó sobre una piel fina, atrófica, sobre la cual se formó una ampolla cuya destrucción por el roce terminó con la aparición de dicha ulceración. Acudió a varios profesionales médicos quienes le indicaron como solución viable la realización de un injerto sobre la zona.

Como antecedente personal de interés se recoge el padecer de una IDDM desde los tres años de edad.

Con el diagnóstico de NLD realizado por el dermatólogo, se procede a realizar estudio del exudado y antibiograma, el cual delata la presencia de Pseudomona aureoginosa, sensible a Mezlocilina. Se instaura tratamiento general con dicho antibiótico (por vía parenteral cada 8 horas) y, localmente, con lavados. A medida que progresa el proceso, aplicamos Tul-grasum o enzimas proteolígicas después de realizar una exhaustiva Limpieza quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

ROJAS HIDALGO, E.: "Diabetes mellitus".

CARMENA, R.: "Tratado de Medicina Interna".

PAPILOMA PLANTAR. PANORAMA ACTUAL DE TRATAMIENTO

J.J. Araolaza
Eibar

A juzgar por lo poco que se habla y comenta del tema del papiloma plantar, parece no tener interés dentro de la podología. Si esto es real, puede indicar que efectivamente es un tema resuelto y que no ofrece mayores dificultades al tratamiento y curación de los numerosos casos que se presentan en la consulta.

Sin embargo, en mi opinión, sigue siendo un problema clave, en principio por la frecuencia de su presentación, y en segundo lugar porque aún llegan rebotados de otras consultas contando episodios más o menos pintorescos.

Dentro del abanico de posibilidades de actuación, el podólogo ha de utilizar aquellos métodos que simplifiquen al máximo su tratamiento, sean los más inocuos y menos molestos, y con el máximo de eficacia.

La variedad de métodos hace que establezcamos alguna forma de baremo en función a su presentación, número, edad del paciente e idiosincrasia del mismo.

No pretendo por lo tanto dar una pauta única de tratamiento, pero sí establecer un orden clasificatorio en función de unas determinadas características, que no son las únicas ni mucho menos, pero que en mi particular opinión cuentan a la hora de la decisión sobre el método a emplear.

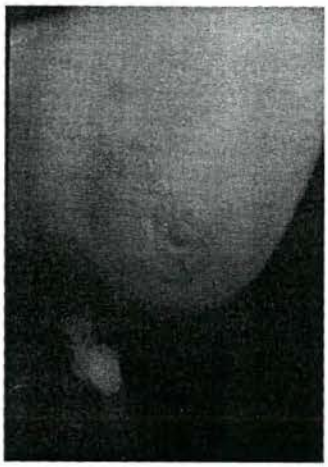
Aunque por regla general no tengo dificultad en identificarlas de modo inmediato, alguna vez he andado errado pensando que se trataba de un higroma o hiperqueratosis si coincidía topográficamente con apoyo óseo. Es de indudable ayuda humedecer la lesión con alcohol o glicerina para diferenciar en un sentido u otro.

Las verrugas son neoplasias epiteliales benignas muy vascularizadas, que pueden presentarse de forma aislada o múltiple, caracterizándose por dolor intenso a la carga, y en especial al levantarse por la mañana.

Las pequeñas erosiones producidas por las rocas o por el pavimento de las piscinas son la puerta de entrada y asiento del agente vírico. El ultrafiltrado del cultivo tisular infectado, al ser inyectado dentro de la piel humana, da lugar al desarrollo de una verruga. Explicación que justifica las múltiples autoinfestaciones de aquellos pacientes que han tratado de eliminar la verruga originaria con la acción de piedra pómez o escofina.

No es raro existan reacciones antiviricas o inmunológicas, y se presentan en la consulta con verrugas en fase de autoresolución. La falta de dolor y el color oscuro son las pistas que aconsejan esperar la resolución natural definitiva.

El tratamiento de las verrugas se puede realizar por varios métodos o sistemas, aunque bien mirado se concreten en la excisión o la destrucción.



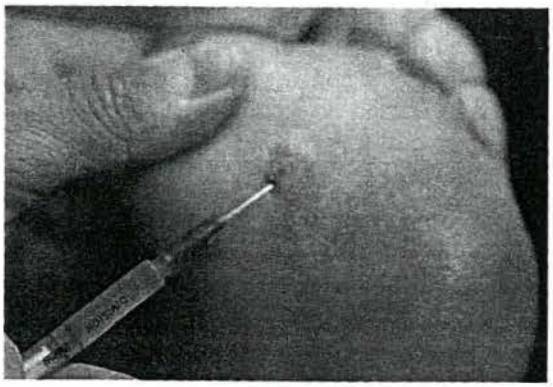
La elección depende del paciente y del número de verrugas, su localización, tipo y tamaño.

El tratamiento abarca desde las técnicas quimioterápicas (ácidos y sales) hasta el tratamiento con nieve carbónica, extirpación quirúrgica, raspado cruento, fulguración, coagulación galvanismo negativo, técnicas por inyección y hasta psicoterapia y ultrasonidos. Hay también profesionales que tratan con láser y que dicen estar satisfechos.

En esta comunicación sin mayores pretensiones quiero hacer un repaso rápido de los métodos que empleo o que he empleado terminando con una valoración comparativa a título muy personal.

Del tratamiento quirúrgico aunque no lo empleo hace bastantes años, no tengo mal recuerdo. Como factor negativo el trauma psicológico de la intervención, la anestesia y el largo período de cicatrización.

La extirpación ha de ser muy cuidadosa, repasando detenidamente con cucharilla y sin invadir la capa subcutánea. Hoy en día los cirujanos de la S.S. lo siguen realizando sin la debida consideración a la formación de los temibles queloides cicatrizables por echar mano de suturas que indefectiblemente van a dar lugar. La cicatrización de la herida quirúrgica en la zona de apoyo ha de ser por segunda intención y almohadillando convenientemente para evitar las presiones. No es infrecuente tratar de la misma forma una hiperqueratosis recalcitante por sobrecarga, confundiéndolo con una verruga. El empleo de la cirugía sin un examen muy detenido de su conveniencia y de sus efectos posteriores deja en muy mal lugar esta maravillosa arma. Hay veces que ante una verruga única he te-



nido tentación de aplicar la cirugía, pero la razón me inclina a utilizar métodos mucho más simples que hoy disponemos.

Dentro del método quimioterápico hay una amplia gama de substancias que pretenden la destrucción del papiloma. Unas más agresivas que otras con su contravalor de dolor y molestias. De una forma simple se trata de una carrera en la que la verruga tiende a crecer y nosotros a destruir. Quien más rápido sea, aquel gana.

A pesar de que hay compañeros que en un alarde de paciencia personal y del paciente tratan las verrugas con productos poco agresivos (por ejm. nitrato de plata, nitroína y Antiverrugas comerciales de venta en farmacias) mi función como podólogo a quien se consulta, creo ha de ir con métodos mucho más rápidos.

En la relación de substancias que empleo cuando el caso así me aconseja cito en primer lugar.

1.º Acido salicilico con lanolina al 75%. Curas oclusivas semanales protegiendo con almohadillado de fieltro.
Por regla general no es dolorosa y muy apropiada en niños memores y con múltiples papilomas. La aplicación durante tres sesiones resuelve la generalidad de los casos. Factor negativo inherente a todos los caústicos, la necesidad de mantener el vendaje durante este tiempo seco. Actúa durante los tres primeros días y el resto lo emplea en cicatrizar.

2.º Acido monocloroacético: Se presenta en cristales. Muy agresivo. Produce severas quemaduras. Hay que delimitar muy bien la zona a tratar, y poner una cantidad muy pequeña. El dolor llega a ser muy

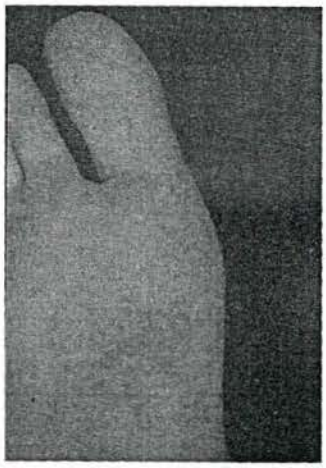
importante durante los 2 o tres primeros días. Yo soy de la opinión de mantener el vendaje sin tocar durante los 8 días. Tras los primeros días de acción, se forma una flictena que abarca todo el papiloma y durante el resto de los días se aminora el dolor y a los ocho días podemos retirar con cuidado y sin gran dolor los restos del papiloma, quedando una oquedad a pico que cicatriza en dos días con la aplicación de una pomada de óxido de zinc. Es necesario a veces aplicar una vez más ácido salicilico para tener la seguridad de que no ha quedado rastro alguno.
Lo empleo en casos muy contados y cuando así me lo requiere la situación.

3.º Acido monocloroacético con Salicílico: Mezcla de ambas substancias cuando es también importante cierta rapidez en resolver el problema. El empleo en niños tiene cierta indicación. El dolor es relativamente pasable.

4.º Cantaridina: Lo he empleado recientemente a indicación de una compañera y su acción es también agresiva y bastante dolorosa. El preparado tiene unas instrucciones en mi opinión erróneas. El maniobrar sobre la vesícula que forma a las 24 horas de su aplicación es cruel e intespectiva, lo mismo cuando se refiere a eliminar en ese mismo plazo la flictena formada. Creo que se debe de realizar el mismo protocolo que he indicado al hablar sobre el tratamiento con el ácido monocloroacético ya que su acción es muy semejante.

5.º Acido nítrico más cauterio: Me consta que lo utilizan numerosos compañeros con satisfacción, aunque yo no tengo gran experiencia.
El procedimiento consiste en deslaminar el papiloma cuanto sea posible, y aplicar el ácido nítrico en la zona del papiloma bien delimitada. Se deja actuar cinco días, en cura oclusiva y volviendo a deslaminar el tejido quemado. Se realiza esta misma operación otra vez aplicando al final el cauterio en la zona central.
La escara se suelta limpiamente en el transcurso de los 10 días siguientes.

6.º Formol oficinado: Es un sistema lento más indicado para que lo realice el propio paciente día a día.
Su indicación viene de aquellos papilomas rebeldes a los tratamientos expuestos y a los denominados en mosaico.
Se aplica formol en una porción pequeña de algodón diariamente en una concentración creciente empezando por un 10% y llegando a utilizar partes iguales de formol y agua. El plazo mínimo será de 20 días de tratamiento. Si no se ha conseguido su eliminación, se vuelve a empezar.



Infiltración intralesional citotóxica. Aún cuando se han referido sistemas de infiltración de diferentes preparados con mayor o menor éxito, es mi intención ceñirme únicamente a mi experiencia con la Bleomicina.

Bleomicina es el nombre genérico de un grupo de anticíticos citotóxicos glucopeptídicos con azufre, derivados del Streotomyces verticillus.

Su aplicación en las verrugas fue comunicada el año 1972 por Mishima y Matunaka que observaron una regresión completa de las lesiones tras una o dos inyecciones intravenosas de bleomicina.

El Dr. Fugita presentó en 1970 una comunicación en la que resume su "tratamiento de la verrucosis con inyección local de bleomicina en forma de solución al 1% en suero fisiológico con una tasa del 100% de curación sin recidivas".

El canadiense Dr. Byron Hyde el año 1973 trató con Bleomicina al 0,1% a un total de 60 pacientes con 141 verrugas en varias zonas del cuerpo, incluyendo 44 plantares. Las 149 lesiones respondieron a una o dos

inyecciones intralesionales y 124 sólo requirieron una sola inyección. No se apreciaron efectos colaterales y no se han observado recidivas al cabo de varios meses de vigilancia.

Mi experiencia en estos cinco últimos años con un término medio de 250 casos anuales tratados, me reafirman en la idea de considerar la infiltración intralesional de Bleomicina como el tratamiento de elección en la verruga plantar.

Y ello en base a cuatro propiedades fundamentales.

1.º Su eficacia. Si no podemos decir que sea del 100% por lo menos, mayor que la de cualquier otro método.

2.º La simpleza del tratamiento, que requiere una primera visita en la que se realiza la infiltración y una segunda a un plazo de 20 días para confirmar su curación y poder eliminar los restos endurecidos del papiloma. Durante este tiempo el paciente realiza sus actividades con toda normalidad.

3.º El discreto dolor a la hora de su empleo que posibilita que el paciente salga sin prácticamente dolor de la consulta. Considero en todos los casos bastante negativo que nuestros pacientes abandonen nuestra consulta con más dolor del que han llegado. A este hecho le doy bastante importancia y procuro evitar que ello ocurra. La inyección intralesional de Bleomicina no tiene que ser dolorosa si se emplea una técnica correcta y adecuada.

4.º La inocuidad del tratamiento correctamente realizado tanto para el profesional como para el paciente.
Como quiera que los dos primeros puntos no necesitan mayor demostración, quisiera centrarme en el tercero y cuarto.

No se puede negar el efecto negativo de tener que pinchar la verruga, y mucho más si su localización es en la planta del pie por ser más gruesa la piel y oponer más resistencia.

Descarto su empleo en niños muy pequeños y personas muy sensibles que no pueden controlas sus reacciones.

Realizo la inyección en decúbito supino sin ninguna concesión.

Explico las maniobras que voy a realizar, para que no le cojan de sorpresa, ya que la colaboración del paciente es incuestionable.

El instrumental que utilizo es la jeringa de presión con anestesia únicamente y una jeringa desechable y de aguja más fina posible con triple afilado calibre 0,38-13 con la que realizo la infiltración.

El disparo de la jeringa lo localizo a un lateral de la verruga con la piel deslaminada y aséptica.

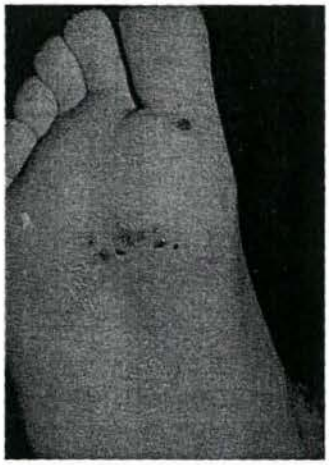
El lugar es el conveniente para que el trayecto de la aguja coincida con el punto de la infiltración que ha de ser intralesional.

La fuerte proporción de anestésico junto con la fracción de Bleomicina que es el producto a infiltrar, posibilita una maniobra prácticamente indolora.

Y pasemos al cuarto punto sobre la inocuidad del tratamiento tanto para el profesional que lo ha de realizar con frecuencia como para el paciente.

Se ha afirmado que la belomicina, como cualquier citostático es carcimógena. Esta afirmación no se ha demostrado de manera concluyente. Aunque se ha mencionado que su empleo se asocia con un aumento de tumores benignos y malignos en la descendencia de las ratas preñadas, no se han presentado datos referentes a dosis ni la incidencia específica de los tumores.

En la misma publicación se hace observar que la bleomicina es el menos carcinogénico de todos los agentes antitumorales ensayados. Ello no obsta para que se eviten al máximo las posibilidades y maniobras de su contacto y aspiración.



CARACTERISTICAS TECNICAS

Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

COMESA

COMERCIAL MEDICA, S.A.

Consejo de Ciento, 329 - 1°. 2ª.
Tels. (93) 317 26 97 - 317 29 96
08007 BARCELONA - España

El efecto secundario principal de la administración de la bleomicina es el de la fibrosis pulmonar.

En un estudio de 367 pacientes no se hallaron diferencias estadísticamente significativas hasta que la dosis fue superior a 400 unidades.

La dosis que empleo y que da el efecto buscado es el siguiente:

El vial tiene 15 unidades de acción. Una vez hecha la solución en 10 cm^3. extraigo 1 cm^3. (1,5 U) y lo diluyo en otro vial con 2 cm^3. más de agua destilada.

3-1,5
0,1-X 0,05 U.

De este vial extraigo 0,1 y lo mezclo con 2 cm^3. de Scandinibsa al 2% y empleo en la infiltración 1 ó 2 décimas

2-0,05
0,2-X 0,005 U.

La dos décimas que infiltro en cada papiloma contienen una dosis de 0,005 U de Bleomicina, cantidad suficiente para trombosar el papiloma.

Una cantidad mayor de bleomicina ha solido producirme una reacción exudativa con una ulceración más molesta y con una prolongación de la curación.

El efecto deseado es aquél en el que a verruga se deseca por trombosis, permitiendo su eliminación a los 20 días, dejando una piel seca e intacta.

En alguna ocasión se ha de repetir la infiltración por no haber producido el efecto deseado y si a la segunda vez no se ha conseguido, se aconseja cambiar de sistema. El fracaso inicial puede ser debido a una infiltración incorrecta, que se insiste ha de ser intralesional.

El prospecto del preparado indica que para infiltraciones locales, se ha de utilizar 1/3 (5U) del vial. Atención a los problemas que puede ocasionar una cantidad semejante. Conozco dos casos tratados por una dermatóloga que acabaron en ingreso en hospital a punto de amputación del dedo por necrosis y que hubo que realizar injertos dado el tamaño de la lesión. Atención a las partes distales.

Estos dos casos ocurrieron en Eibar y en la Residencia echaron un buen capote a la dermatólogo, asegurando a la familia que e tratamiento estaba bien realizado. Seguro que cualquier podólogo hubiera tenido la misma protección.

Es realidad que el tratamiento de las verrugas con bleomicina es como luchar a cañonazos con una pulga, por lo tanto hay que limitar al máximo la cantidad a emplear. Aunque alguno se muestre excéptico con la dosis que he citado, las verrugas de las diapositivas han sido tratadas con 0,1 de esta concentración.

También deseo indicar, que aunque la literatura del específico dice que a las 24 horas de la disolución del vial la bleomicina pierde su actividad, yo continúo tratando con dicho preparado a los dos meses de su preparación con el mismo éxito.

Análisis comparativo sobre diversos aspectos a tener en cuenta en el tratamiento de las verrugas con los métodos citados.

El adjunto cuadro trata de evaluar de forma muy personal y particular, los distintos métodos enumerados en un intento de clasificar el más idóneo.

Todo ello con la reserva propia de considerar otros aspectos relativos al paciente.

Los aspectos considerados son:

a) Agresividad (dolor en el acto).
b) Eficacia.
c) Plazo de resolución.
d) Dolor en el transcurso del proceso.
e) Consultas o visitas necesarias.
f) Inconvenientes o medidas a adoptar durante el tratamiento.
g) Posibilidades de actuación en papilomas diseminadas.

La escala del 1 a 5, lo óptimo a lo negativo.

No son los únicos aspectos ni tenéis que estar de acuerdo con la puntuación realizada. No deja de tener un valor personal: La de este compañero que lo dice con toda su buena voluntad y desea que haya podido aportar algo positivo en estas IV Jornadas.

(Ver cuadro pág. siguiente).

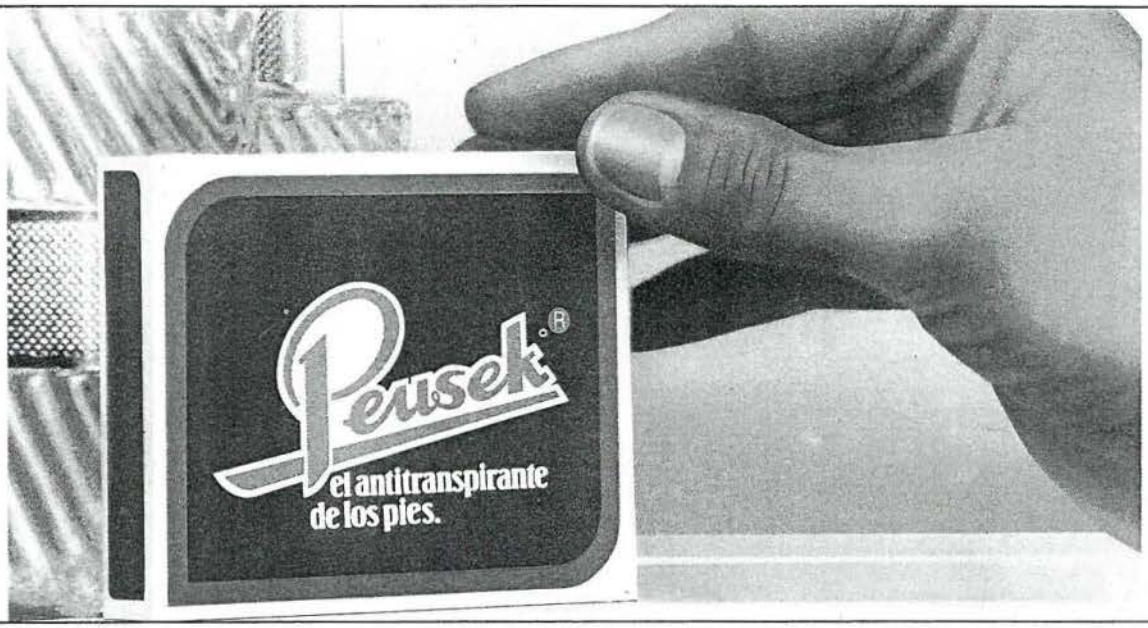
ANALISIS COMPARATIVO EN EL TRATAMIENTO DE LAS VERRUGAS

	Dolor en el acto	Eficacia	Plazo de resoluc.	Dolor en el tratamien.	Consult. necesaria	Inconve. en el tratamien.	Actuación en diseminad.	TOTAL
Monocloro-acético	1	2	2	4	3	4	4	20
Salicílico	1	2	4	2	4	4	2	19
Monocloro y salicílico	1	2	3	3	3	4	3	19
Acido nítrico	2	3	3	2	4	3	3	20
Nítrico con cauterio	3	2	3	2	3	3	3	19
Formol oficinado	1	2	4	1	5	3	2	19
Cantaridina	1	2	3	4	3	4	3	20
Quirúrgico	3	2	4	3	5	4	4	25
Infiltración citotóxico	3	1	1	1	2	1	1	12

Escala: de 1 a 5

PEUSEK®

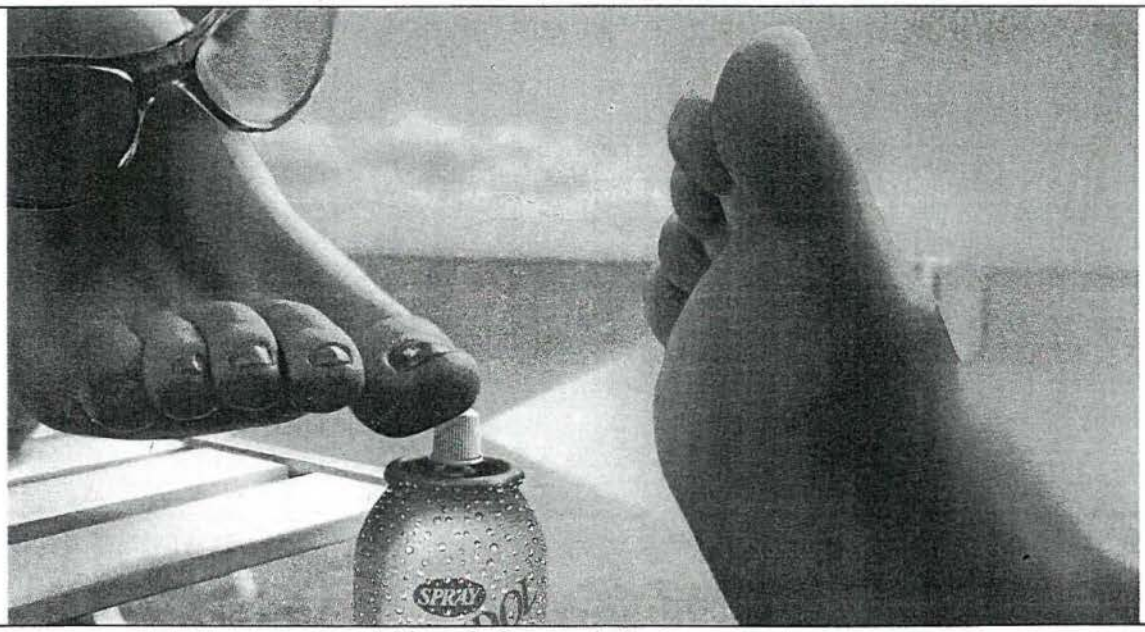
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



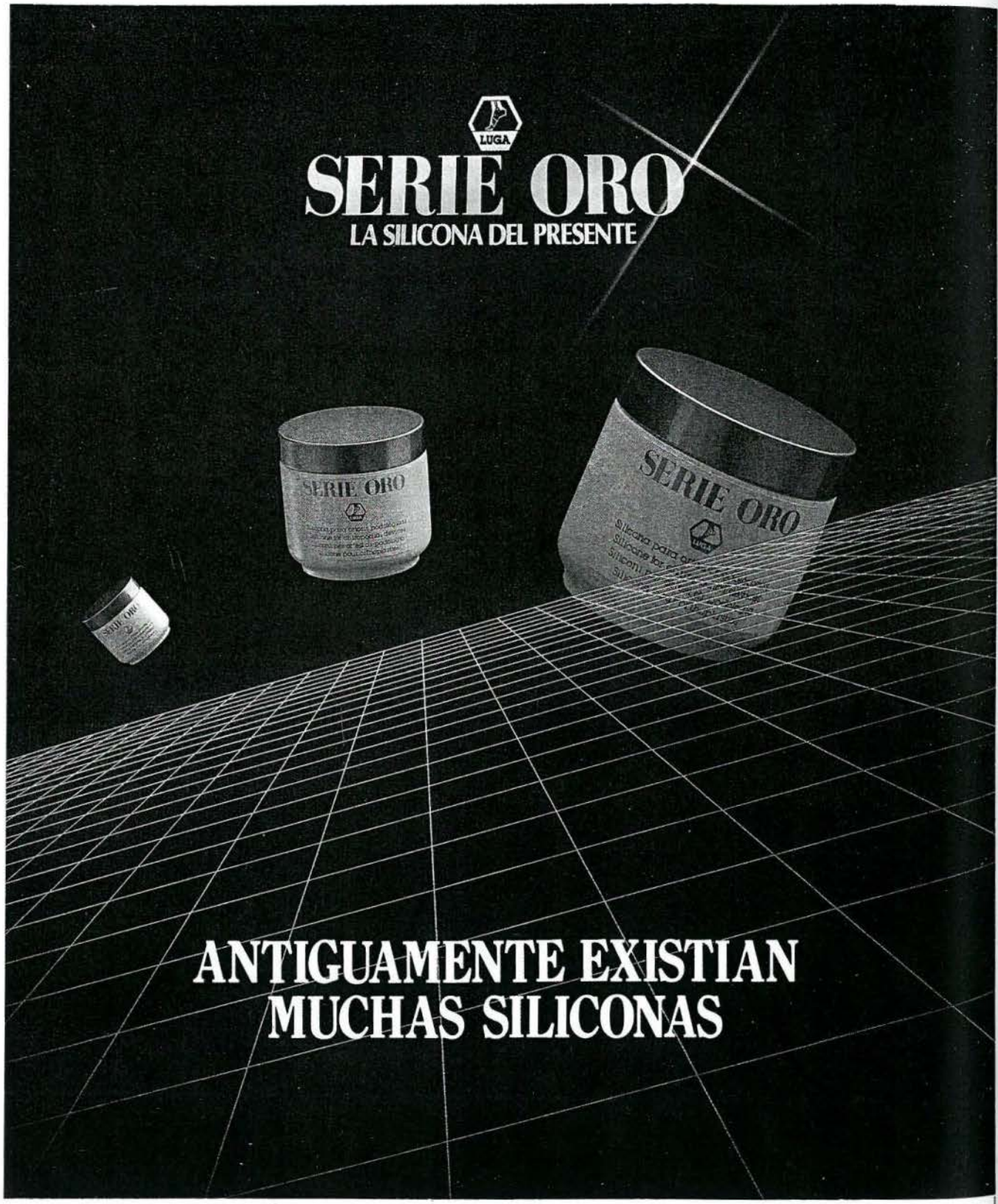
SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION
PEUSEK, S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

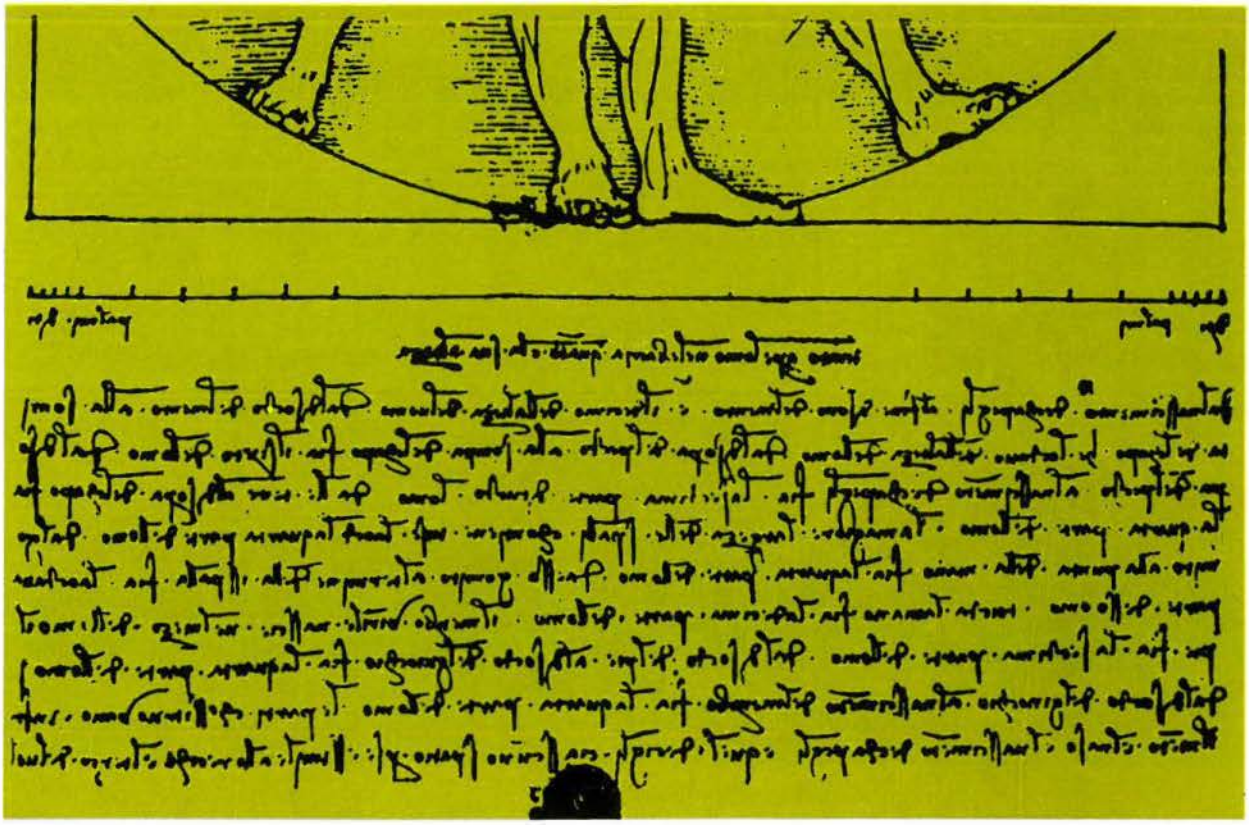
ARCANDOL®

- DE ACCION REFRESCANTE Y DEFATIGANTE DE LOS PIES
- APLICADO ANTES Y DESPUES DEL USO DIARIO DE PLANTILLAS O ZAPATOS ORTOPEDICOS, MINIMIZA LAS MOLESTIAS DE ADAPTACION
- RECOMENDABLE A PERSONAS QUE FATIGAN SUS PIES EN EL TRABAJO HABITUAL, Y EN LA PRACTICA DE LOS DEPORTES.



El relajante de los pies

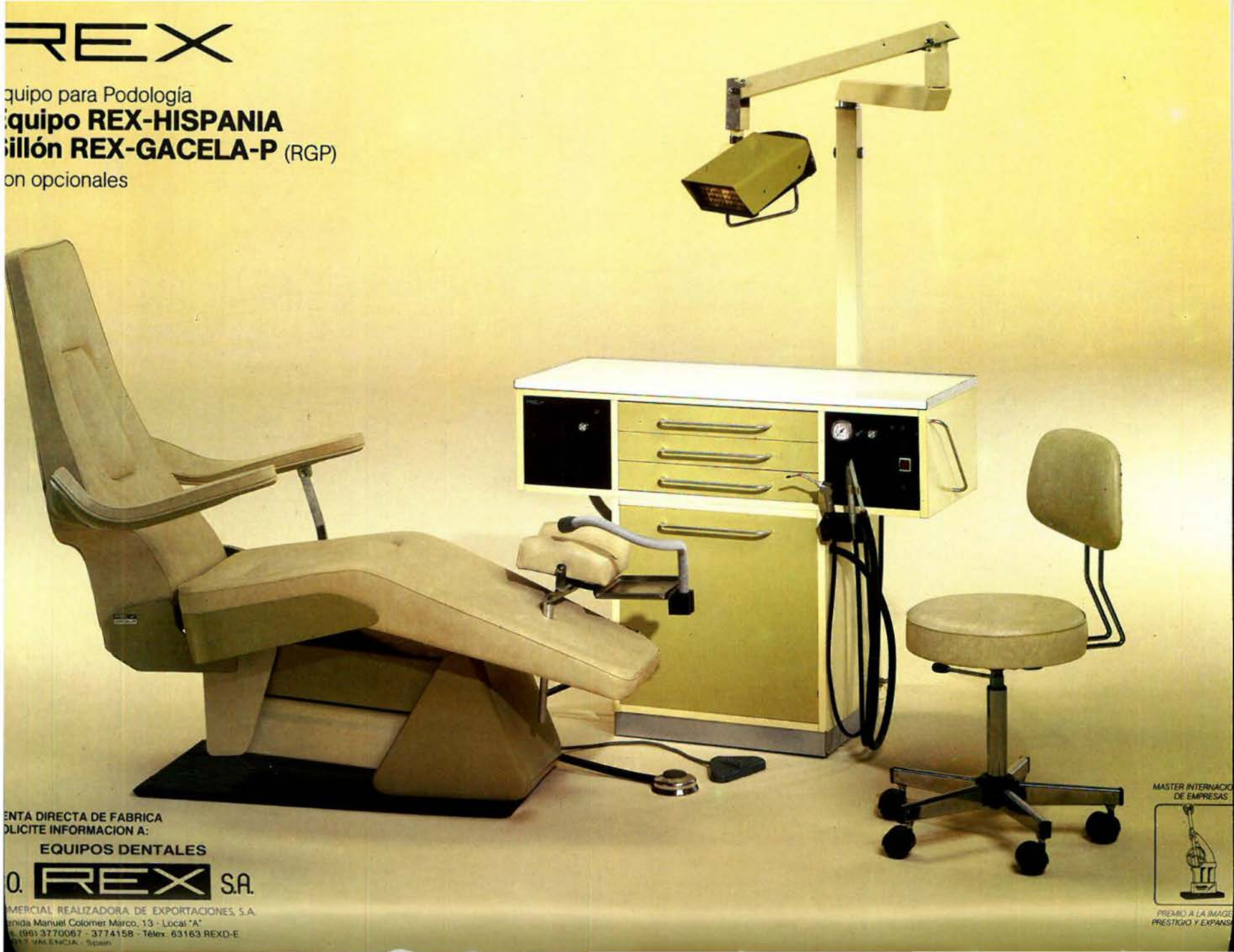




REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

NOVIEMBRE-DICIEMBRE
1986

A.E.P.
n.º 108


REX
quipo para Podología
quipo REX-HISPANIA
illón REX-GACELA-P (RGP)
on opcionales
NTA DIRECTA DE FABRICA
LICITE INFORMACION A:
EQUIPOS DENTALES
O. REX S.A.
MERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.
enida Manuel Colomer Marco, 13 - Local "A"
(96) 3770067 - 3774158 - Télex: 63163 REXD-E
VALENCIA - Spain
MASTER INTERNACIO
DE EMPRESAS
PREMIO A LA IMAGE
PRESTIGIO Y EXPANS

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

A.E.P.

Redacción:
San Bernardo, 74
Teléfono 222 87 63
28015 - MADRID

Director:
Luis Cajal Roibal
Présidente de la A.E.P.

Cuadro de redacción:
Comisión Permanente de la Junta Directiva

Imprime
Repro. Garval
Lucero, 12
Telf.: 479 69 73
28047 - MADRID

Empresa de Publicidad
Garsi, S.L.
Londres, 17
28028 - MADRID

Depósito legal:
B-21972-1976
ISBN-0210-1238
N.º de SVR-215

SUMARIO

Rogamos se envie todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

EDITORIAL

CIRUGIA MINIMA AMBULATORIA

Nadie puede ignorar el desarrollo que está teniendo en nuestro país la llamada Cirugía Mínima Ambulatoria.

Esta avanzada técnica quirúrgica, que da solución a problemas básicos de nuestros pacientes, está abriendo un hueco importante en el quehacer de compañeros que tienen como norte, la investigación y experimentación de métodos definitivos a los problemas de nuestros pacientes.

Esta técnica que no se aparta del concepto de Cirugía Menor que nos da acceso nuestro Decreto del 62, es una importante conquista en el legítimo y dinámico ensanchamiento de nuestro campo de actuación.

Esta legitimidad viene sustentada por varias razones que quisiéramos exponer y argumentar someramente.

a) Se tratan las afecciones y deformaciones del pie.
b) En su actuación terapéutica se limita a las manipulaciones que pertenecen a la Cirugía menor.
c) Se realizan intervenciones con una técnica perfectamente experimentada y aplicada desde hace 25 años por nuestros colegas americanos.
d) Existe una extensa bibliografía dedicada exclusivamente a este método, y es tema obligado en las Escuelas de Podiatría de EE.UU.
e) Es una técnica admitida y amparada para su pago por el Seguro de Salud americano y por las distintas compañías de seguros.
f) En España no es realizada por los cirujanos traumatólogos.
g) Junto con los Podiatras americanos, somos los podólogos españoles los únicos que realizamos estas técnicas en todo el mundo.

Lo evidente de estas razones obliga a que la Asociación de Podólogos plantee seriamente su apoyo al grupo de profesionales que realiza esta actividad en defensa del rigor del método y lo adecuado de su aplicación.

Por otro lado es necesario que con esta misma exigencia de preparación, se organicen cursos teórico-prácticos que posibiliten a que los profesionales competentes se formen en esta disciplina quirúrgica para aumentar el número de los que lo realizan.

Evidentemente es el núcleo originario el que ha de prestar su colaboración a esta tarea y que en principio podría estructurar su acción en base a tres presupuestos básicos:

1.º.– Lograr una coexión entre todos los practicantes de estas técnicas a fin de que todas las experiencias sean patrimonio de todos.
2.º.– Determinar las bases para la realización de cursos y exigencias a los que deseen incorporarse al grupo.
3.º.– Establecimiento de medidas de protección jurídico-legal y de responsabilidad económica.

Es hora de dar cauce a las dosis de voluntarismo y de intrepidez que ha sido necesario en un principio, para entrar con toda la seguridad necesaria en ese campo atrayente y lleno de futuro con el menor riesgo posible.

ACTA DE LA ASAMBLEA DE CONSTITUCION DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS-JUNTA DIRECTIVA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS CELEBRADA EN MADRID EL DIA 18-X-86

– APROBACION DE LOS ESTATUTOS DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

– EXPULSION DE UN ASOCIADO

Previa convocatoria reglamentariamente efectuada, se celebra la Asamblea de Constitución de la Federación Española de Podólogos con la asistencia de los miembros de la Junta Directiva de la sociación Española de Podólogos y de los representantes elegidos para este fin por cada Asociación territorial o autonómica.

Preside la reunión D. Luis Cajal Roibal en su calidad de Presidente de la Asociación Española, entidad convocante al acto de Constitución de la Federación Española.

Tras el saludo de rigor se da la relación de asistentes y en representación de qué Asociación vienen con soporte documental adecuado.

Por la Asociación Extremeña está D. José Villafaina de la Cruz; por la Asociación Madrileña D. Luis Cajal Roibal; por la Asociación Murciana, D. José Iniesta Gallego; por la Asociación Castellano Leonesa, D. Alfondo Domínguez Milán; por la Asociación Catalana, D. Francisco Farreras Morcillo; por la Asociación de las Islas Canarias, D. Francisco José Morán Ventura, representándole en este acto con documentación acorde, D. Manuel Albalá; por la Asociación Andaluza, D. Manuel Albalá Valle; por la Asociación Gallega, D. Juan Vidán Torres; por la Asociación Aragonesa, D. Angel Gil Acebes y por la Asociación Vasco-Navarra, D. Juan José Araolaza Lahidalga.

El Secretario informa del proceso seguido para la redacción de los artículos más comprometidos de los Estatutos y agradece el esfuerzo y comprensión mostrado por todos y la confianza depositada. Tras el compromiso de todas las asociaciones para la aceptación de los Estatutos, se ha negociado directamente con el Consejo para que tampoco hubiera problemas de competencias. Tras el informe de la Asesoría del Consejo, se han tratado los puntos en discusión entre el Vicepresidente Máximo González y el Secretario Juan José Araolaza, llegando a un consenso sobre dichos puntos.

El Secretario da lectura a los cambios habidos tras esta negociación y los asistentes tras la solicitud de aclaración a distintos puntos y la modificación de algún artículo, aprueban por unanimidad los Estatutos presentados.

Se realiza a continuación el Acta de Constitución para su presentación en el IMAC con la firma de los presentes.

Al mismo tiempo se nombra una comisión gestora para llevar a trámite de aprobación, acordando sea la fecha del 20 de Diciembre de 1986 para la realización de la Asamblea de Representantes que ha de nombrar la Junta Directiva.

Para esta fecha deberán ser por lo tanto elegidos en cada Asamblea Regional o autonómica los miembros componentes de la Asamblea de Representantes.

A continuación se realiza reunión de Junta Directiva para examinar diversos puntos pendientes.

El Presidente informa del expediente abierto a un asociado de Oviedo por denuncia del Delegado provincial.

El Secretario actuando en calidad de Instructor nombrado al efecto por la reunión de la Permanante del 30 de Mayo, informa y da lectura a los documentos relativos al caso, empezando por el Informe-Denuncia del Delegado de Asturias D. José Luis Alonso Alvarez en el que hace saber el presunto apoyo de intrusismo realizado en la Clínica X de Oviedo por el Asociado D. X X X. Da lectura también al Acta de la Asamblea celebrada en Oviedo el 18 de Enero de 1986 con el mismo motivo en la que el asociado X X afirma que en la clínica X trabaja desde hace un mes y medio, y que "hay personas que hacen callos, uñas incarnadas, etc... estas personas no son Podólogos pero sí ATS" y que pueden realizarlo legalmente.

La acusación que se hace al Sr. X X, es que está encubriendo el trabajo de quiropodia que realizan 3 ATS en la Clínica X mediante el contrato que firmó con dicha clínica a raiz de la denuncia de intrusismo en Podología contra los hermanos X X y X X. El Sr. X acude a la Clínica algún día a la semana y consideran que está encubriendo una irregular situación.

Ante dicha denuncia, se dió conocimiento al Sr. X de la apertura de expediente de expulsión para que haga las alegaciones que crea conveniente en el plazo de un mes.

Se da lectura al escrito de alegación de fecha 26 de Julio en la que niega se realice intrusismo podológico en la Clínica X. Dicho escrito confirma que su contratación se debió al consejo dado desde el Colegio de A.T.S. para que sirviera de solución a la denuncia de intrusismo en podología que se había realizado.

El Secretario como Instructor del expediente informa que se puso personalmente en contacto telefónico con el Sr. X para que reconsiderara la postura y anulara el contrato con la Clínica X. El Sr. X le aseguró que el mes de Septiembre como fecha tope rompería dicho contrato que en estos momentos le era necesario económicamente.

En la actualidad la situación sigue igual, por lo que cree oportuno tomar una decisión ejemplar toda vez que con motivo de este conflicto, el compañero y asociado Sr. Vázquez Castellanos fue agredido físicamente por personas implicadas y está llevando un proceso judicial.

Pide apoyo moral y económico para el Sr. Vázquez Castellanos y expulsión de la Asociación al Sr. X X.

También que se gestione en la Organización Colegial la aplicación de las sanciones que diera lugar la actuación de los implicados. El Informe de la Comisión Deontológica reconoce actuación incorrecta del Asociado Sr. X X.

La Junta, una vez considerado el caso, aprueba por unanimidad las propuestas del Instructor y sanciona con la expulsión al Sr. X X, en aplicación del Art. 21 de los Estatutos Sociales. Todo ello sin perjuicio del derecho al recurso de reposición que puede efectuar a la Junta General.

A continuación, el Presidente informa sobre las gestiones realizadas para la aprobación del Decreto de Podología. De la entrevista realizada junto con el Secretario con un senador socialista que ha prometido realizar una visita al Director General de Ordenación Universitaria para interesarse para su aprobación y que posteriormente nos tendría informados.

En el M.º siguen afirmando no haber ningún problema y que su aprobación es cuestión de tiempo.

El Sr. Cajal informa pormenorizadamente sobre las obras de acondicionamiento de la sede de la Española y los presentes aprueban su gestión y agradecen el esfuerzo que ha realizado personalmente y en el traslado de los enseres.

Se pasa a estudiar la propuesta de presupuesto del Congreso de Málaga y las cuotas de inscripción.

La mayoría de los presentes consideran que los precios son muy elevados y que no están realmente justificados. Se pide un esfuerzo a la Comisión organizadora para que el Congreso de Málaga rompa la dinámica de los últimos Congresos que están convirtiéndolos en económicamente prohibitivos.

Es criterio de la Junta que la cuota de los Actos científicos no sufrague en absoluto gastos correspondientes a los actos sociales, y evitar gastos que repercutan en su cuantía.

Con este criterio, no parecen adecuados los presupuestos y cuotas de inscripción del próximo Congreso, por lo que se pide que los estudien y se adapten a los criterios esgrimidos.

Se presenta una carta de una ortopedia de Mérida dirigida a un podólogo en la que le indica que o bien se da de alta en Hacienda con epígrafe de ortopedia, o como tal podólogo no puede confeccionar plantillas a tenor de la liquidación del IVA.

Queda el Secretario responsabilizado de escribir una contestación adecuada al caso y enviarla al Sr. Villafaina.

Y sin más asuntos que tratar se da por finalizada la reunión.

PARA LOS MUY PROFESIONALES

EL MEJOR MOTOR NO SIEMPRE ES EL MAS CARO

- Micromotor auto-ventilado 40.000 r.p.m.
- Regulador manual. Pedal de contacto o pedal progresivo.
- Velocidad visualizada por diodos luminosos.
- Peso del micromotor 75 grs.
- Cordón telefónico.
- Giro a derecha e izquierda.
- Nivel sonoro inferior a 50 decibelios.
- Vibraciones inexistentes.
- Garantía 12 meses.
- Servicio técnico en nuestro país.

Los muy profesionales saben lo que vale
su tiempo.
Asegúrese el futuro y no lo malgaste.
Nosotros colaboraremos con usted.

MADRID • Carretera Canillas, 99 - bajo • 28043 Madrid • Tels.: 200 34 69 - 759 46 65
BARCELONA • Provenza, 281 - 1.º, 2.ª • 08037 Barcelona • Tel.: 215 77 49

SUMINISTROS MEDICOS **LUGA**

CONGRESOS: LA OCASION PARA UNA MAYOR COMUNICACION PROFESIONAL Y HUMANA

El hecho de mi participación directa en la organización del XIX Congreso Nacional de Podología a celebrar en Málaga, me ha supuesto reflexionar sobre la misión y alcance de estas reuniones profesionales. Lo que aquí expongo, no es más que una opinión pura y simplemente personal, aunque sé compartida por un gran número de compañeros.

Los nuevos enfoques científicos que en España están tomando la mayoría de las profesiones, también alcanza a la Podología, que hoy debe avanzar con rapidez, pero con vigor, para mantener su situación privilegiada dentro de la C.E.E.

Un Congreso puede ser un empujón más hacia esa meta, si cumple su cometido de comunicación y actualización. Para lograrlo, hay que garantizar el interés científico y conseguir una participación activa de todos. Para fomentar esta participación, pienso que es importante favorecer la relación humana. El Congreso supone el encuentro entre compañeros que no se ven a menudo y aprovechan esos días para confrontar ideas, conocimientos o simplemente comentarios alrededor de una mesa, sobre alguna cuestión durgida en las conferencias. Esa comunicación más estrecha, más humana, lleva a una mayor participación de todos.

Los organizadores deben tenerla en cuenta y potenciarla. La forma de hacerlo variará según las costumbres y usos del lugar donde se celebre el Congreso, pero siempre buscará un ambiente agradable que favorezca el contacto.

Insistiendo en este mismo aspecto, no hay que olvidar que los asistentes a un Congreso, suelen venir acompañados de sus esposas, a las que no podemos dejar a un lado. Una estancia aburrida para ellas, puede suponer una traba para la asistencia al próximo Congreso.

En resumen, pienso que la organización de actos, fuera de lo estrictamente profesional, tales como visitas a lugares de interés, comidas, etc. ayudan a conseguir la finalidad propia de un Congreso, la comunicación y el avance profesional.

Indudablemente esa es solo una parte importante, pero menos, que los organizadores de un Congreso, deben tener presente la otra, la comuniación científica, la verdadera razón de ser un Congreso, debe ser objeto del más meticuloso estudio, para ofrecer a todos una visión actual y fructífera de nuestra profesión.

Eloy Téllez Fernández.
Podólogo. MALAGA.

XIX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

MALAGA, DEI 29-IV al 2-V de 1987

Sede:
SALAS CONGRESOS ALAY

PROGRAMA PRELIMINAR
CONGRESISTAS

MIERCOLES 29 DE ABRIL

16 a 18 h.: Entrega documentación en la Sede del Congreso.

18 a 20 h.: Cocktail de bienvenida con actuación de Pandas de Verdiales.

JUEVES 30 DE ABRIL

9 a 13 h.:	Inauguración oficial. Ponencias.
14 a 16 h.:	Almuerzo de trabajo en el Restaurante ALAY.
16,30 a 19 h.:	Ponencias.

VIERNES 1 DE MAYO

9 a 13 h.:	Ponencias.
14 a 16 h.:	Tiempo libre.
16 h.:	Visita a la Ciudad de Ronda, cena en un Restaurante típico y regreso a la sede.

SABADO 2 DE MAYO

9 a 13 h.:	Ponencias.
13 a 17 h.:	Tiempo libre.
17 a 19,30 h.:	Asamblea Nacional de Podólogos.
20,30 h.:	Traslado en autocar al Casino Torrequebrada, Cena de Clausura y Espectáculo. (Se ruega D.N.I. para la entrada en los Salones de Juego).

ACOMPAÑANTES

MIERCOLES 29 DE ABRIL

18 a 20 h.:	Cocktail de bienvenida con actuación de Pandas de Verdiales.

JUEVES 30 DE ABRIL

9 h.:	Salida para ver las Cuevas de Nerja.
14 h.:	Almuerzo Restaurante con los típicos pescaitos de Málaga.
16 h.:	Visita a la ciudad y Corte Inglés.

VIERNES 1 DE MAYO

9 h.:	Salida en autocar para visitar las ciudades de Fuengirola, Mijas y Puerto Banús.
13 a 16 h.:	Tiempo libre.
16 h.:	Visita a la Ciudad de Ronda, cena en un Restaurante típico y regreso a la Sede.

SABADO 2 DE MAYO

	Día libre.
20,30 h.:	Traslado en autocar al Casino de Torrequebrada, Cena de Clausura y Espectáculo. (Se ruega D.N.I. para entrar en los Salones de Juego).

OBSERVACIONES

1.º: El Comité Organizador se reserva el derecho de modificar o sustituir alguno de los actos de este Programa Preliminar, si le obligan a ello causas de fuerza mayor.

2.º: Los precios de las Cartas de Congresista, Acompañante y Estudiante, indicados en el Boletín de Inscripción adjunto, tendrán validez únicamente para las inscripciones recibidas antes del día 31 de Marzo de 1987, a partir de esta fecha recibirá un incremento del 20%.

3.º: Una vez recibido el Boletín de Inscripción, se remitirá la Carta de Congresista, Acompañante o Estudiante, que justifique el abono de las cuotas correspondientes. Igualmente se remitirá el Bono del Hotel.

4.º: Anulaciones: Las anulaciones recibidas con anterioridad al día 15 de Abril serán aceptadas, descontándose un 15% para gastos de organización. Dicho porcentaje no se aplicará a la reserva de Hotel. Después del 15 de Abril no se admitirán anulaciones de ningún tipo, quedando a criterio del Comité Organizador aceptar o no alguna anulación producida por causas verdaderamente justificadas.

BOLETIN DE INSCRIPCION

Hotel TRITON *****
(5 min. Sede Congreso)

Hab. individual	9.800 pts.
Hab. doble	12.050 pts.

Hotel ALAY ****
(Sede Congreso)

Hab. individual	6.000 pts.
Hab. doble	6.800 pts.

Hotel SAN FERMIN ***
(10 min. Sede Congreso)

Hab. individual	4.000 pts.
Hab. doble	4.900 pts.

(El precio de las habitaciones incluye: Desayuno, alojamiento, I.V.A.)

INFORMACION IMPORTANTE

Los precios a continuación establecidos son los definitivos acordados en reunión Junta Directiva - Comité Organizador del Congreso de Málaga. Anulan por lo tanto los remitidos por la propia Organización.

PODOLOGO ASOCIADO

Actos científicos	3.000 pts.
Actos científicos y sociales	21.000 pts.

PODOLOGO NO ASOCIADO

Actos científicos	15.000 pts.
Actos científicos y sociales	32.000 pts.

ACOMPAÑANTES

Actos sociales	18.000 pts.

(Se entregará Diploma de Asistencia).

D. ..... Podólogo / Estudiante de la Asociación Autonómica de ....., con domicilio en .....

C/. ..... N.º .....

D/P. ..... Teléfono .....

Desea asistir al XIX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

Para cuya confirmación adjunto talón nominativo, bancario conformado a nombre de XIX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA.

BANCO ..... Talón n.º .....

INSCRIPCION

Fecha: .....

☐ PODOLOGO ASOCIADO

☐ PODOLOGO NO ASOCIADO

☐ ACOMPAÑANTE .....

Firma:

☐ ESTUDIANTE

☐ HOTEL TRITON

☐ HOTEL ALAY

☐ HOTEL SAN FERMIN

☐ HABT. DOBLE

☐ HABT. INDIVIDUAL

SECRETARIA DEL CONGRESO
C/. Carretería, 72 - 2.º
Tlefs. 21 54 75 - 21 06 28
29008 - MALAGA

☐☐ Día de Salida. ☐☐ Día de Llegada. ☐☐ Total Noches.

EL GANGLION O QUISTE SINOVIAL

Autor: Lionel Curto Reverté
Tarragona

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

El ganglión tiene una etiología incierta, aunque parece ser que se trata de una dilatación de la vaina sinovial tendinosa o articular, cuyo tejido conjuntivo padece una degeneración mucinosa (de mucina o ácido hialurónico) y cuya dilatación o hiato se prolapsa hacia el exterior de la articulación, produciendo un abultamiento que es el que nosotros observamos macroscópicamente.

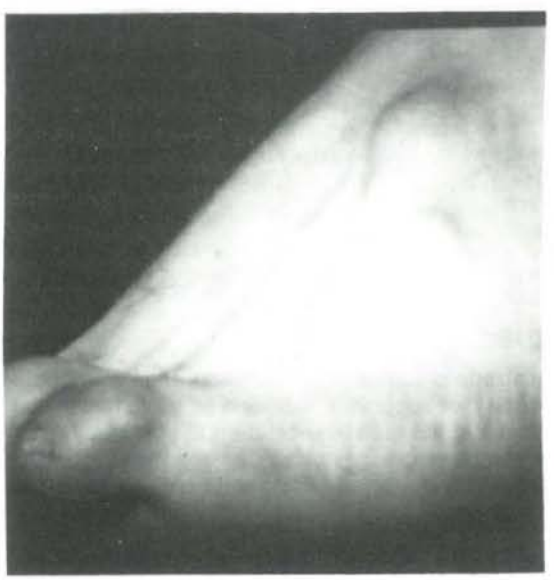


Fig. 1.– Quiste Sinovial en el dorso del pie.

Para su mayor comprensión estudiaremos la estructura interna de la cápsula articular.

La cápsula articular se compone de dos partes, una externa fibrosa, que mantiene unidas las superficies articulares llamada CAPSULA FIBROSA; y otra interna llamada MEMBRANA SINOVIAL, blanca, delgada y muy brillante, que tiene la propiedad de segregar una sustancia gelatinosa que lubrifica las superficies articulares, la mucina.

La Cápsula Fibrosa de una articulación, en unas ocasiones, se continúa con la capa fibrosa del periósteo y con el hueso, introduciéndose en él a través de unas fibras colágenas llamadas fibras de Sharpey; en otras se continúa con la superficie aponeurótica de inserción periarticular; y en otras, presenta unas crestas que bien compactadas forman los ligamentos periarticulares.

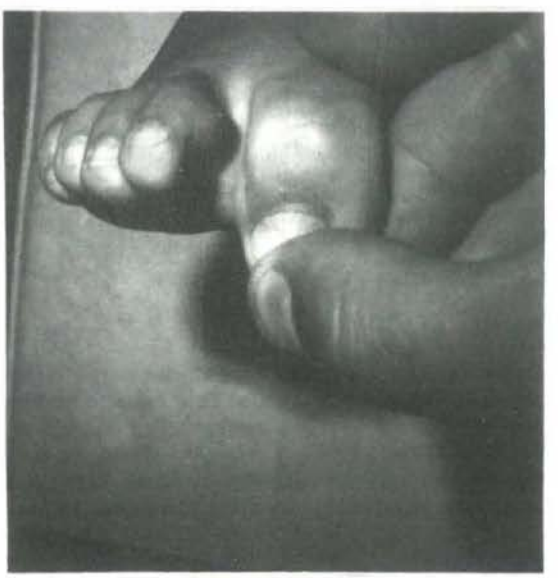


Fig. 2.– Ganglión interdigital del 2.º dedo.

La Membrana Sinovial, por su parte, reviste toda la parte interna de la cápsula articular y también toda la articulación interna (excepto los cartilagos articulares).

Las células sinoviales que constituyen la membrana sinovial, estudiadas microcópicamente, se hallan entre las fibras colágenas de la cápsula articular.

SERVICIO DIRECTO
DESDE LA FABRICA
EN VILLENA

prescription
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA
EN ORTOPEDIAS

MAS DE 20 AÑOS DE EXPERIENCIA en el diseño técnico ortopédico bajo dirección médica con el testimonio de más de 300 ortopedias repartidas por toda España.

CONTRAFUERTE DE HELFET indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

SERVICIO INMEDIATO mediante STOCK de gran capacidad. (Directo de fábrica).

Fabricación Exclusiva en DOBLE COSIDO visto por la suela que logra simultáneamente: gran FLEXIBILIDAD a nivel del antepié y extraordinaria CONSISTENCIA en talonera y enfranque

Perfecto ASIENTO del calzado en todos los modelos (tacón y piso en el mismo plano), aun cuando vayan provistos de cuñas básicas opcionales.

SUELA Y ENTRESUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

MATERIALES de máxima calidad con un acabado en consonancia.

Dentro de nuestra experimentada y completa gama de calzado ortopédico, usted encontrará el modelo que requiera su prescripción. Este calzado cumple con todos los requisitos funcionales y biomecánicos que se exigen a nivel internacional, entre los que cabe destacar los que se indican en la figura superior. Ahora el calzado P-F es flexible, hay modelos en colores vivos y alegre incluso de tipo deportivo. Pero sigue conservando su tradicional contrafuerte indeformable con el uso que soporta la tensión reiterada aun en casos de pies patológicos como el zambo o el plano grave.

Si no dispone del nuevo catálogo rogamos nos lo solicite mediante carta o simple llamada telefónica.

- HORMAS RECTA Y NORMAL PARA INCORPORAR PLANTILLAS.
- HORMAS PREANDANTES RECTA, NEUTRA Y CURVA.
- FERULAS DENIS-BROWNE.
- HORMAS RECTAS PRIMEROS PASOS Y ORTOPEDICA.
- HORMAS RECTA, SEMIAPROXIMADORA Y APROXIMADORA, DOTADAS DE SUPINACIÓN BÁSICA EN RETROPIÉ.
- HORMA SEPARADORA (ANTI-VARUS)
- HORMA SEPARADORA CON PRONACIÓN BASICA.
- HORMAS RECTA Y NEUTRA POST-QUIRURGICAS.
- ANCHOS E, F y G.
- TACON NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

prescription footwear. s.a. P.F

Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 80 01 91 - Telex 63873 PFVI E

A veces la cápsula ariticular presenta unas brechas con ausencia total de tejido colágeno y expone a la membrana sinovial al contacto directo con los músculos y estructuras periarticulares. Otras veces, de las células sinoviales nacen unas bolsas que separan los ligamentos de la cápsula articular. En otras, la membrana sinovial tiende a moverse libremente sobre la cápsula fibrosa de la articulación. A este tipo de membrana sinovial se la llama m.s. areolar.

En ocasiones, existe una tercera capa ADIPOSA intercalada entre la sinovial y la colágena.

Así, pues, al ganglión se le puede definir como *un hiato de la membrana sinovial, que contiene mucina en estado degenerativo.*

TIPOS DE GANGLIONES

– Artrosinoviales, cuando se forman a expensas de la sinovial articular.

– Tenosinoviales, cuando se desarrollan a expensas de la sinovial de la vaina tendinosa.

CLINICA

La aparición de una tumoración sinovial como el ganglión en el pie, suele asustar al enfermo o a sus familiares y es causa de visita en nuestras consultas.

Aparece en personas jóvenes, de aspecto blando, de forma regular o fusiforme, puede esclerosarse y permanecer durante toda la vida.

En el pie son totalmente indoloros, solamente producen molestias en casos concretos o por comprensión con el calzado.

Pueden desaparecer espontáneamente.

LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES

Cara posterior de la muñeca.

Cara externa de la rodilla.

Cara posterior de la rodilla.

Cara dorsal del pie.

Articulaciones interfalángicas de los dedos de los pies.

TRATAMIENTO

Si el ganglión no desaparece espontáneamente, cosa que ocurre gran parte de las veces, algunos autores debido a la delgada pared que tiene el ganglión, recomiendan la presión digital que desgarre la pared y permita la reabsorción del contenido. Otros aconsejan la paracentesis y aspitación del contenido, seguido de vendaje compresivo. Aunque la mayoría de las veces se hace necesario el uso de la cirugía.

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL GANGLION. CASO CLINICO.

METODO

1.º Sabiendo que el quiste sinovial o ganglión, puede desaparecer espontáneamente, cuando atiendo a un paciente por primera vez, jamás le aconsejo tratamiento inmediato alguno. Este proceder me ha dado buenos resultados en algunos casos en que ha desaparecido el ganglión sin dejar rastro.

2.º Cuando pasan varios meses y el ganglión no desaparece o sigue creciendo todavía más, es entonces cuando en primavera o verano realizo el tratamiento quirúrgico, pues debe llevar el pie descubierto por el vendaje que practico posteriormente.

3.º Técnica quirúrgica:

PREOPERATORIO: Practico análisis de glucemia para descartar una hiperglucemia y realizo tratamiento antitetánico preventivo.

OPERATORIO: Lavo toda la región metatarsal y dedos durante diez minutos. Al igual que mis manos y antebrazos.

Embadurno con alcohol toda la región metatarsal y dedos, en el caso del ganglión de la figura 3.

Practico la anestesia troncular del nervio o, como en este caso, anestesiando localmente previa infiltración "Dermojet" (Fig. 4).

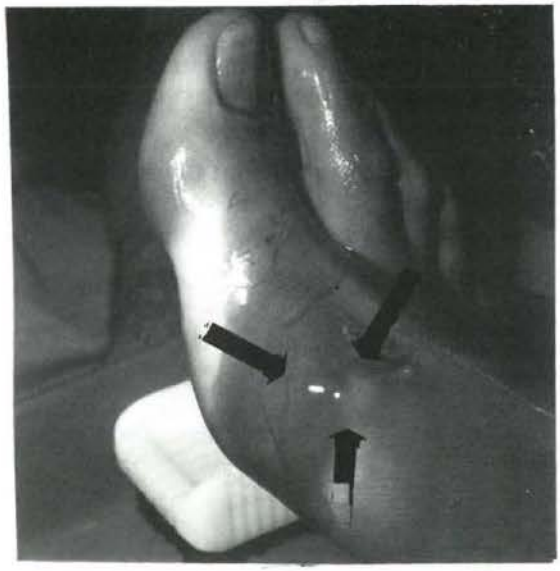


Fig. 3.– Quiste Sinovial situado encima de la articulación metatarso-falángica del 1.er dedo.

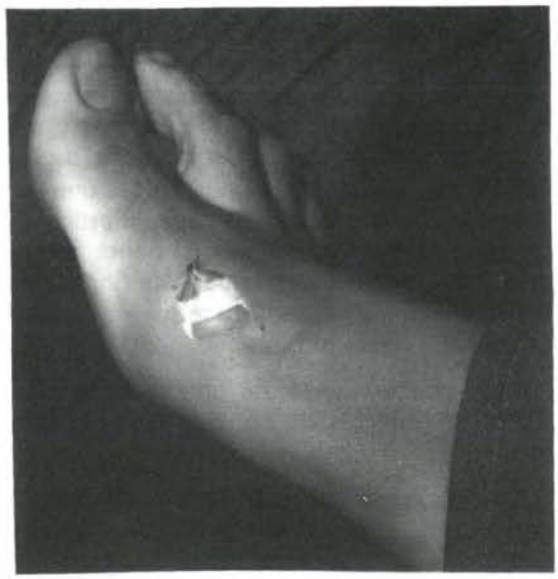


Fig. 5.– La incisión en I, permite el posterior repliegue de los bordes de la herida y nos facilita la visión.

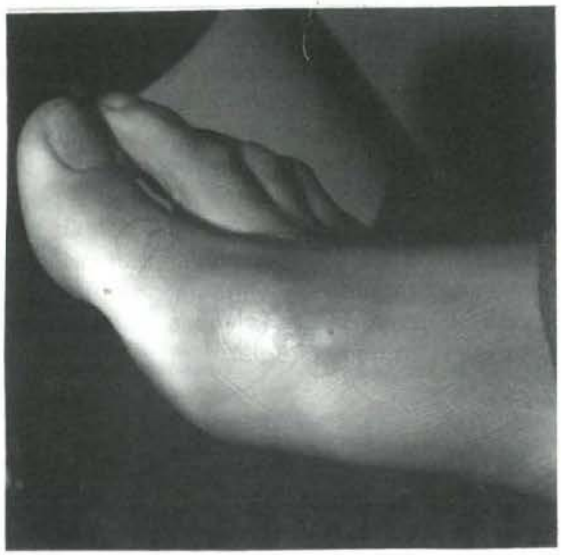


Fig. 4.– Dos infiltraciones "Dermojet", por encima del quiste sinovial.

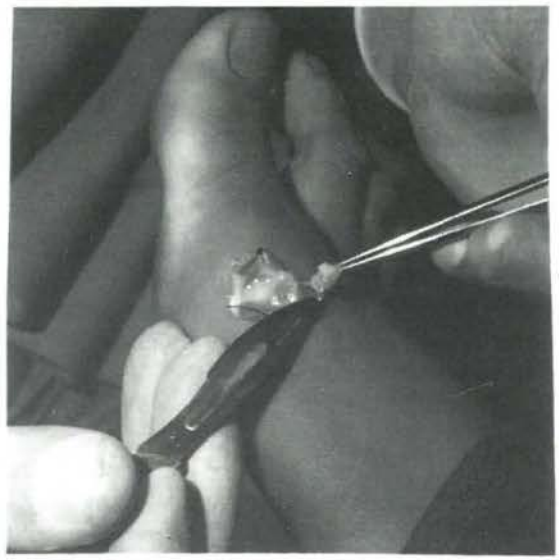


Fig. 6.– Eliminación de la cápsula articular supraganglionar.

Coloco la hemostasia preventiva en la región supramaleolar.

Me calzo los guantes y aislo el campo operatorio a intervenir.

Con el bisturí que mejor nos vaya a cada uno, practico una incisión en I, que nos permite replegar los bordes de la herida a modo de corredera, y facilita la visión de la zona a intervenir (Fig. 5).

Casi siempre se desgarra el ganglión, así pues, intervengo primero la cápsula (Fig. 6).

Posteriormente elimino el contenido sinovial que es de aspecto gelatinoso y transparente.

Después, termino de eliminar toda la sinovial, suelto los puntos de fijación y practico la sutura con seda de 2/0 y 3/0. (Figura 7).

POSTOPERATORIO: Reposo relativo los dos o tres primeros días. La primera cura la realizo a las 24 horas y, dos días más tarde, empiezo la cura diaria a base de pincelaciones de tintura de yodo o mercurocromo. A

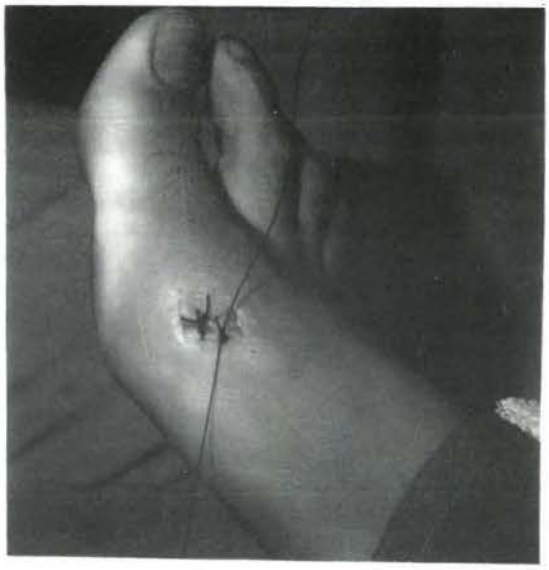


Fig. 7.– Sutura dérmica de la herida.

los siete u ocho días de la intervención, se retiran los puntos.

Hasta la total curación, siempre realizo un vendaje ligeramente compresivo.

DISCUSION

El método que practico para realizar la curación del ganglión en el pie da buenos resultados, pero no puedo dar cifras exactas de éxito sin recidivas, pues el ganglión es un proceso ocasional.

La técnica quirúrgica que practico, puede ser discutida, pero no deja cicatriz, cosa que no ocurre al suturar la sinovial interna y la posterior sutura dérmica o con la colocación de un drenaje.

Desconozco los resultados prácticos de la inversión de la sinovial a través de la técnica crucial de Neumüler y Orator.

Me es grato recordar con este artículo, que el ganglión es una afección del pie y una deformidad, incluida en nuestro campo profesional, cuyo tratamiento debemos practicar y no alejar de nosotros. Para ello, es necesario conocerlo hasta en su estructura microscópica, y podremos informar al paciente de esta afección y deformidad del pie.

BIBLIOGRAFIA

– Tratado de Histología. Dr. A.W. Han. Ed. Interamericana.

– Lecciones de Patología Quirúrgica. Dr. P. Piulachs. Ed. Toray.

Amposta a 12 de Enero de 1987

Lionel Curto Reverté


NO LO MANTENGA EN DIFICIL EQUILIBRIO
Mendivil
LE AYUDARA, A DARLE LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE NECESITA.
Orto-Mendivil s.l.
CALZADO CORRECTOR Y PARA PLANTILLAS ESPECIALES....
El Aguaor, José Menor Hernández, s/n - Apartado 191 - Teléfono 80 13 77 - VILLENA

TRABAJO DE INVESTIGACION SOBRE LA QUERATODERMIA PALMO-PLANTAR DE THOST-UNNA EN ESPAÑA. SEGUIMIENTO HISTORICO RETROSPECTIVO DE DICHO SINDROME

Salvador Hervás Tamarit
Torrejón de Ardoz
Madrid

Para hablar de investigación en cualquier campo científico nos es imprescindible usar una metodología que es la que nos dará los caminos a seguir para poder constatar los hechos, hipótesis o tesis que hayamos podido plantear.

Todo método científico tiene que basarse en tres pilares fundamentalmente:

OBSERVACION

Tiempo Medios complementarios
Condiciones, etc.

MEDICION

"Comparar una magnitud con otra de su misma naturaleza tomada como patrón".

EXPERIMENTACION

Conocimiento de factores que intervienen en el proceso.

El método científico se compone de las siguientes etapas:

1.– Observación de hechos
   Identificación del problema
   Búsqueda
   Análisis
   Elaboración de datos

2.– Hipótesis a tratar

3.– Planificación a la investigación
   Descripción
   Verificación de la hipótesis

4.– Síntesis
   Conclusiones

Hay tantas metodologías como trabajos de investigación hagamos; quiero decir con esto, que no podemos standarizar una metodología tipo que valga para poder guiarnos a la realización y valoración de hechos.

Se puede llevar a cabo, primero la investigación y después confeccionar la metodología, basándonos en los pasos que hayamos dado.

Esquemáticamente el camino metodológico usado en la confección de este trabajo se puede resumir en los siguientes puntos:

CAMINO METODOLOGICO

1.– Hecho real
2.– Hipótesis
3.– Demostración de las variables de validación de la hipótesis:
   Análisis histórico
   Análisis antropológico
   Análisis social, geográfico y político
   Análisis cronológico
4.– Exposición de la tesis
5.– Justificación de la tesis según datos actuales.
6.– Conclusiones

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE THOST-UNNA Y LA ENFERMEDAD DE MELEDA

THOST-UNNA

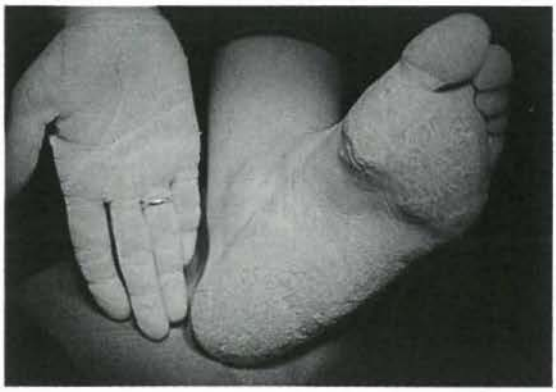
1.– Trastorno hereditario dominante.
2.– Debut en los primeros años de vida.
3.– Persiste indefinidamente aunque mejora en parte después de los 50 años.

4.– La alteración se inicia en la parte central de palmas y plantas en forma de placas eritematosas irregulares.
5.– Las placas hiperqueratósicas se rodean de un borde rojo-violáceo.
6.– Las uñas raramente se ven afectadas.
7.– La afectación es exclusiva de las palmas y plantas, raramente invade otras regiones.
8.– No patología alveolodentaria.
9.– Cabello y pelos normales.
10.– Inteligencia y psiquismo normales.
11.– Etiología desconocida.

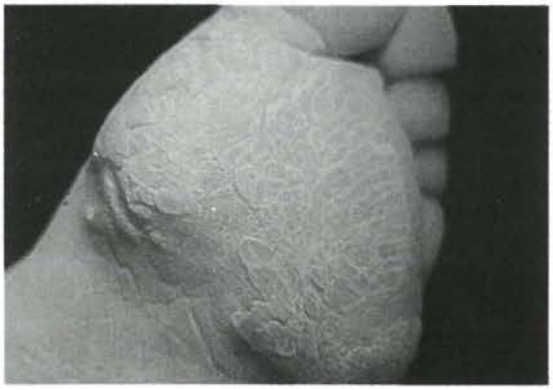
ENFERMEDAD DE MELEDA

1.– Trastorno hereditario recesivo.
2.– Debut en las primeras semanas de vida.
3.– Es progresivo y no de golpe como el Thost-Unna.
4.– Hiperqueratosis bien limitada sin ribetes rojo-violáceos.
5.– Onicopatías.
6.– Afecta también a muñecas, talón de Aquiles, caras anteriores y posteriores de las piernas, codos, rodillas. (Queratodermia trasgrediente).
7.– Patología alveolodentaria.
8.– Los pelos y uñas pueden verse afectados.
9.– El psiquismo está alterado.
10.– Etiología consanguineidad.

Después de teorizar sobre la metodología de la investigación, pasaremos al estudio minucioso de un caso clínico.



R.S. de 25 años de edad, de profesión manipuladora de alimentos en Iberia con una QUERATODERMIA PALMO-PLANTAR. En la exploración se observa, hiperqueratosis palmo-plantar de un cm. de espesor, rebordes laterales de pies y manos, con un borde rojo-violáceo que lo delimita de la piel del dorso no afectada, ni hiperqueratosis



trasgredientes (a distancia), codos, muñecas, dorso del pie, manos, dedos no afectados en su cara dorsal, rodillas no afectadas. Uñas normales, leve hiperhidrosis, no patología alveolo dentaria, pelos y faneras normales, no alteraciones psíquicas familiares, inteligencia normal. No uniones consanguíneas familiares. Transmisión mediante herencia dominante.

Lo primero que se nos plantea es conocer el tipo de queratodermia que padece, ya que existen diferentes tipos.

Para llegar a un buen diagnóstico debemos de realizar un diagnóstico diferencial de las queratodermias palmo-plantares, para ello nos basaremos en la herencia, genealogía, tipo de lesiones, etc. Por el aspecto externo de las lesiones y por lo relatado por la paciente puede corresponder a una de estas dos queratodermias: ENFERMEDAD DE MELEDA o QUERATODERMIA PALMO-PLANTAR DE THOST-UNNA, por lo tanto vamos a ceñir el diagnóstico diferencial entre ambas, ya que son las dos queratodermias que más se prestan a confusión y al mismto tiempo las que más se parecen.

Después de realizado el estudio del diagnóstico diferencial podemos asegurar que estamos presentes ante una queratodermia PALMO-PLANTAR DEL TIPO THOST-UNNA (1880-1883). Conviene aclarar que no la descubrieron, sí la describieron por primera vez en la citada fecha.

En el interrogatorio, relata la paciente, que este tipo de enfermedad la poseen muchos miembros de su familia. Esta familia es originaria de una villa que se encuentra en el sur de la provincia de Guadalajara llamada FUENTELVIEJO.

Esta villa y sus habitantes van a ser los protagonistas de mi investigación.

El dato que me había revelado era un hecho que motivaba una investigación profunda de las raices y comienzos de esta enfermedad en la villa.

El árbol genealógico de R.S. se iniciaba en Fuentelviejo con su bisabuelo, ya con la enfermedad en el año 1870, y así se había heredado hasta las generaciones presentes, mediante el tipo de herencia dominante.

El estudio de su rama genealógica es el siguiente:

15 varones ..	26,66 % afectados
18 hembras .	44,44% afectados
Varones	45,46% de descendencia
Hembras	54,54% de descendencia

Sabiendo que la bisabuela no era portadora ni poseedora de la enfermedad, partimos de la 1.ª generación con el 50% de afectados, esto es, el bisabuelo SI y la bisabuela NO.

Generaciones	CON T.U.	SIN T.U.
1.ª	50%	50%
2.ª	33%	67%
3.ª	80%	20%
4.ª	60%	40%
5.ª	20%	80%

T.U. = Thost-Unna

La incidencia por sexos es la siguiente:

VARONES

Con T.U.	4	12,11%
Sin T.U.	11	33,33%

HEMBRAS

Con T.U.	8	24,24%
Sin T.U.	10	30,32%

De este estudio se deduce que afecta en un50% más a las mujeres que a los hombres y que en las tres últimas generaciones ha descendido su aparición en un 60%, aunque esto no implique la desaparición del síndrome, ya que puede haber portadores sin manifestar la enfermedad.

El estudio de esta rama del árbol genealógico de R.S., nos aclara algo sobre la incidencia de la enfermedad y de los porcentajes de afectados, sin embargo no nos aclara el origen de este síndrome.

Posteriormente me personé en la villa de Fuentelviejo y me puse en contacto con su alcalde, S. ANGEL CATALAN SANCHEZ, persona cordial, hospitalaria y sobre todo muy conocedora de la historia local. Nos citamos un día para profundizar en el origen de dicho síndrome en la villa. Lo primero que me confesó es que había una leyenda generalizada desde tiempos inmemoriables que dice que esta enfermedad la trajo una mujer cristiana al casarse con un "moro" de los que poblaba la villa.

El objetivo principal de este trabajo va a consistir en investigar esta leyenda y poder constatar hasta qué punto es leyenda o realidad. Para ello nos es imprescindible profundizar en la historia local de esta villa y en la de Castilla en general.

Ciertamente había muchos interrogantes que tenía que despejar. ¿Dónde se originaron los primeros casos en España? ¿Había publicado algún trabajo en España en el S. XVII? ¿Qué incidencia de casos había en Marruecos? Etc., etc...

Si nos retrotraemos a través de la historia de la villa y de Castilla desde los siglos

CARACTERISTICAS TECNICAS

Sillón electromecánico. Motor 220 V. 1.350 r. p. m. 2 AMP.
Movimiento subida y bajada, comandado por pedal eléctrico transportable y respaldo abatible.
Reposapies ajustable en todas sus articulaciones.
Auto-regulación apoyabrazos con abatibilidad para mejor acceso.
Giro total 360° con freno en cualquier posición.
Altura máxima 80 cms.
Altura mínima 60 cms.

COMESA

COMERCIAL MEDICA, S.A.

Consejo de Ciento, 329 - 1°. 2ª.
Tels. (93) 317 26 97 - 317 29 96
08007 BARCELONA - España

VIII al XVII, época de presencia árabe en España, nos dice lo siguiente:

Guadalasara, así la llamaron los Musulmanes, fue una importante población musulmana que formaba parte del reino de Taifas de Toledo. Su reconquista se realizó mediante capitulaciön y ALVAR FAÑEZ sobrino del CID, tomó posesión de la ciudad en 1085. En el 710, TARIK desembarca en Gibraltar y en el 711 al mando de MUZA los árabes se hacen prácticamente dueños de la península a excepción de Asturias, hasta que en 1492 BOABDIL EL CHICO sucumbe ante los ejércitos de los Reyes Católicos y así se reunifica España.

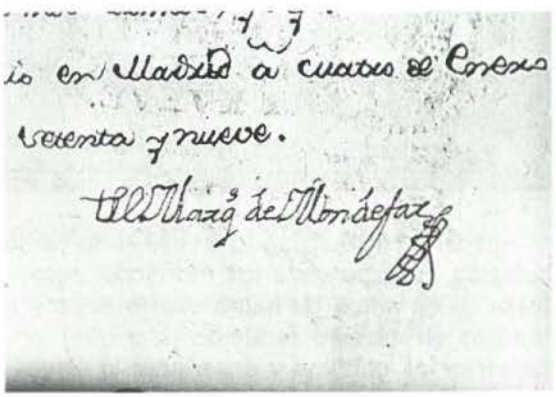
Sin embargo la expulsión de los Moriscos, (descendientes de los Musulmanes españoles que quedaron en tierras cristianas después de la reconquista) y cuyo número era de 500.000, no se realizó hasta 1609 por Felipe III. Estos restos de razas árabes estaban diseminadas por el centro y Sur de España, aunque conviene aclarar que los 45.000 que habían en Castilla eran granadinos deportados ya que los Mudéjares castillanos eran pocos.

(Mudéjar.– Musulmanes que perseveraban en su fe).

Los Moriscos habitaban principalmente en el campo y en lugares accesibles, así se podían guarecer mejor de las múltipes persecuciones a que eran sometidos. Se dedicaban a tareas agrícolas y artesanales.

En algunos pueblos no había más que tres cristianos viejos; el cura, el notario y el tabernero.

La historia de la villa de Fuentelviejo comienza a principios del siglo XV en que perteneceía a la común villa y tierra de Guadalajara, hasta que en el año 1430, JUAN II se la dona, con las guerras de Agreda, Navarra y Aragón a Iñigo López de Mendoza, primer Marqués de Santillana, Conde de Tendilla y Marqués de Modéjar, de ahí que en sus principios se la llamara Villa del Señor de Fuentelviejo, título que Felipe III le concede a la villa el 10-3-1610.



Por estas fechas la villa tenía 69 casas y 87 bodegones al servicio del Marqués. Estos bodegones estaban habitados al igual que las 69 casas y estaban intercomunicados con lo que los moriscos más que para habitarlos los utilizaban como catacumbas por las persecuciones a que se veían sometidos.

Actualmente aún quedan testimonios de esa población morisca como son las bodegas, un lavatorio árabe y las camas que usaban.

Otra prueba de la presencia y comienzo morisco de esta villa es la peculiar orografía

de su ubicación. Fuentelviejo está ubicado en una ladera poco accesible entre tres montañas y un valle.

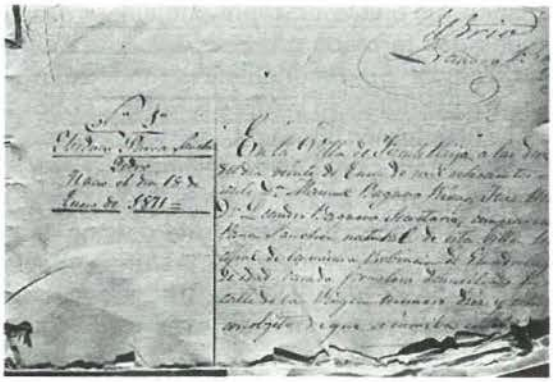
El 9-4-1609, cuando Felipe II toma la decisión de expulsar a los moriscos, exceptuaba a los niños de hasta cuatro años y a familias en número reducido para que conservaran los cultivos y enseñaran la artesanía.

Pruebas históricas demuestran la manipulación, degradación y odio que se les tenía a estos moriscos. Para su expulsión tenían que pagarse sus pasajes, los patrones de las naves los maltrataban e incluso les echaban al mar. En el Norte de Africa eran asaltados, robados y asesinados por los musulmanes. Como la flota española no era suficiente para embarcar a esos 500.000 moriscos que quedaban, en su ayuda vinieron embarcaciones francesas y en la localidad de Hornachos (Villa de la provincia de Badajoz), 150 vecinos de esta localidad fueron expulsados en una embarcación francesa y después de 17 días de penosa navegación y medio muertos de hambre, los desembarcaban en la ría gallega de Arosa diciéndoles que se hallaban en Tánger.

En 1710 había un censo en Fuentelviejo de 370 habitantes y todos ellos provenientes de tres familias que empezaron a poblar la villa en el Siglo XV.

Como consecuencia de la industrialización del Siglo XX, gran parte de la población emigró y de estas tres familias originarias solo quedan dos, una a la que pertenece el Alcalde y a la otra R.S.

El árbol genealógico de R.S. se remonta documentalmente al año 1846, bisabuela de R.S. y el del Alcalde hacia 1560; estos son datos constatables solo por las palabras de los sucesores vivos, ya que el Registro Civil



no empezó en Fuentelviejo hasta 1871. No obstante la huella física y psíquica que deja en una familia rural este síndrome hace que éstas tengan un recuerdo exacto de todos sus antepasados con este síndrome.

Hay un dato dino de resaltar. En los archivos de la villa existe en buen estado de conservaciön el primer documento de la villa que es una partida de nacimiento que data de 1871. Esta partida de nacimiento

para que fuese legal la tenía que rubricar el "dueño" de la villa más dos testigos. Casualmente uno de los testigos era el abuelo del nacido con Thost-Unna. Consecuentemente el primer caso de Thost-Unna que se puede demostrar documentalmente se sitúa en 1810.

Si vemos el árbol genealógico de D. Angel Catalán, observamos que existe cronolo-

gía fiable desde 1560. Intenté conseguir un mapa de seguimiento de la enfermedad, pero como esta es de declaración no obligatoria, no existe nada al respecto. Consulté con la sede de la O.M.S. en España, Salud Pública, Ministerio de Sanidad, Cátedras de Dermatología del Hospital Clínico, etc., etc.

Tampoco hay datos documentados de cual fue el primer caso que apareció en España, aunque en 1879 empieza la national library of Medicine a publicar el Index Medicus y hasta 1897 no aparece el primer caso de Thost-Unna publicado, pero no indica la nacionalidad. El siguiente paso tenía que consistir en confeccionar un mapa de seguimiento a nivel nacional tomando como punto de referancia la villa de Fuentelviejo.

Hay Thost-Unna constatable mediante seguimiento en la mitad septentrional, es decir, cinco pueblos de Guadalajara, seis de Madrid, Ciudad Real, Cáceres, Sevilla, Cádiz, Almería, Salamanca, Alicante, Tarragona, Menorca y todos los casos son originarios de Fuentelviejo o de descendientes de esta villa.

Un dato revelador es el que me confirió la embajada de Marruecos en España, confirmándome que los casos de Thost-Unna en Marruecos son relativamente frecuentes entre la población marroquí.

Otro hecho epidemiológico importante es el de que en Asturias no haya podido comprobar ningún caso con Thost-Unna. No se nos debe de escapar el hecho histórico de que en Asturias no hubo presencia árabe.

CONCLUSIONES

1.- Presencia musulmana en España desde el 711 hasta el 9-4-1609.

2.- Después de la expulsión de los musulmanes quedan en España 500.000 moriscos, 50.000 de ellos en Castilla.

3.- Hasta el 1609 no se les expulsa.

4.- Pruebas fehacientes de presencia morisca en la villa.

5.- El síndrome es descrito por primera vez en 1880 por THOST y en 1883 por UNNA.

6.- En 1560 aparece en Fuentelviejo el primer caso que se conoce en esta villa y por los datos que poseo, el caso más antiguo que se conoce en España.

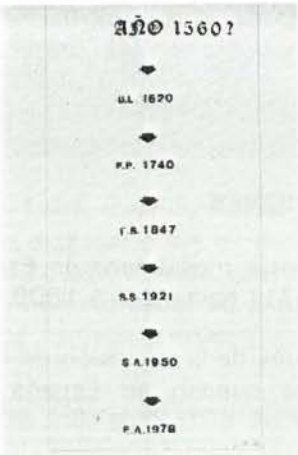
7.- En 1810 encontramos el primer caso que se puede demostar documentalmente.

8.- El 21% de la población actual está afectada.

9.- Los casos comprobados en el mapa de seguimiento son originarios de esta villa.

10.- No he encontrado trabajos publicados en España anteriores a 1953, mientras que los casos de esta villa se remontan al año 1560.

Después de toda la información que he podido recopilar, tanto personal como histórica, no puedo asegurar con un mínimo de error que los primeros pobladores moriscos que habitaron esta villa en el Siglo XV fueran los que introdujesen en la península este tipo de queratodermia, pero sí tenemos que reconocerles a estos y a la villa de Fuentelviejo el protagonismo que tienen en esta enfermedad a nivel nacional.



Solo me resta dar mi más sincero agradecimiento al Sr. Alcalde de Fuentelviejo D. ANGEL CATALA SANCHEZ, sus convenciones y a RAFAEL PATO GOMEZ (pintor) y gran amigo, por la gran colaboración que en todo momento ouvieron para mi persona y para la Podología nacional. Sin su aportación de datos, fechas, y documentos históricos me hubiera sido muy difícil la realizaciön de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Patología del pie
J. LELIEVRE, 1979
Edit. Toray Masson

Podología Médica
IRVENG YALE, 1978
Edit. Jims

Afecciones cutáneas de las extremidades inferiores
M.H. SAMITZ, A.S. DANA, Jr. 1974
Edit. Toray

Biología
V. DUALDE, 1972
Edit. Ecir

¿Qué es la vida?
ERWIN SCHRODINGER, 1985
Edit. Torbis, S.A.

Historia de España
R. MENENDEZ PIDAL
Edit. Espasa Calpe

Dermatología
J. GAY PRIETO, 1966
Edit. Científico Médica

Archivos Municipales de Fuentelviejo desde 1871 hasta la actualidad

Dermatologie
ROBERT DEGOS, 1953
Collection medico-chirurgicale a révision périodique, 1953
Flammarion Médicine-Sciences

Index Medicus
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 1879
U.S. Departmente of Health and Human services

La Biología
KARL VON FRISCH, 1973
Edit. Plaza y Janes

Enciclopedia Larousse, 1980
Edit. Planeta
Tomo XIII

RESTAURADOR MANTO ACIDO

PROTECTOR
EPIDERMICO
PODOLOGICO

Mantener un pH adecuado resulta imprescindible para tratar de evitar infecciones de todo tipo. En los pies, además, corrigiendo los trastornos de la sudoración, tanto por exceso como por defecto, se tiene solucionada una buena parte de la salud de los mismos. **RESTAURADOR MANTO ACIDO, CPI,** normaliza rápidamente la fisiología de la piel en los pies ante las permanentes agresiones diarias que éstos sufren, dejando la zona tratada: **TERSA, HIDRATADA, NUTRIDA** y con un **pH FISIOLOGICO** de 5,5. Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

COMPOSICION:

Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%;
Sustancias humectantes (Glicerina, Propilenglicol, etc.), 10%;
Derivados de lanolina, 2%;
Triglicéridos vegetales, 1%;
Aminoácidos y sales inorgánicas, 2%;
Emulsionantes no tensoactivos, 2,5%;
Acido láctico c.s.p. pH = 5,5.

INDICACIONES:

Alteraciones en la fisiología normal de la piel del pie regulando su hidratación, tanto en la excesiva sudoración como en la sequedad. Protección frente a microorganismos patógenos.

MODO DE EMPLEO:

Tras el baño o ducha, extender la emulsión por todo el pie, friccionando suavemente. No deja sensación grasa.

PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 200 cc., 650 pts.

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL
Sagitario, 12
ALICANTE
España

The Society of Chiropodists

REGISTERED ADDRESS

53 Welbeck Street London W1M 7HE

Telephone 01-486 3381/4

Secretary G C Jenkins BA FCIS

CONFERENCIA ANUAL 8, 9, 10 DE ABRIL DE 1987

La Conferencia anual vuelve a Londres después de un largo espacio. A excepción del Congreso Internacional de Podología, no hemos tenido una Convención en Londres desde 1975.

En los últimos años el modelo de Convenciones ha cambiado y se acepta actualmente que este evento debería de ser denominado "Conferencia" de acuerdo con su estado como reunión científica, aunque esto no quiera decir que el lado social de la reunión haya sido rechazado.

Es probable que la primera vez, la Conferencia tenga lugar casi por completo en la ciudad de Londres. El lugar principal de las charlas será la Universidad de la ciudad. Los alojamientos se dispondrán en los Salones de la Residencia; para aquellos que prefieran estar en hoteles, se han reservado habitaciones en un hotel cercano.

Habrá una exhibición y recepción en el histórico Great Hall del Hospital de San Bartolomé, y la Cena Anual tendrá lugar cerca, en el magnífico Porter Tun Roon con su espectacular tejado de madera, en el viejo Whitbread Brewery. Esta es una gran colección de edificios Georgianos que se han acomodado para ser utilizados en banquetes. Esta parte de Londres merece una visita por su interés arquitectónico e histórico.

El principal tema de la Conferencia será la viabilidad del tejido en relación con la circulación, y un equipo de prestigiosos conferenciantes ha sido reunido para cubrir los principales aspectos de este tema, incluyendo circulación vascular, microcirculación, factores neurológicos, cirugía, vendajes, bactereología, mecanismo del pie desvitalizado y prótesis.

Estas charlas, completas en sí mismas, también contribuyen a un curso en Cirugía digital que se extenderá al fin de semana del 11-12 de Abril, terminando el lunes 13 de Abril. Habrá también un curso de Relaciones Industriales dirigido por el King's Fund College el 8 de Abril, miércoles para el personal de N.H.S. que son directores, ayudantes de directores y representantes acreditados del personal. Han sido organizadas visitas al Hospital de Podología de Londres y

la Escuela de Chiropody de Chelsea para aquellos que deseen ver avances recientes en el trabajo de las escuelas. También se ha reservado tiempo para reuniones de grupos de especial interés. Los estudiantes serán bien recibidos.

Esperemos que los socios recogerán esta oportunidad para volver a visitar Londres; para descubrir una parte deliciosa y poco conocida de la vieja ciudad; para disfrutar de la compañía mutua en las reuniones sociales en paisajes agradables, y para aprovechar el interesante programa educacional.

PROGRAMA

Miércoles 8 de Abril de 1987

10.00 Comienzo del curso de exploración digital. Comienzo del curso de relaciones industriales.

14.00 Visita a la Escuela de Chiropody de Chelsea.

18.30 Comienzo oficial de la Conferencia y cena de recepción.

Jueves 9 de Abril de 1987

10.45 Enfermedad microvascular y el pie. Profesor H. Keen MD

11.25 Observación en la microcirculación del pie sano y enfermo. Prof. J.E. Tooke.

12.50 Diagnóstico y Tto. de enfermedades periféricas vasculares en el diabético. Dr. M R E Dean.

14.00 El mecanismo del pie desvitalizado. Mr. J. Foulston, BA.

14.35 Asesoramiento en la neuropatía. Mr. N. Parkhouse, FRCS

15.25 Aproximación multidisciplinar en la articulación de Charcot. Dr. Edmonds.

Viernes 10 de Abril de 1987

9.30 Etiología y tratamiento de las úlceras varicosas. Mr. Burnand.

10.00 El "manejo" de las úlceras varicosas. Dr. Allen.

10.30 Cuidado del pie: ¿Estamos de acuerdo? Dr. Day.

11.15 Vendajes ambientales. Mr. McInnes

11.45 Aspectos del tratamiento de Helomas relacionados a la mecánica de tejidos blandos. Mr. Donaldson, Mr. de la Garde.

14.00 Tratamiento de prótesis en las amputaciones. Mr. Angel.

14.40 Curación de Heridas. Dr. Harding.

15.10 La patogénesis en la infección bacterial del pie. Dr. Seal.

16.00 Osteotomia metatarsal y plantillas en el tratamiento de úlceras neuropáticas. Mr. Robertson.

16.30 Enyesado de contacto total, plantillas de soporte y calzado para el pie neuropático. Mr. Geary.

17.00 Clausura de conferencias. (Continuación del curso de exploración digital).

PROGRAMA Y ACTOS DEL 75 ANIVERSARIO DE LA ASOCIACION AMERICANA DE PODIATRIA

5-6-7-8 de Agosto de 1987

"EL PIE EN LA SANIDAD PUBLICA". "75 AÑOS DE MEDICINA PODIATRICA"

Contenido del programa:

Cursos de instruccion; Exposición y sesión general del simposium que incluye los siguientes temas:

CIRUGIA: Antepié, retropié, digital, implantes, artroscopia, complicaciones.

MEDICINA PODIATRICA: Dermatología, onicología, Diabetes mellitus, enfermedades vasculares periféricas, reumatología, radiología, infecciones.

BIOMECANICA PODIATRICA

MEDICINA PODIATRICA DEPORTIVA

PREVENCION DEL RIESGO DE MALA PRACTICA

PRACTICAS DE ADMINISTRACION

TECNOLOGÍA COMPUTERIZADA EN MEDICINA PODIATRICA

FECHA TOPE INSCRIPCION: 1 de Julio de 1987

VISITAS OPCIONALES

Para aquellos Colegas que deseen visitar alguna Escuela de Podiatría con ocasión del 75 aniversario de la Asociación Americana de Podiatría, es posible reservar esta posibilidad antes o después de la Convención.

Para ello os rogamos os pongáis en contacto con la Escuela de preferencia para la reserva y acomodación necesaria.

La lista de las Escuelas y sus señas es la siguiente:

Barry University School of Podiatric Medicine
MIAMI, FLORIDA

New York College of Podiatric Medicine
NEW YORK, NEW YORK

Pennsylvania College of Podiatric Medicine
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA

College of Podiatric Medicine and Surgery,
University of Osteopathic Medicine and
Health Services
DES MOINES, IOWA

California College of Podiatric Medicine
SAN FRANCISCO, CALIFORNIA

Ohio College of Podiatric Medicine
CLEVELAND, OHIO

Dr. William M. Scholl College of Podiatric Medicine
CHICAGO, ILLINOIS

AMERICAN PODIATRIC MEDICAL ASSOCIATION
Clarence Bookbinder, DPM
Chairman, Committee on International Relations
20 Chevy Chase Circle, NW
WASHINGTON, DC 20015
USA

VIAJE COLECTIVO A WASHINGTON PARA ASISTIR AL 75 ANIVERSARIO DE AMERICAN PODIATRIC ASSOCIATION

El anterior número de la "Revista Española de Podología" transcribía una invitación de la citada Asociación americana para la asistencia de la reunión anual que este año celebra el 75 aniversario.

Dado el interés que han mostrado algunos compañeros para su asistencia, la Asociación ha gestionado la organización de un viaje colectivo que ponemos a consideración de los interesados.

Desplazamiento para asistir a la Convención americana, del 5 al 9 de Agosto con extensión del viaje a Nueva York para tres días más, con una duración del viaje de siete días.

Viaje de ida y regreso, incluyendo vuelo interior de Washington a N.Y. y viceversa, con alojamiento en Hotel de primera clase tipo "Holiday Inn" para habitación doble, Pts.: 147.400. Los derechos de inscripción son gratuitos.

Los interesados deberán ponerse en contacto con la Asociación Española de Podólogos en Madrid antes del 10 de Mayo.

Tratamiento local específico de las dermatomicosis y micosis de uña respectivamente. Gran poder de penetración, acción prolongada e intermitente.

Fitex-E

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,73 gr.;
Acido orto-oxibenzoico, 8,88 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 ml.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Pincelar la zona afectada 3 o 4 veces al día, especialmente después del lavado de la zona.

Indicación terapéutica
Dermatomicosis

Contraindicaciones
Dermatitis bacterianas en fase aguda.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 60 ml con pincel.

P.V.P.
337,— Ptas.

No precisan apositos ni vendajes.

Onico-Fitex

Fórmula
Ester borotrioxibenzoico de la dextrosa, 8,92 grs.;
Acido orto-oxibenzoico, 1 gr.;
Disolvente apropiado c.s.p., 100 grs.

Forma farmacéutica
Solución para pincelaciones.

Posología
Aplicar 2 veces diarias por pincelación.
Aplicar también después de cada lavado.

Indicación terapéutica
Onicomicosis. Paroniquia.

Contraindicaciones
Dermatitis bacteriana.

Incompatibilidades
No se conocen.

Efectos secundarios
No se conocen.

Presentación
Frasco de 30 ml

P.V.P.
233,— Ptas.

NATTERMANN

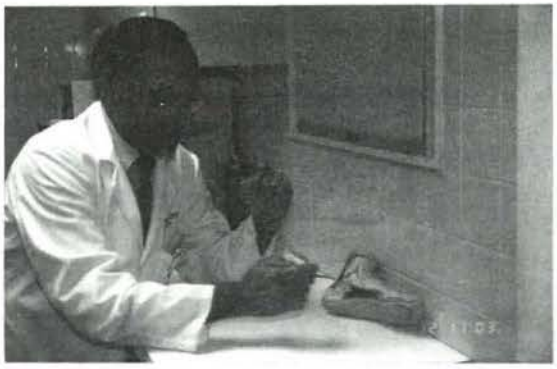
Apartado 400 - Zaragoza Infanta Carlota, 84-88 Barcelona-29

UNA VISION DE LA PODOLOGIA EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Manuel González San Juan
Javier Aycart Testa
Podólogos. Madrid

Durante el último mes de diciembre he visitado los Estados Unidos, en viaje profesional, para reunirme con cinco compañeros Podólogos de aquel país.

En mi cartera llevaba varios interrogantes que fueron desvelándose a medida que nuestros colegas americanos iban abriéndome sus consultas. Entre mis preguntas, tenía una superior importancia la referente a la orientación de la práctica profesional en aquel país.



Mi intención era la de desvelar la nebulosa en que me mantenía la lectura de las revistas americanas que regularmente reviso con mi amigo y compañero Javier Aycart. A distancia nunca sabes "si son todos los que están o están todos los que son".

De mi apreciación personal y los datos recogidos he llegado a las siguientes conclusiones:

La demanda de tratamiento por los pacientes que acuden a las consultas de Podología es semejante a la que puede haber en España. En este punto debo realizar la salvedad referente al mayor conocimiento que la población tiene en los Estados Unidos acerca de las atribuciones profesionales de los Podólogos por lo que, si hablamos en "clave de cirugía", el paciente entiende como normal la alternativa quirúrgica para sus problemas podológicos.

Redundando en el tema, entre los Podólogos que practican la cirugía, mayoritarios en la clase podológica, algunos realizan sus intervenciones quirúrgicas en hospitales y otros, los más, optan por técnicas quirúrgicas ambulatorias. Todo esto, como ya he dicho, es de público conocimiento, ya que las asociaciones podológicas invierten mucho dinero con regularidad en campañas de promoción de imagen de los Podólogos en la sociedad. He comprobado por conversaciones con pacientes que acuden a nuestra consulta y que viven en los Estados Unidos, alguno de los cuales ha sido operado por un Podólogo, que cuando se plantean la posibilidad de su intervención valoran positivamente el recurrir al Podólogo, como especialista del pie, y no al cirujano ortopédico (en España el traumatólogo). A pesar de esto el que los pacientes conozcan las atribuciones de los Podólogos no implica se de una aceptación unánime a la propuesta quirúrgica siempre que el Podólogo la ofrezca.

En todas y cada una de las consultas por mí visitadas, se ofrece la atención primaria del pie, rutina o quiropodia, así como la cirugía entre las múltiples posibilidades de tratamiento. En esta línea de oferta profesional, estimo que alrededor del 50% de las consultas ofrecen tratamiento ortopodológico siendo el podólogo, en la mitad de las ocasiones el mismo fabricante de la ortosis.

Por otra parte, un 50% de los Podólogos, además de la quiropodia delimitan su oferta asistencial a solo uno de los siguientes tres apartados: cirugía, trastornos vasculares y ortopedia.

De lo expuesto hasta aquí es sencillo encontrar parecidos notables con nuestro panorama profesional, si bien cabe destacar las diferencias siguientes:

Primera y fundamental: ningún Podólogo estadounidense simultanea la Podología con otra ocupación profesional.

Y Segunda: abrumadora mayoría para los Podólogos que realizan cirugía.

Respecto a la organización e instalación de las consultas no puedo por menos que aplaudirles por lo encomiables y modélicas que para mi han sido. La gran capacidad de trabajo tanto del Podólogo como de los Auxiliares de Podólogo, personal con tres años de formación, y su hacer exquisitamente sistematizado presupone eficaciz.

Como quiere que el grueso del trabajo se lo proporcionan las compañías aseguradoras cuyos servicios son contratados por los pacientes, se hace necesaria una muy buena recogida de datos pormenorizada hasta la saciedad. Para ello, las historias clínicas son exahustivas, las exploraciones complementarias muy diversas y a su vez estricta la emisión de informes amplios y profusos.

Todo, y como ya se ha apuntado, para una más ágil y bonancible relación con las Compañías Aseguradoras Médicas.

Por otra parte, el riesgo de conflictos legales que sufren nuestros compañeros en los Estados Unidos es infinitamente superior al nuestro y por ello, han de resguardarse lo mejor posible del "inclemente peticionario de indemnizaciones", para ello, son exhaustivos en la demanda de exploraciones complementarias, en documentar gráficamente las historias con las imágenes previas a cada tratamiento, siendo, por último, ineludible la firma de la autorización de intervención.

A nadie se le escapa que tal parafernalia organizativa implica el acceso a datos cuantitativos que son el respaldo de las asociaciones profesionales, por lo demás bien capacitadas en fondos, que pueden invertir

con relativa comodidad en la necesaria información a la Sociedad respecto a la Salud del pie.

El pormenorizado buen cuidado del que el podólogo hace gala cada día tanto en su trabajo como al referirse a sus propios compañeros hace que la clase profesional esté en el lugar en que hoy se encuentra, disfrutando de un elevado rol social.

Manuel González Sanjuan
Javier Aycart Testa
Podólogos. Madrid

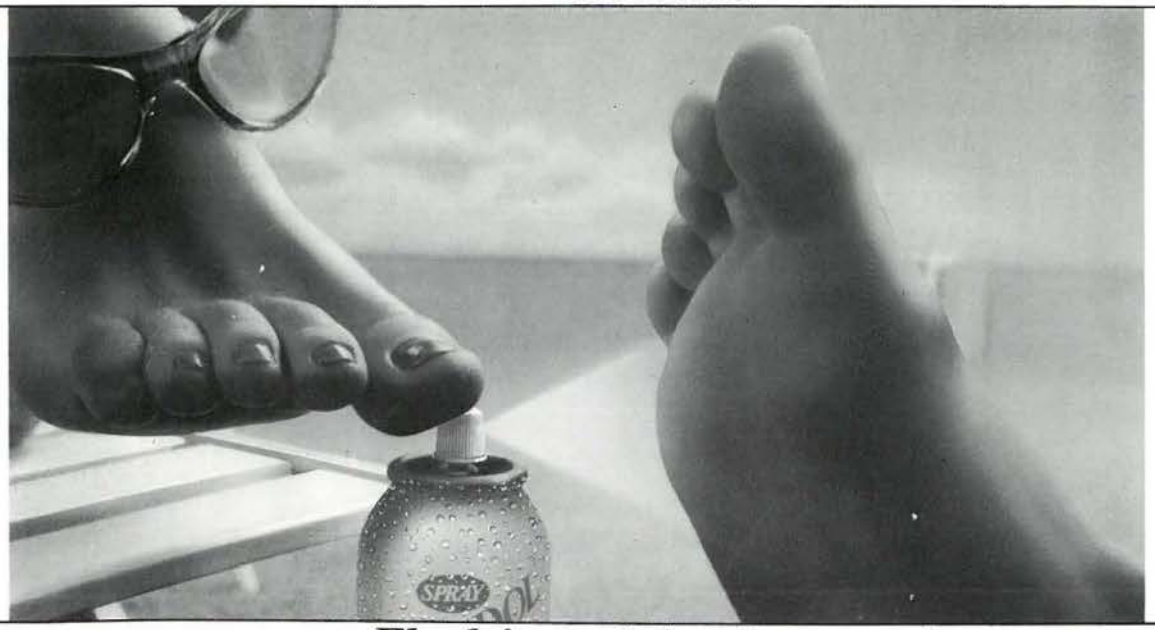
PEUSEK®

- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,

SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION
P E U S E K , S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

ARCANDOL®

- DE ACCION REFRESCANTE Y DEFATIGANTE DE LOS PIES
- APLICADO ANTES Y DESPUES DEL USO DIARIO DE PLANTILLAS O ZAPATOS ORTOPEDICOS, MINIMIZA LAS MOLESTIAS DE ADAPTACION
- RECOMENDABLE A PERSONAS QUE FATIGAN SUS PIES EN EL TRABAJO HABITUAL, Y EN LA PRACTICA DE LOS DEPORTES.



El relajante de los pies